



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Relatório Final de Auditoria Operacional

Assistência Farmacêutica: Programa Farmácia de Minas





TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

**Secretaria Executiva do Tribunal
Diretoria de Assuntos Especiais e de Engenharia e Perícia
Coordenadoria de Auditoria Operacional**

**Relatório Final de Auditoria Operacional
Assistência Farmacêutica – Programa Farmácia de Minas**

Equipe de auditoria:

Denise Maria Delgado
Helena Agostinha de Menezes Sousa
Isabella Kuschel Nägl
Jacqueline Loures
Luís Fernando Monteiro Ribeiro

Colaboradores:

Antonieta de Pádua Freire Jardim
Janaína de Andrade Evangelista
Marcelo Vasconcellos Trivellato
Ryan Brwnner Lima Pereira
Valéria Afonso Dressler
Servidores da Coordenadoria de Área de Engenharia e Perícia
Diretoria de Informática do TCE-MG, em especial, Johnatan Carneiro

Agradecimentos

A efetividade do presente trabalho relaciona-se, entre outros fatores, à parceria que se estabelece entre a equipe de auditoria, os beneficiários e as entidades e órgãos envolvidos na operacionalização do programa avaliado. Nesse sentido, compete agradecer:

1. aos gestores e servidores da Secretaria de Estado da Saúde (SES) pela presteza no atendimento às solicitações apresentadas e percepção da importância da participação da Secretaria na concretização de melhorias no desempenho do Programa;
2. aos gestores e servidores municipais.

Lista de Siglas

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AGEI – Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação
AOP – Auditoria Operacional
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC – Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
CAF – Coordenação de Assistência Farmacêutica
CES – Conselho Estadual de Saúde
CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
CR/88 - Constituição da República de 1988
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS/MG – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DVR – Diagrama de Verificação de Riscos
GRS – Gerência Regional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOA – Lei Orçamentária Anual
MS – Ministério da Saúde
NAF – Núcleos de Assistência Farmacêutica
NUCAF – Núcleo Central de Abastecimento Farmacêutico
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PPAG - Plano Plurianual de Ação Governamental

RAG - Relatório Anual de Gestão

RME – Relação de Medicamentos Essenciais

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos

SAF – Superintendência de Assistência Farmacêutica

SCJ - Sistema de Controle Jurídico

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SES/MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIAD – Sistema Integrado de Administração de Materiais e Serviços

SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira

SIGAF – Sistema de Gerenciamento de Assistência Farmacêutica

SIGPLAN - Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SRP - Sistema de Registro de Preços

SRS – Superintendência Regional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TAS - Termo de Ajuste Sanitário

TCEMG – Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais

TCG - Termo de Compromisso de Gestão

UBS - Unidade Básica de Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Relação das GRSs visitadas e população atendida.....	12
Tabela 2 - Principais problemas detectados quanto ao recebimento de medicamentos fornecidos pela SES/MG	33
Tabela 3 - Número e Valores anuais referentes a ações judiciais relativas a medicamentos ...	46
Tabela 4 - Execução Financeira de Medicamentos Básicos e Alto Custo.....	47
Tabela 5 - Metas Previstas no PPAG e Execução Financeira de Medicamentos Alto Custo...	49
Tabela 6 - Número de Medicamentos Básicos e de Alto Custo na Relação Estadual.....	50
Tabela 7 - Inclusão de Medicamentos de Alto Custo	51
Tabela 8 - Metas Previstas no PPAG e Execução Física de Medicamentos Básicos	52

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Percentual da população relativa às GRSs da amostra	12
Gráfico 2 - Ciclo da Assistência Farmacêutica	21
Gráfico 3 - Grau de instrução do Secretário Municipal de Saúde	23
Gráfico 4- Percentual da população estadual atendida por GRS visitada	40
Gráfico 5 - Despesas com medicamentos em reais (R\$)	47
Gráfico 6 - Composição gastos com medicamentos 2008.....	48
Gráfico 7 - Composição gastos com medicamentos 2001.....	48
Gráfico 8- Participação nas solicitações de inclusão na Relação Estadual por tipo de medicamento.....	51

Lista de Figuras

- Figura 1 – Na sequência, fotos de perdas medicamentos com data de 2011, CAD/Farmácia de Minas – junho/2012 e de frestas no telhado no CAD/Farmácia de Minas – junho/2012.....31
- Figura 2- Na sequência, fotos de medicamentos vencidos – Farmácias de GRS, Minas Gerais- junho/2012.....37
- Figura 3 – Na sequência, foto de senha para espera por atendimento (nº D1460) às 17:30 horas do dia 22/05/2012 e foto de pacientes à espera para atendimento - Farmácia da GRS de Belo Horizonte – maio/201239

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
IDENTIFICAÇÃO DO TEMA	9
ANTECEDENTES	9
OBJETO E ESCOPO DA AUDITORIA.....	10
METODOLOGIA DE ANÁLISE	11
ESTRUTURA DO RELATÓRIO	13
2. VISÃO GERAL.....	14
3. CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	20
4. JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	44
5. CONTROLE SOCIAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	57
6. ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR.....	65
7. CONCLUSÃO	68
8. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXO I	76
ANEXO II.....	83
APÊNDICE I.....	84
APÊNDICE II	86

IDENTIFICAÇÃO DO TEMA

1.1. O Programa Farmácia de Minas, cuja gestão é exercida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), consiste na definição de um modelo de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo o atendimento humanizado aos usuários, com dispensação gratuita de medicamentos, realizada por meio de profissionais qualificados e da promoção do uso racional dos medicamentos.

1.2. O Programa é composto por três componentes: o básico, o estratégico, e o componente especializado ou de alto custo, além de um quarto elemento que é a construção das unidades farmacêuticas padronizadas, denominadas Farmácias Comunitárias.

ANTECEDENTES

1.3. A auditoria no Programa Farmácia de Minas foi incluída no Plano Anual de Auditoria/2012, segundo proposta apresentada pelo Conselheiro Sebastião Helvécio Ramos de Castro em voto proferido acerca da prestação de contas do Governo do Estado de Minas Gerais, relativo ao exercício de 2010, em Sessão Plenária do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCEMG) de 08/07/2011, sob a argumentação:

Mereceu destaque, ainda, o Programa Associado Farmácia de Minas, cujo objetivo é definir um modelo de assistência farmacêutica no SUS, ampliando o acesso a medicamentos, humanizando o atendimento, promovendo a efetividade terapêutica e o uso racional.

Foram executadas despesas no valor de R\$396,086 milhões, sendo que o maior aporte de recursos ocorreu na Ação 4302 – Medicamentos de Alto Custo, no total de R\$231,453 milhões. A demanda da população por medicamentos tem crescido a cada ano; em 2010 registrou-se acréscimo de 25% em relação a 2009.

Tais gastos mereceram maior atenção em razão do alto custo dos medicamentos, do expressivo número de unidades de medicamentos distribuídos – 84.312.084, em 2010 – e, principalmente, do critério para distribuição sob a responsabilidade da SES/MG. O programa beneficiou 135.694 pessoas, perfazendo um valor *per capita* de R\$1.705,70/ano, o equivalente a R\$142,14/mês.

Nesse sentido, considerando a materialidade e a relevância social do programa, **determino seja incluída no plano anual de fiscalização e auditoria do Tribunal auditoria operacional no Programa Farmácia de Minas, visando verificar o desempenho e efetividade** das ações do Estado na gestão da assistência farmacêutica.

Outro fato que trago à reflexão é a análise dos dispêndios para o atendimento de sentenças judiciais no âmbito da saúde. Verifica-se que o Programa Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS gastou, em 2010, R\$61,55 milhões com 28.104 atendimentos decorrentes de ações judiciais relativas a fornecimento de medicamentos, insumos, serviços e procedimentos, representando o valor de R\$2.190,00 por atendimento, de acordo com os dados retificadores encaminhados pela SES, em 09/06/2011. [...]

Assim, a judicialização indiscriminada da saúde, em primeiro plano, enfraquece o princípio da separação dos poderes, ao desconsiderar a função constitucional do Poder Executivo em definir políticas públicas, redundando em indevida interferência do Poder Judiciário nas diretrizes de políticas governamentais.

Ainda, um provimento jurisdicional que ordene o atendimento público de determinada necessidade médica individual – fora do estabelecido pelas normas e regulamentos do SUS (Lei n. 8.080/90) ou à revelia das políticas públicas traçadas dentro das limitações orçamentárias do Poder Público – age em desfavor de toda coletividade, pois atende a uma necessidade individual em detrimento do equilíbrio financeiro do sistema e subverte, portanto, os próprios direitos fundamentais que, a princípio, pretendeu garantir. (Notas Taquigráficas, sessão: 08/07/11)

OBJETO E ESCOPO DA AUDITORIA

1.4. A escolha do objeto, consoante voto mencionado, fundamentou-se na materialidade e na relevância social do Programa Farmácia de Minas.

1.5. Assim, a presente auditoria operacional pretende verificar o desempenho das ações do Estado na gestão da Assistência Farmacêutica, bem como a evolução do fenômeno da judicialização da Assistência Farmacêutica e seu impacto no orçamento estadual relativo à área de saúde.

1.6. Com a finalidade de dar cumprimento ao objetivo proposto, o escopo da auditoria foi delimitado pela análise das seguintes questões de auditoria:

1.7. Questão 1: O planejamento da Assistência Farmacêutica e a seleção dos medicamentos são realizados de forma coerente com as necessidades da população?

1.8. Subquestão 1.1: A seleção e a programação das compras/pedidos garantem que as quantidades de medicamentos correspondam à demanda da população e estejam disponíveis tempestivamente?

1.9. Questão 2: Em que medida a aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos evitam desvios e desperdícios e permitem o uso racional dos medicamentos?

1.10. Subquestão 2.1: Em que medida os controles na aquisição, no armazenamento e na distribuição dos medicamentos evitam desvios e desperdícios?

1.11. Subquestão 2.2: O fluxo dos medicamentos permite o controle da quantidade recebida e dispensada, a orientação quanto ao uso e a rastreabilidade dos medicamentos entregues ao paciente?

1.12. Questão 3: As programações física e financeira estabelecidas para o Programa estão sendo cumpridas, e qual é a relação da execução orçamentária do Programa com o comportamento dos gastos decorrentes da judicialização da Assistência Farmacêutica?

1.13. Questão 4: Os instrumentos de controle social têm promovido a mobilização e o envolvimento da comunidade?

METODOLOGIA DE ANÁLISE

1.14. Tendo em vista a definição do objeto, procedeu-se ao levantamento de escopo restrito, de forma a identificar os principais processos operacionais e produtos relativos ao Programa auditado.

1.15. Na fase preliminar do planejamento, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre o assunto, bem como identificar as áreas que poderiam demandar uma inflexão na investigação, foram desenvolvidas as seguintes técnicas de diagnóstico:

- *Análise Stakeholder*, na qual foram identificados os principais atores interessados, bem como opiniões e conflitos de interesse e informações relevantes.
- *Análise Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* - SWOT, na qual foram levantadas forças e fraquezas do ambiente interno, oportunidades e ameaças do ambiente externo do Programa auditado.
- Diagrama de Verificação de Risco - DVR, com o objetivo de identificar as áreas mais sensíveis, que apresentam maior risco no âmbito do Programa auditado.

1.16. Os métodos de investigação centram-se na pesquisa quantitativa, qualitativa e documental.

1.17. A pesquisa documental foi desenvolvida, especialmente, por meio de consulta à legislação e à bibliografia específica; da análise de documentos administrativos requeridos à SES/MG; de verificação de sistemas de controle, como Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento do Plano Plurianual (SIGPLAN), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF).

1.18. A pesquisa quantitativa foi norteadada pela aplicação de questionário eletrônico aos 853 Secretários Municipais de Saúde buscando apreender o cenário atual da Assistência Farmacêutica no Estado. O referido questionário eletrônico foi divulgado no sítio deste Tribunal, bem como na reunião do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG), ocorrida no dia 11/07/2012. O objetivo da divulgação foi conscientizar os gestores municipais acerca da importância do preenchimento do questionário de forma precisa e tempestiva.

1.19. O trabalho de campo ocorreu no período de 20/05 a 06/07/2012. Foram selecionados 49 municípios, conforme critério descrito no Anexo I. Os municípios selecionados foram: Angelândia, Antônio Dias, Araguari, Aricanduva, Bandeira do Sul, Botelhos, Cajuri, Caldas, Capelinha, Carmo da Mata, Carmo do Cajuru, Cascalho Rico, Chapada do Norte, Conceição do Mato Dentro, Contagem, Coronel Fabriciano, Coronel Pacheco, Coronel Xavier Chaves, Divinópolis, Divisa Nova, Ervália, Ewbank da Câmara, Iapu, Igaratinga, Inhapim, Jaguarapu, Juiz de Fora, Juruaia, Lima Duarte, Marliéria, Minas Novas, Perdígão, Piau, Poços de Caldas,

Pouso Alegre, Prados, Santa Maria de Itabira, Santo Antônio do Itambé, São Domingos das Dores, São João Del Rei, São Pedro da União, Serrania, Serro, Setubinha, Tiradentes, Tupaciguara, Turmalina, Veredinha e Visconde do Rio Branco. Na oportunidade, foram também visitadas 18 farmácias implantadas no Programa e seis Gerências Regionais de Saúde (GRSs) nos municípios de Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Divinópolis, Juiz de Fora, Pouso Alegre e São João Del Rei. As GRSs visitadas representam 51% da população do Estado distribuída conforme Tabela 1.

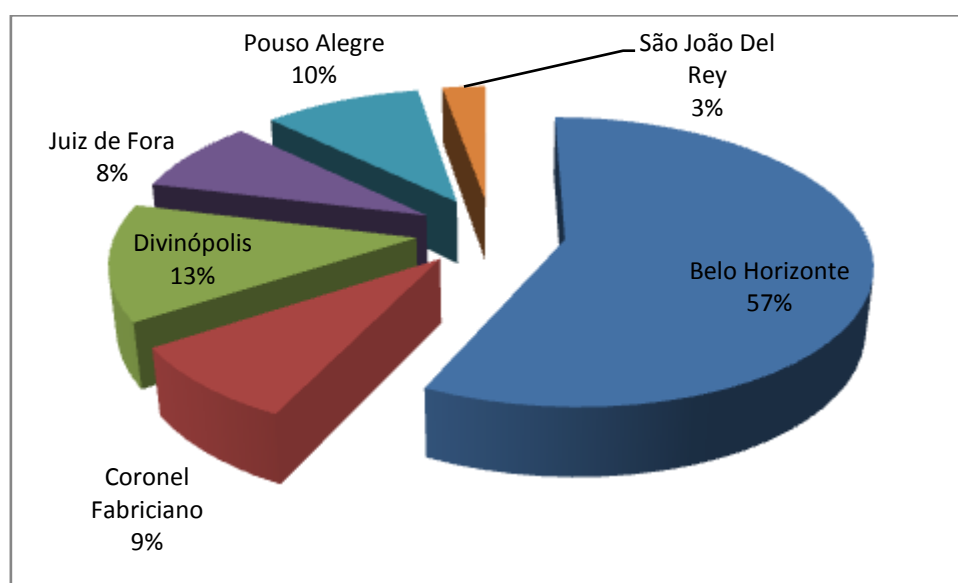
Tabela 1 - Relação das GRSs visitadas e população atendida

Município	População
Belo Horizonte	5.221.977
Coronel Fabriciano	785.488
Divinópolis	1.201.980
Juiz de Fora	767.457
Pouso Alegre	914.973
São João Del Rey	250.730
Total	9.142.605

Fonte: SES/MG

Elaboração: TCEMG

Gráfico 1 - Percentual da população relativa às GRSs da amostra



Fonte: SES/MG

Elaboração: TCEMG

1.20. Baseando-se na metodologia de análise qualitativa, foram realizadas 250 entrevistas nos municípios selecionados com os secretários municipais, farmacêuticos, responsáveis pela Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF), médicos credenciados, membros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e gerentes regionais das GRSs. Foram entrevistados,

ainda, de quatro a oito beneficiários do Programa em cada município e nas unidades de alto custo, totalizando 238 beneficiários.

1.21. Buscando avaliar as ações relativas aos medicamentos de alto custo, foi enviado questionário para todos os 33 gerentes e/ou superintendentes regionais de saúde do Estado, obtendo-se taxa de resposta de 85%.

1.22. Após a transcrição dos dados das entrevistas, realizou-se a análise de conteúdo temática categorial (Bardin, 1977 *apud* Oliveira, 2000), com utilização do software NVivo, tendo em vista a grande diversidade de causas para os problemas avaliados nas questões de auditoria. A análise de conteúdo justifica-se por representar um conjunto de ferramentas analíticas das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (TRIVIÑOS, 2007).

1.23. Na realização dos trabalhos, destacam-se limitações operacionais, as quais ocasionaram redução da amostra para o trabalho de campo. Quanto aos questionários, dados incompletos restringiram a utilização de algumas informações solicitadas.

ESTRUTURA DO RELATÓRIO

1.24. O presente relatório compõe-se do Capítulo 1, que trata da Introdução; Capítulo 2, relativo à Visão Geral do objeto da auditoria; Capítulos 3, 4 e 5, no qual são apresentados os principais achados de auditoria. Os Capítulos 6, 7 e 8 referem-se à Análise dos Comentários do Gestor, Conclusão e Proposta de Encaminhamento, respectivamente.

2. VISÃO GERAL

2.1. Para compreender o Programa Farmácia de Minas é necessário ter em vista o contexto em que foi concebido, marcado pelo arcabouço normativo estabelecido com a promulgação da Constituição da República de 1988 (CR/88), que determina a forma como foi estruturado, bem como os fatores que condicionam sua execução.

2.2. Nesse sentido, a observação dos aspectos relevantes relativos às principais normas que regulamentam as ações e serviços públicos de saúde, a partir de 1988, bem como da sua cronologia, permite o entendimento do quadro jurídico-institucional no qual vem se desenvolvendo a atenção à saúde no Brasil em geral, e a Assistência Farmacêutica em particular.

A regulamentação da Assistência Farmacêutica após a promulgação da Constituição de 1988

2.3. O marco inicial foi a CR/88, ao instituir o SUS, por meio de seu art. 198 que, além de garantir aos brasileiros o direito à saúde, incluindo a assistência terapêutica e farmacêutica integral, determina que o seu financiamento seja feito com recursos de todos os entes da Federação, da seguinte forma:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

2.4. A Lei nº 8.080 de 19 de setembro 1990, que regulamenta o SUS, define como princípios que orientam as ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados que integram o Sistema os princípios da universalidade de acesso, da igualdade e integralidade de assistência à saúde, dentre outros.

2.5. A Lei também define o funcionamento, financiamento e responsabilidades do SUS, estabelecendo como atribuições de seu campo de atuação a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, entendida como

Dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

2.6. A Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), cujo propósito precípuo é “garantir a necessária segurança, eficácia e

qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

2.7. Essa Portaria representa importante marco na efetivação da política de medicamentos, em razão de estabelecer suas diretrizes básicas, suas prioridades e as responsabilidades dos gestores do SUS, valendo destacar os pontos a seguir. Em relação às principais diretrizes, determina que:

A reorientação de modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada:

- a) na descentralização da gestão;
- b) na promoção do uso racional dos medicamentos;
- c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;
- d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

2.8. Por outro lado, ressalta a importância da coordenação entre os gestores, para que seja alcançada a efetividade desejada:

É importante ressaltar que, independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição – os quais devem ser efetivados em conformidade com a realidade epidemiológica visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais e os de denominação genérica.

2.9. Além disso, a Portaria dispõe sobre a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e medicamentos essenciais:

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

(...) O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

2.10. Com objetivo de regulamentar a ação conjunta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do SUS, o Pacto pela Saúde, cujas diretrizes foram aprovadas por meio da Portaria nº 399/GM/MS de 22 de fevereiro 2006, enumera os “princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde”, dentre eles, o financiamento tripartite e o repasse fundo a fundo como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores.

2.11. Além disso, define o financiamento da Assistência Farmacêutica da seguinte forma:

A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS, devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde. O Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica se organiza em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Distribuição Excepcional.

A Assistência Farmacêutica em Minas Gerais

2.12. Em Minas Gerais, foi elaborado o Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica, pela SES, com o intuito de estruturar a rede de Assistência Farmacêutica, denominada Farmácia de Minas, cujos objetivos são a racionalização e o aperfeiçoamento do sistema de abastecimento de medicamentos, de modo a tornar mais eficientes as ações do Estado e de ampliar a parcela da população atendida.

2.13. O Plano, que foi desenvolvido no âmbito da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, e coordenado pela Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF), propõe os objetivos a serem alcançados com a rede Farmácia de Minas, no sentido de reformular a Assistência Farmacêutica no Estado.

2.14. Além disso, definiu as competências das Coordenadorias de Assistência Farmacêutica e a caracterização das farmácias comunitárias públicas. As propostas apresentadas no Plano, que têm como pressuposto o conceito de uso racional de medicamentos, são as seguintes:

- a) qualificação da assistência farmacêutica nas Gerências Regionais de Saúde (GRSs) com a criação da Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF);
- b) modernização das farmácias de medicamentos alto custo / alta complexidade;
- c) implantação de farmácias comunitárias públicas nos municípios do Estado de Minas Gerais, por meio de incentivo financeiro estadual, que inclui recursos para montagem das farmácias, adequação de área física e equipamentos e custeio mensal de profissionais de saúde, farmacêuticos e atendentes de farmácia de acordo com parâmetros previamente definidos, e qualificação dos recursos humanos envolvidos com a assistência farmacêutica.

2.15. Vale ressaltar que, no capítulo 1 do referido Plano, são apresentadas as propostas para a reformulação da Assistência Farmacêutica, tendo sido identificadas deficiências na sua operacionalização.

2.16. Nesse sentido, afirma-se:

Apesar dos esforços dos gestores do Sistema Único da Saúde (SUS), a dificuldade de garantir o abastecimento regular de medicamentos essenciais no serviço público tem sido um dos pontos críticos das ações de saúde (PEREIRA, 2005). O retrato dessa situação é que os usuários, após consulta médica, nem sempre têm acesso aos

medicamentos prescritos para os seus tratamentos. Mesmo com os recursos financeiros disponibilizados pelas três esferas de governo para a aquisição de medicamentos pactuados por meio de Portarias Ministeriais e Resoluções Estaduais é comum encontrar a situação descrita, que pode ser explicada por deficiências técnicas e gerenciais da Assistência Farmacêutica (AF).

2.17. Portanto, as falhas identificadas pela SES no diagnóstico acerca da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais, relacionadas ao acesso inadequado de medicamentos pelos usuários em decorrência de deficiências técnicas e gerenciais, motivaram a criação do Programa Farmácia de Minas.

Aspectos do Programa Farmácia de Minas

2.18. O programa Farmácia de Minas teve sua execução iniciada por meio da Resolução SES/MG nº 1.416 de 28 de maio de 2008, que definiu os critérios de adesão pelos municípios, o padrão obrigatório das farmácias comunitárias, e os valores dos incentivos financeiros para a sua construção e contratação de farmacêutico.

2.19. Além disso, foram estabelecidos como prioritários os municípios com população inferior a 10.000 habitantes, onde seriam implantadas as primeiras unidades.

2.20. Com a Resolução SES/MG nº 1.795 de 11 de março de 2009, o Programa passou a abranger os municípios com até 30.000 habitantes, o que correspondia a 87% dos municípios mineiros, à época.

2.21. O Programa é composto por três formas de Assistência Farmacêutica, denominadas componente básico, componente estratégico, e componente especializado ou de alto custo, além de um quarto elemento que é a construção das unidades farmacêuticas padronizadas, denominadas Farmácias Comunitárias.

2.22. O componente estratégico é financiado pela União, abrangendo programas de medicamentos do Ministério da Saúde (MS), tais como Tuberculose, Hanseníase, Saúde Mental, DST/HIV.

2.23. O componente básico, que inclui os medicamentos utilizados na atenção primária à saúde, é financiado de forma tripartite, pela União, Estado e Municípios.

2.24. Nesse caso, duas formas de pactuação foram adotadas, sendo a primeira denominada Totalmente Centralizada no Estado, em que os recursos são administrados pelo Governo Estadual que adquire todos os medicamentos e os fornece aos municípios de acordo com suas demandas. Essa forma é utilizada por 797 municípios de Minas Gerais.

2.25. A segunda forma de pactuação é denominada Parcialmente Descentralizada no Município, utilizada por 56 municípios, que são responsáveis pela gestão dos recursos federal e municipal.

2.26. O Componente de Alto Custo é financiado pelo MS e co-financiado pelo Estado com recursos do Fundo Estadual de Saúde, que recebe recursos federais transferidos do Fundo

Nacional de Saúde. Além disso, são utilizados recursos do Tesouro Estadual e, em alguns casos, os medicamentos são adquiridos diretamente pelos municípios.

2.27. Em termos do orçamento estadual, o Programa Farmácia de Minas faz parte do Programa Assistência Farmacêutica nº 175, dividido em duas ações, nº 4299 – Distribuição de Medicamentos Básicos, e nº 4302 – Distribuição de Medicamentos de Alto Custo.

2.28. O Programa Farmácia de Minas faz parte, ainda, do Programa Saúde Integrada nº 002, ação nº 4295, denominada Implantação e Manutenção da Rede Farmácia de Minas – Incentivo à Atenção Farmacêutica.

A judicialização da Assistência Farmacêutica

2.29. Outro aspecto relevante, relacionado ao Programa Farmácia de Minas, trata-se do fenômeno crescente da judicialização da Assistência Farmacêutica.

2.30. Ocorre que a Política Estadual de Assistência Farmacêutica está ancorada no Programa, logo o grau de eficiência do seu funcionamento correlaciona-se com a evolução do volume de recursos orçamentários destinados ao atendimento de sentenças judiciais relativas a medicamentos.

2.31. Nesse sentido, estudo abordando o fenômeno da judicialização do acesso a medicamentos em Minas Gerais, realizado por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, em conjunto com profissionais da SES/MG, envolvidos no processo de estruturação da Assistência Farmacêutica, conclui pela possibilidade de correlação entre o fenômeno de judicialização e falhas na ação do Estado no suprimento de medicamentos à população.

2.32. O seguinte excerto sintetiza a conclusão do referido estudo, elaborado por MACHADO et. al. (2008), a respeito do tema:

O ingresso de ações judiciais é uma das formas que os cidadãos encontram para garantir seus direitos. Portanto, é legítima a ação judicial reivindicando um medicamento contemplado nas políticas públicas elaboradas pelo Poder Executivo e eventualmente não disponível no SUS, pois, objetiva garantir um direito fundamental.

Considerar esse caso como ‘judicialização’ é desqualificar a atuação judicial, pressupondo que o Poder Judiciário está interferindo indevidamente na atuação de outro Poder.

Entretanto, o que se observa é um processo de judicialização excessiva, que se manifesta pela proliferação de decisões que condenam o Poder Público ao custeio de tratamentos irracionais e remetem ao gestor a responsabilidade da decisão de alocação de recursos que, muitas vezes, contradiz o princípio da equidade em saúde e o acesso à saúde de qualidade.

Assim, mesmo que a judicialização indique, em certas circunstâncias, falhas a serem sanadas no sistema de saúde, ela tende a se constituir predominantemente em um estímulo à medicalização e em um obstáculo para o uso racional de medicamentos.

Essa prática prejudica a consolidação das premissas da PNM e leva a uma desarticulação nas ações e serviços da Assistência Farmacêutica.

2.33. Verifica-se crescente comprometimento do orçamento anual do Estado de Minas Gerais com a aquisição de medicamentos, em atendimento a sentenças judiciais, o que tem impacto importante na Assistência Farmacêutica.

2.34. Nesse sentido, Ramos de Castro (2011), ao analisar o impacto na alocação de recursos do orçamento do Estado de Minas Gerais, biênio 2009/2010, em face de decisões judiciais apresenta, dentre outras, a seguinte conclusão:

(...)

i) a judicialização indiscriminada da saúde, em primeiro plano, enfraquece o princípio da separação dos poderes, ao desconsiderar a função constitucional do Poder Executivo em definir políticas públicas, submetendo-as ao crivo do Poder Legislativo. Assim, um provimento jurisdicional que ordene o atendimento público de determinada necessidade médica individual – fora do estabelecido pelas normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) ou à revelia das políticas públicas traçadas dentro das limitações orçamentárias do Poder Público – age em desfavor de toda a coletividade, pois atende a uma necessidade individual em detrimento do equilíbrio financeiro do sistema e subverte, portanto, os próprios direitos fundamentais que, a princípio, pretendeu garantir;

2.35. De fato, em que pese a forte atuação da indústria farmacêutica junto a seguimentos da área de saúde, notadamente junto aos médicos, a atuação do Estado no sentido de minimizar os seus efeitos sobre a política pública de Assistência Farmacêutica, causados pela referida judicialização, não tem ocorrido de forma eficiente.

3. CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

3.1. O objetivo da análise consiste em avaliar a gestão do ciclo da Assistência Farmacêutica pelo Estado e pelos municípios. Os principais achados relacionam-se à precariedade no planejamento no âmbito dos municípios, especialmente, no que se refere à falta de critérios técnicos na seleção dos medicamentos e programação das compras, condições inadequadas de armazenagem, falta ou deficiências no controle de estoque dos produtos, falhas na aquisição e distribuição de medicamentos básicos, deficiências no atendimento da demanda de medicamentos de alto custo, além de deficiências na orientação quanto ao uso desses medicamentos, no momento da dispensação.

3.2. O planejamento é peça fundamental para o ciclo de gestão e deve ser estimulado a fim de que os gestores pensem sua realidade e possam intervir para sua transformação. Nesse aspecto, o planejamento deve considerar a integralidade das ações e dos serviços de saúde. Portanto, as ações de Assistência Farmacêutica devem ser pensadas no contexto das demais ações de saúde, sendo declaradas como compromissos no Plano de Saúde.

3.3. A Portaria MS/GM nº 2.084, de 26 de outubro de 2005, obrigava União, Estados e Municípios a elaborarem o respectivo Plano de Assistência Farmacêutica. Entretanto, essa Portaria foi revogada, e as posteriores não previram a necessidade desse instrumento. A solução adotada pelo MS foi orientar a elaboração de um capítulo da Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde. Visando à coordenação no planejamento da Assistência Farmacêutica do Estado e dos municípios, o MS orientou que os municípios encaminhassem o respectivo capítulo da Assistência Farmacêutica aos estados para subsidiar o planejamento estadual.

3.4. Além da questão legal, o MS utilizará o Capítulo Assistência Farmacêutica dos Planos Estaduais de Saúde, elaborado a partir do Capítulo Assistência Farmacêutica dos Planos Municipais de Saúde, para definir suas próprias prioridades de intervenção. Dessa forma, o Capítulo Assistência Farmacêutica do Plano Nacional de Saúde será elaborado tendo por base o planejamento ascendente (dos municípios para a União), constituindo um documento importante para que se tomem medidas visando ao fortalecimento da Assistência Farmacêutica. Assim, se o município não elaborar o PMS, ou se não contiver o capítulo relativo à Assistência Farmacêutica, ou, ainda, se houver falhas na elaboração da política farmacêutica nos municípios, restará prejudicado o planejamento na esfera estadual e nacional da saúde, tendo em vista o caráter ascendente do planejamento da saúde no âmbito do SUS.

3.5. Os principais instrumentos de planejamento do SUS são: Plano de Saúde, definido no § 1º do art. 36 da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; a Programação Anual de Gestão; e o Relatório Anual de Gestão (RAG), instituídos no § 1º do art. 4º da Portaria MS/GM nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006.

3.6. A PNM, Portaria MS/GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, assim define a Assistência Farmacêutica:

grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e

controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

3.7. De acordo com a referida Portaria, a Assistência Farmacêutica no SUS engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle da qualidade e utilização, que compreende a prescrição e a dispensação – o chamado Ciclo da Assistência Farmacêutica. Essas atividades devem favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

3.8. Nesse sentido, a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definiu a Assistência Farmacêutica:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

3.9. O diagrama a seguir ilustra essa definição:

Gráfico 2 - Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica, de 2008 - SESMG

DEFICIÊNCIA NA DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS TÉCNICOS NA SELEÇÃO E PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTOS

3.10. De acordo com o manual técnico do MS, a seleção é “o eixo do ciclo da Assistência Farmacêutica, pois todas as outras atividades lhe são decorrentes. É a atividade responsável pelo estabelecimento da relação de medicamentos, sendo uma medida decisiva para assegurar o acesso aos mesmos” (BRASIL, 2006).

3.11. Conforme o referido manual:

A elaboração de uma seleção requer decisão política do gestor. Para tanto, faz-se necessário dispor de um conjunto de informações técnicas e administrativas, para fundamentar a questão; bem como considerar análise e perfil das prescrições na rede de saúde, quantidade média de medicamentos prescritos por receita gastos efetuados mês, medicamentos mais prescritos, dados de consumo e demanda, além de estudos de utilização de medicamentos que possibilitem dispor de dados e informações relevantes sobre medicamentos.

3.12. De acordo com as orientações do MS contidas no manual:

- I. A seleção de medicamentos deve ser feita por uma comissão permanente de profissionais de saúde, com conhecimentos especializados, por critérios de essencialidade, qualidade e eficácia comprovada. Sua utilização deve ser obrigatória nos serviços de saúde, especialmente pelos prescritores. Deve ser revisada periodicamente e amplamente divulgada a todos os profissionais de saúde.
- II. Devem constar todos os medicamentos que serão usados nos serviços de saúde inclusive os medicamentos eventualmente fornecidos pelo Ministério da Saúde.
- III. Deve retratar o perfil epidemiológico local e possibilitar o atendimento dos principais problemas de saúde. Deve refletir as estratégias de cuidado e atenção definidas pelos gestores e implementadas pelos serviços.

3.13. Como resultado da seleção, a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) é elaborada. Assim, para realizar a seleção de medicamentos, o gestor deve se valer de critérios técnicos definidos pela PNM.

3.14. Durante os trabalhos de campo, a equipe verificou que grande parte dos municípios não elaborou estudos epidemiológicos/nosológicos. Dentre os 30 gestores municipais entrevistados, 26 responderam que elaboraram a relação de medicamentos. No entanto, 17 gestores responderam que não foram realizados estudos de perfil epidemiológicos/nosológicos. Dentre os gestores que responderam o questionário eletrônico, 19% não realizam estudos de perfil nosológico e 76% não elaboram perfil epidemiológico. Observe-se que, de acordo com a mencionada Portaria MS/GM nº 3.916, perfil epidemiológico refere-se ao estado de saúde de uma determinada comunidade. Perfil nosológico é o conjunto de doenças prevalentes e/ ou incidentes em uma determinada comunidade.

3.15. Ressalta-se que, ao serem questionados a respeito das ações realizadas pelos gestores municipais para garantir que a seleção de medicamentos esteja em conformidade com a situação epidemiológica local, houve predominância de respostas que se referiam somente aos critérios de consumo histórico e consumo médio mensal (CMM), sem mencionar estudos epidemiológicos e demais informações técnicas e administrativas necessárias. Constatou-se

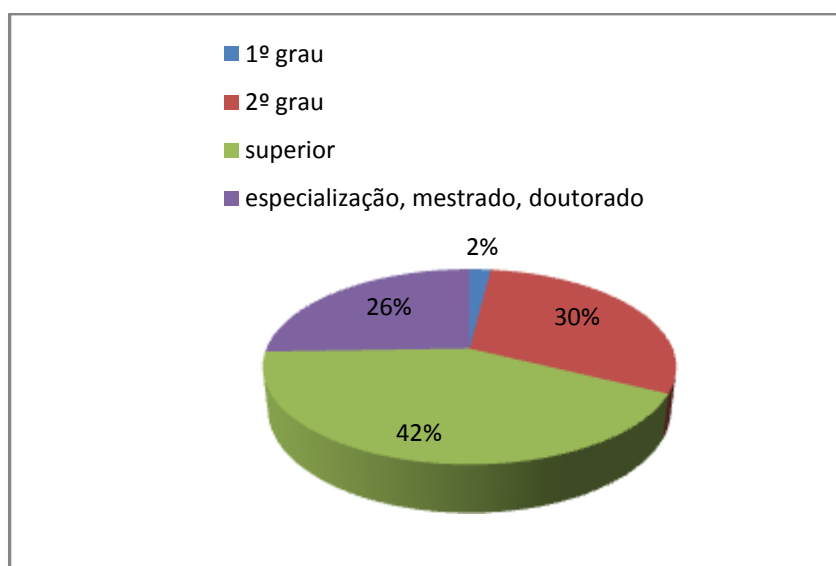
que, em muitos municípios, não são realizados estudos de demanda, informação importante para a SMS saber se há necessidade de incorporar novos medicamentos na REMUME, deixando a população sem acesso a medicamentos importantes. Em outras palavras, os medicamentos selecionados são aqueles consumidos regularmente no município.

3.16. Observa-se, assim, que a seleção dos medicamentos, na maioria dos municípios visitados, é feita a partir da experiência dos profissionais responsáveis por essa atividade, sem levar em consideração dados técnicos que permitiriam mapear as doenças mais recorrentes em determinado município.

3.17. Uma das prováveis causas que deve ser considerada é a diversificada formação profissional básica dos gestores, desacompanhada de capacitação na área da saúde. A diversidade de formação profissional dos gestores e a deficiente capacitação em administração e gestão no setor saúde resultam em falhas na gestão local da Assistência Farmacêutica.

3.18. Profissionais de nível médio são gestores da saúde em 30% dos municípios. Gestores com formação superior são 42%, dos quais, 47% com formação superior na área de saúde, e 58% são profissionais com formação superior em outras áreas. O Gráfico 2 apresenta todo o leque da formação profissional básica dos gestores da saúde dos municípios mineiros que preencheram o questionário eletrônico.

Gráfico 3 - Grau de instrução do Secretário Municipal de Saúde



Fonte: Questionário Eletrônico
Elaborado por TCEMG

3.19. Constata-se, assim, que a capacitação dos gestores constitui complemento importante para o planejamento da Assistência Farmacêutica nos municípios. Em resposta ao questionário eletrônico, vários gestores relataram dificuldades na elaboração do planejamento e do RAG, e alegaram falta de equipe técnica para a realização dos trabalhos. Além disso, diversos gestores, ao comentarem sobre a assessoria e ou orientação da SES, apontaram a

necessidade de assessoria, principalmente, quanto à realização de protocolos clínico/terapêuticos e estudos epidemiológicos.

3.20. Quanto à Programação, o MS assim define:

Programar consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para atendimento a determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo. A programação inadequada reflete diretamente sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. (BRASIL, 2006)

A programação deve ser ascendente, levando em conta as necessidades locais de cada serviço de saúde, evitando compras desnecessárias, falta ou perda de medicamentos na rede de saúde. Deve considerar os recursos financeiros disponíveis e as prioridades estabelecidas para a área de saúde. É imprescindível a implantação de um sistema de informações e gestão de estoque eficiente, para que a programação possa ser realizada com base em dados confiáveis e que possibilitem a utilização concomitante de métodos de programação, tais como perfil epidemiológico da população, consumo histórico, consumo ajustado, oferta de serviços, entre outros. (BRASIL, 2011).

3.21. Conforme manual do MS (BRASIL, 2006), a programação tem os seguintes objetivos:

- identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento às demandas da população;
- evitar aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade no abastecimento e;
- definir prioridades e quantidades a serem adquiridas, diante da disponibilidade de recursos.

3.22. Ainda, conforme referido manual, são requisitos necessários para programar:

- dispor de dados de consumo e de demanda (atendida e não atendida) de cada produto, incluindo sazonalidades e estoques existentes, considerando períodos de descontinuidade;
- sistema de informação e de gestão de estoques eficientes;
- perfil epidemiológico local (morbimortalidade) – para que se possa conhecer as doenças prevalentes e avaliar as necessidades de medicamentos para intervenção;
- dados populacionais;
- conhecimento da rede de saúde local (níveis de atenção à saúde, oferta e demanda dos serviços);
- cobertura assistencial, infra-estrutura, capacidade instalada e recursos humanos;
- recursos financeiros para definir prioridades e executar a programação e;
- mecanismos de controle e acompanhamento.

3.23. De acordo com o Manual “Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais”, o método mais utilizado para programação de medicamentos é o consumo histórico. Esse método consiste na análise do consumo dos medicamentos com base em uma série histórica, possibilitando estimar necessidades com base na frequência e intensidade de utilização ao longo do tempo.

3.24. Para a aplicação do método, são necessários os registros de movimentação de estoques, de dados de demanda real (atendida e não atendida), de inventários com dados históricos de, pelo menos, 12 meses, incluídas as variações sazonais. A partir desses dados, apura-se a demanda real, desde que não ocorram faltas prolongadas de medicamentos e que as informações fornecidas sejam confiáveis. Deve-se estar atento também à possibilidade de ter ocorrido perda de um medicamento durante o período pesquisado ou a padronização de um novo medicamento para tratamento de determinada patologia, o que deverá ser considerado nos dados de consumo e na previsão das necessidades. Além disso, estima-se a necessidade sempre tendo em vista a posição dos estoques.

3.25. Para utilização do método, não há necessidade de dados de morbidade e mortalidade ou de esquemas terapêuticos. Seus cálculos são simples e, em geral, seguros nas estimativas de quantidades. No entanto, o método tende a falhar em caso de falta de dados fidedignos e nos casos de longos períodos de desabastecimento, quando se torna impossível estabelecer parâmetros para cálculo, em especial do CMM.

3.26. O CMM para cada medicamento corresponde à soma do total consumido em determinado período de tempo dividido pelo número de meses em que o produto efetivamente esteve disponível e foi utilizado. Quanto mais regular for o estoque ou o fornecimento, mais fidedigno será o resultado obtido.

3.27. Durante os trabalhos de campo, a equipe constatou que grande parte dos municípios não dispõe dos requisitos necessários para realizar a programação dos medicamentos. Dos 30 secretários municipais de saúde entrevistados, 10% afirmaram que utilizam o consumo histórico e 33% responderam que utilizam o CMM como método para estimar os quantitativos de medicamentos. E, utilizam a combinação dos dois métodos, 57% dos gestores municipais entrevistados. Ressalva-se que, nem sempre, os dados de consumo refletem a demanda real por medicamentos. Dentre os gestores entrevistados, 23% informaram que não são realizados estudos de demanda. Dos que responderam afirmativamente, 10% relataram que não utilizam memória de cálculo nesses estudos. Quanto aos farmacêuticos entrevistados, 45% informaram que utilizam como método para programação o CMM, 4%, o consumo histórico e 51%, a combinação desses métodos. A falta de conhecimento da demanda real da população impede que a programação garanta a quantidade necessária de medicamentos. Durante os trabalhos de campo, foi observada falta de medicamentos, ou medicamentos com data de validade vencida, conforme detalhado nos próximos itens.

3.28. Conforme relatado anteriormente, o Manual técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), define o estudo de perfil epidemiológico local como um instrumento básico da programação de compras.

3.29. Além da falta de capacitação dos gestores municipais, verifica-se a insuficiência das ações do Estado na coordenação e orientação dos municípios. A PNM, Portaria MS/GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, dispõe que os recursos federais transferidos Fundo-a-Fundo, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica, deverão ser utilizados, prioritariamente, para a aquisição, pelos municípios dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações, sob a coordenação dos estados.

3.30. De acordo com a PNM:

O gestor estadual deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação.

3.31. A mesma Portaria estabelece as seguintes competências do gestor municipal em relação à Assistência Farmacêutica:

- coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;
- associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;
- promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;
- assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na Rename, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
- adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;
- investir na infraestrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

3.32. A PNM atribui aos estados a responsabilidade pela coordenação das ações de Assistência Farmacêutica desenvolvida nos municípios, entre as quais: prestar coordenação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações; apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da Assistência Farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde; orientar e assessorar os municípios nos processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que essa aquisição esteja consoante a realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo; e coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios.

3.33. Noventa e cinco por cento dos gestores municipais, em resposta ao questionário eletrônico, informaram que recebem assessoria e/ou orientação prestadas pela SES. No entanto, constatou-se que:

- 45% não recebem assessoria e/ou orientação prestadas pela SES quanto ao planejamento (Plano Municipal de Saúde) da Assistência Farmacêutica no município;

- 53% não recebem assessoria e/ou orientação prestadas pela SES quanto à programação anual de gestão da Assistência Farmacêutica no município;
- 23% não recebem assessoria e/ou orientação prestadas pela SES quanto à capacitação de membros das equipes de Assistência Farmacêutica no município;
- 51% não recebem assessoria e/ou orientação prestadas pela SES quanto aos protocolos terapêuticos;
- 67% não recebem assessoria e/ou orientação prestadas pela SES quanto à realização de estudos de perfil epidemiológico e/ou nosológico no município;
- 16% não recebem assessoria e/ou orientação prestadas pela SES quanto à aquisição de medicamentos essenciais; e
- 76% não recebem assessoria e/ou orientação prestadas pela SES quanto à organização de consórcios intermunicipais de saúde.

3.34. Observa-se que, em resposta ao questionário eletrônico, muitos gestores ressaltaram a importância de um maior assessoramento por parte da SES no que diz respeito ao planejamento das ações da Assistência Farmacêutica no município, conforme os seguintes depoimentos:

“O município até o momento não conta com assessoria e apoio técnico presencial por parte da Secretaria de Estado o que seria muito importante para auxiliar no planejamento das ações farmacêuticas e na criação e implantação do protocolo terapêutico.”

“A SES assessora muito pouco os municípios no que diz respeito a planejamento, realização de protocolos terapêuticos e estudos epidemiológicos.”

“Apesar de ter o apoio técnico do Estado, mais ainda achamos pouco, poderia ser melhor”.

“Gostaríamos de receber maior apoio e assessoria técnica em relação aos protocolos clínicos e estudos epidemiológicos para aprimorarmos a Assistência Farmacêutica no município”.

“Recebemos assessoria da SES, porém ainda acho pouco, deveríamos receber mais apoio”.

“Seria necessário maior apoio técnico e treinamento aos farmacêuticos e médicos sobre os medicamentos excepcionais e estratégicos”.

“Acho que falta assessoria e apoio técnico principalmente quanto a realização de Estudos Epidemiológicos no município para que possamos melhorar o atendimento referente a listagem de medicamentos do município.”

“Necessita de mais assessoria quanto ao suporte técnico na elaboração do perfil epidemiológico, no plano de assistência farmacêutica do município e na gestão da assistência farmacêutica”.

“A assessoria não é praticada, o apoio técnico também não.”

“Gostaríamos de mais apoio técnico da SES para ações de assistência farmacêutica.”

“Não recebemos apoio ou assessoria por parte da Secretaria de Estado.”

“A assessoria nem sempre atende a nossas necessidades, falta de suporte no sistema.”

“É importante ressaltar que não recebemos orientação nenhuma quanto ao melhor planejamento às ações de assistência farmacêutica no município.”

3.35. Deficiências na programação dos municípios implicam deficiências na programação do Estado. De acordo com o que está estabelecido na Deliberação CIB-SUS/MG nº 415, de 21 de fevereiro de 2008, cabe a cada município a elaboração de uma programação anual de medicamentos, dividida no mínimo por trimestres, relativa aos itens pactuados na deliberação CIB-MG, a fim de subsidiar a programação anual do Estado.

3.36. De acordo com a SES, a aquisição de medicamentos básicos é pactuada na Comissão Intergestora Bipartite (CIB):

Conforme pactuação em vigor, 68 municípios possuem pactuação parcialmente descentralizada no município e os demais 785 possuem pactuação totalmente centralizada no estado. A programação anual de medicamentos é feita com base na relação estadual de medicamentos - RESME e utiliza as informações gerenciais disponíveis.

3.37. Em resposta ao questionamento da equipe, a SES informou que os critérios utilizados na programação são os seguintes:

- demanda histórica dos municípios e regionais de saúde, medida por meio do somatório das programações realizadas pelos municípios e farmácias das regionais de saúde nos anos anteriores. Isso evidencia que a programação é descentralizada e ascendente, pois inicia-se nas unidades de dispensação dos medicamentos que remetem suas demandas locais ao gestor central, de forma a retratar o mais fielmente possível a necessidade local;
- perfil demográfico e epidemiológico e o conhecimento dos medicamentos selecionados, a indicação precípua e a perspectiva de utilização pela população-alvo.

3.38. Assim, as dificuldades na programação dos municípios impactam negativamente na programação do Estado, podendo gerar um círculo vicioso. Durante os trabalhos de campo, diversos gestores informaram que, devido à falta de medicamentos, fazem solicitação à SES maior que a necessidade com o objetivo de garantir o estoque de medicamentos.

3.39. Em vista das dificuldades apontadas, esta auditoria entende que a SES-MG deva reavaliar sua estratégia de atuação junto aos municípios de modo a reforçar suas práticas de orientação, incentivo e capacitação, se possível com a participação ativa e simultânea do CIB e do COSEMS, especialmente no que se refere à Assistência Farmacêutica, de modo que a seleção e a programação de medicamentos atendam às necessidades da população. Ainda, propõe-se à SES, a elaboração e manutenção de política de educação permanente para os gestores municipais de saúde, principalmente para os municípios cujos gestores não possuem formação na área. Com a adoção dessas medidas, espera-se que a seleção e programação estejam de acordo com a demanda real, permitindo o uso racional de medicamentos.

3.40. Conforme o Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica, a rede de Assistência Farmacêutica proposta para o SUS estadual seria embasada na integração de informações originadas em cada farmácia pública de um dado município e integradas em sua Gerência Regional, que, por sua vez integram a Superintendência de Assistência Farmacêutica da SES.

3.41. Nesse Plano, a SES propôs algumas intervenções nas etapas do ciclo de Assistência Farmacêutica do Estado, com o objetivo de otimizar o acesso aos medicamentos.

3.42. No que se refere à programação, a SES implantou o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) nas GRSs - farmácias de medicamentos excepcionais - e nas farmácias comunitárias dos municípios com as seguintes finalidades:

- obtenção de dados relacionados ao perfil de utilização de medicamentos de uma dada população (município, GRS, Estado);
- utilização de dados epidemiológicos disponibilizados em seus relatórios gerenciais (perfil dos usuários, utilização de medicamentos, características dos programas de saúde);
- informação on-line dos estoques nas farmácias (municipais e GRS);
- refinamento da metodologia de programação por meio de ferramentas estatísticas e econômicas avançadas;
- obtenção da programação de medicamentos consolidados por itens e por pacientes.

3.43. Com relação à utilização do SIGAF pelos municípios, foram constatadas as seguintes deficiências:

- o sistema não está efetivamente implantado em todos os municípios. Apenas os municípios que aderiram ao Programa Farmácia de Minas para a construção de farmácias comunitárias são obrigados a utilizarem todos os recursos do SIGAF. Os demais municípios somente utilizam para solicitação de medicamentos à SES. Para o gerenciamento dos estoques, 36% dos farmacêuticos entrevistados informaram que não utilizam o SIGAF. Dentre os gestores que responderam o questionário eletrônico, 33% informaram que utilizam sistemas manuais e 6% não utilizam sistemas para controle do estoque de medicamentos. Os municípios de maior porte possuem programas próprios para gestão do estoque de medicamentos;
- dentre os que utilizam integralmente o sistema, foram relatadas algumas dificuldades, como a necessidade de execução de tarefas repetitivas, as quais acarretam morosidade na dispensação do medicamento;
- dificuldades de acesso à *internet* que, muitas vezes. A lentidão prejudica o acesso ao SIGAF, uma vez que o banco de dados do programa é complexo e exige *internet* de alta velocidade de acesso. Além disso, constatou-se insuficiência de equipamentos de informática (computadores).

3.44. Em vista dessas inadequações, é importante que a SES promova o fornecimento de computadores e cursos de capacitação para todos os usuários do SIGAF, e, ainda, o aperfeiçoamento do sistema, para que seja utilizado de forma mais eficaz pelos municípios, fornecendo os dados gerenciais necessários para a adequada programação de medicamentos.

INADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E SANITÁRIAS DE ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS BÁSICOS.

3.45. O armazenamento “é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, segurança e conservação, controle de estoque e entrega dos produtos, garantindo a segurança e a qualidade dos medicamentos até sua dispensação ao usuário” (BRASIL, 2011).

3.46. O adequado gerenciamento do armazenamento deve garantir a preservação das características físico-químicas e microbiológicas dos medicamentos, para que possam produzir os efeitos desejados e evitando perdas que podem causar prejuízos financeiros ao Estado. Segundo o MS (BRASIL, 2006a) devem ser desenvolvidas algumas ações e procedimentos, entre os quais se destacam:

- a. Cumprimento das Boas Práticas de Armazenagem, incluindo limpeza e higienização; delimitação dos espaços destinados a estocagem, recebimento e expedição de medicamentos, minimizando o risco de trocas; controle de temperatura e umidade; monitoramento da rede de frio; entre outros.
- b. Qualificação do recebimento de medicamentos, melhorando os processos de conferência dos quantitativos, lotes e prazos de validade quando da separação dos produtos.
- c. Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que descrevam todas as atividades executadas.
- d. Existência de um sistema de controle de estoque de medicamentos que disponibilize informações gerenciais como balancetes, relatórios e gráficos.
- e. Melhoria da capacidade administrativa e da qualificação de pessoas para garantir que todas as atividades sejam desenvolvidas de forma adequada.

3.47. O almoxarifado “é responsável por assegurar a rastreabilidade dos produtos, mantendo sob seus cuidados a documentação administrativa relacionada a eles, devendo ainda tomar as medidas relacionadas à sua segurança patrimonial” (BRASIL, 2011).

3.48. No armazenamento, a auditoria avaliou a estrutura física, a capacidade instalada, os equipamentos de segurança, os controles de estoques e foram encontradas inadequações que podem levar a alterações na qualidade, perdas e desvios de medicamentos.

3.49. Segundo o MS (Brasil, 2006a) o adequado planejamento e organização do armazenamento deve se pautar pelos seguintes requisitos:

- Estrutura física – área física e instalações adequadas (físicas, elétricas, sanitárias), com boa localização e condições ambientais adequadas.
- Estrutura organizacional – *layout*, organização interna, segurança, equipamentos e acessórios.
- Estrutura funcional – definição e controle das atividades, elaboração de normas e procedimentos operacionais e instrumentos de controle, acompanhamento e avaliação, sistema de informação eficiente e eficaz.
- Recursos humanos qualificados – o pessoal envolvido no armazenamento de medicamentos deve ter competência para assegurar que os produtos ou materiais sejam adequadamente armazenados e manuseados, sendo treinado para as tarefas que lhe sejam atribuídas
- Manual de Normas e Procedimentos.

3.50. No Almoarifado Central de distribuição de medicamentos básicos da SES/MG, CAD/Farmácia de Minas, a equipe verificou a existência de goteiras, falta de fechamento das docas, presença de vãos e frestas nas paredes, inadequação da área de psicotrópicos, inexistência de um módulo de logística no SIGAF, falta de integração do sistema integrado de administração de dados e serviços (SIAD) e o sistema de logística utilizado e deficiências na segurança do local. A figura 1 comprova as deficiências de armazenamento.



Figura 1 – Na sequência, fotos de perdas medicamentos com data de 2011, CAD/Farmácia de Minas – junho/2012 e de frestas no telhado no CAD/Farmácia de Minas – junho/2012

3.51. Segundo entrevista com o coordenador da CAD/Farmácia de Minas, está em fase de execução a “adequação da área de armazenamento e distribuição dos medicamentos psicotrópicos visando atender a portaria 344/98 da Anvisa. Em execução também, fechamento das docas com grades móveis, instalação de circuito interno, criação de recepção e recuperação pela logicarga do telhado”.

3.52. Com relação ao armazenamento dos medicamentos nas farmácias comunitárias implantadas no Programa Farmácia de Minas, a equipe de auditoria identificou espaço insuficiente para armazenamento dos medicamentos comprometendo a organização e levando gestores a utilizarem de outros espaços para o armazenamento. As farmácias comunitárias devem ser construídas de acordo com projeto arquitetônico padrão disponibilizado pela SES/MG em dois modelos (Apêndice I), os projetos prevêm uma área de armazenamento de medicamentos de 8,48 m² para farmácias de 70m², e de 11,24m² para farmácias de 80m². Em 18 (dezoito) farmácias comunitárias visitadas pela equipe foi verificada insuficiência do espaço de almoxarifado para armazenamento dos medicamentos básicos.

3.53. Durante os trabalhos de campo, foram encontradas deficiências nas condições físicas e sanitárias de armazenamento de medicamentos nos municípios, como armários de medicamentos controlados abertos ou com chaves nas portas, geladeira para medicamentos termolábeis desligada, medicamentos armazenados junto a materiais administrativos, podendo prejudicar a qualidade dos medicamentos levando a perdas e comprometendo à programação

das aquisições. Dos 47 farmacêuticos entrevistados nos trabalhos de campo, 83% disseram haver perdas de medicamentos nas farmácias municipais.

3.54. Em resposta ao questionário eletrônico enviado a todos os gestores municipais de saúde, 75% dos gestores consideraram a falta de espaço físico o maior problema no armazenamento, 30%, falta de equipamentos adequados e 28%, ambiente inadequado.

3.55. Assim, de forma a possibilitar o adequado armazenamento dos medicamentos no almoxarifado central, cabe recomendar à SES/MG que:

- feche as docas com grades móveis;
- melhore a segurança (criação de recepção, instalação de circuito interno, fechamento com catracas, controle de entrada e saída de pessoas, especialmente, na área de psicotrópicos);
- recupere o telhado; e
- feche as frestas.

3.56. No mesmo sentido, buscando melhorar as condições de armazenamento das farmácias comunitárias do estado cabe recomendar à SES/MG que altere o projeto das farmácias aumentando o espaço de armazenamento dos medicamentos.

DEFICIÊNCIAS NA AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS BÁSICOS

3.57. Por ocasião das visitas aos municípios, constatou-se que deficiências na aquisição distribuição e de medicamentos pela SES/MG têm ocasionado demora no recebimento de medicamentos, recebimento de medicamentos com data próxima ao vencimento, recebimento de medicamentos em desacordo com a solicitação e falta de medicamentos básicos nos municípios.

3.58. A aquisição consiste num conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade e manter a regularidade do sistema de abastecimento (BRASIL, 2011).

3.59. A distribuição dos medicamentos, de acordo com as necessidades dos solicitantes, deve garantir a rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações, controle e transporte adequado (BRASIL, 2011).

3.60. Os requisitos necessários para garantir uma distribuição eficiente de medicamentos são (Brasil, 2006a):

- **Rapidez** – o processo de distribuição deve se realizar em tempo, mediante um cronograma estabelecido, para evitar atraso ou desabastecimento.
- **Segurança** é a garantia de que os produtos chegarão ao destinatário nas quantidades corretas.
- **Sistema de informação** – o processo de distribuição deve ser monitorado e avaliado. Para tanto, é indispensável um sistema de informações que propicie dados atualizados sobre a posição físico-financeira dos estoques, quantidades recebidas e distribuídas, dados de consumo e demanda de

cada produto, estoques máximo e mínimo, ponto de reposição, e qualquer outra informação que se fizer necessária para um gerenciamento adequado.

- **Transporte** - condições adequadas de segurança, tempo da entrega e custos financeiros.

3.61. No período da auditoria, em todos os municípios visitados, havia falta de 46 itens da lista estadual de medicamentos disponibilizada no SIGAF (Apêndice II). Tendo em vista que as solicitações de medicamentos devem ser realizadas trimestralmente no SIGAF e o recebimento dos medicamentos ocorre em aproximadamente dois meses, a indisponibilidade de medicamentos no sistema compromete a programação municipal. Nesse caso, para evitar o desabastecimento, os municípios que possuem recursos realizam compras diretas dos medicamentos em falta. Por outro lado, os municípios menores que, na maioria das vezes não possuem recursos para realizar compras diretas, deixam a população sem os medicamentos indispensáveis na atenção primária.

3.62. Em entrevistas aos farmacêuticos, 85% deles responderam que há falta de medicamentos nas farmácias, 35% responderam que há perdas por recebimento de medicamentos próximo ao vencimento e 25% responderam que há casos recorrentes de recebimento de medicamentos em desacordo com a solicitação.

3.63. Em resposta ao questionário eletrônico, 73% dos gestores consideraram que o maior problema quanto aos medicamentos fornecidos pela SES/MG refere-se ao recebimento em quantidade inferior à solicitada e 57%, ao recebimento de medicamentos com data de validade próxima ao vencimento (Tabela 2).

Tabela 2 - Principais problemas detectados quanto ao recebimento de medicamentos fornecidos pela SES/MG

Resposta	Percentual
Medicamentos não solicitados	11%
Medicamentos com prazo de validade próximo a vencer	57%
Medicamentos em quantidade superior à demandada	13%
Medicamentos em quantidade inferior à demandada	73%
Medicamentos com alteração de qualidade	10%
Não há problemas	9%
Outros	15%

Fonte: Questionário Eletrônico

Elaboração: TCEMG

3.64. A deficiência na distribuição e aquisição de medicamentos básicos pela SES/MG tem levado à indisponibilidade de medicamentos nos municípios e recebimento de medicamentos com data próxima ao vencimento comprometendo a programação em prejuízo da população, conforme reportam os gestores no questionário eletrônico:

“É necessário haver regularidade na distribuição para que não comprometa a programação. Cumprir cronograma, melhoria da logística, manutenção dos medicamentos elencados pela Relação Estadual de Medicamentos e solicitados pelo município.”

“A distribuição pelo Estado é bastante irregular e nunca cobre as eventualidades.”

“A distribuição realizada pela SES MG é trimestralmente, porém, nas últimas entregas apresentaram problemas de atraso e qualidade, com justificativa de que o fornecedor não supria a demanda solicitada pelos municípios. Sugestão reduzir entrega p mensal e acompanhar realmente o SIGAF, para não haver surpresas na entrega do medicamento, principalmente para os últimos municípios a serem contemplados.”

“Medicamentos não são distribuídos porque não estão disponíveis para serem programados. Há falta de muitos itens.”

“Os atrasos nas entregas e as diferenças nas quantidades programadas/ recebidas constituem os grandes problemas neste fator.”

“Infelizmente o Estado não respeita as quantidades solicitadas nem os prazos para entrega o que nos obriga a repor esses medicamentos via licitação.”

“Os medicamentos solicitados pelo município nem sempre estão disponíveis na lista do Estado, gerando transtornos e custos para o município. Exemplo atual, estamos aguardando liberação judicial do Estado para entrega dos medicamentos básicos para o próximo trimestre, que seria agora início de julho e até o momento não temos resposta positiva. Outro exemplo a amitriptilina que faz parte da lista e há quase 1 ano que ele se encontra indisponível para pedidos.”

“A Secretaria de Estado da Saúde não tem fornecido a quantidade de medicamentos solicitados pelo município conforme solicitação via SIGAF, além disso, não faz a reposição dos medicamentos faltosos na distribuição seguinte.”

3.65. No mesmo sentido, **o relatório técnico da 3ª Coordenadoria de Fiscalização Estadual do TCEMG, Processo nº 837279, Prestação de Contas da SES/MG, exercício de 2009**, apontou precariedade nas condições operacionais das unidades que gerenciam almoxarifados e patrimônio, relatadas **às folhas 651**:

- ausência de regulamentação interna e procedimentos de controle que possibilitem a realização de inventários periódicos;
- utilização de tecnologia de informação para registro das movimentações de produtos em estoque incompatível com a demanda;
- falta de integração entre os dados do SIAFI e SIAD;

- apropriação indevida de materiais de consumo no almoxarifado de medicamentos;
- utilização de recibos provisórios para distribuição de medicamentos adquiridos em decorrência de decisões judiciais;
- inadequação do fluxo de medicamentos da farmácia básica e outros materiais a municípios e entidades do estado, distribuídos sem passar pela recepção nos almoxarifados centrais.

3.66. Dessa forma, cabe recomendar à SES/MG que:

- aprimore o SIGAF possibilitando a integração dos dados com o SIAD;
- utilize código de barras para recebimento e distribuição de medicamentos;
- utilize mecanismo de registro de perdas.

3.67. Espera-se que o atendimento das recomendações minimize as perdas, auxilie na regularização do desabastecimento, contribuindo para um controle mais efetivo do fluxo dos medicamentos básicos no Estado.

DEFICIÊNCIA NO ATENDIMENTO DA DEMANDA POR MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

3.68. Deficiências no atendimento das necessidades dos pacientes por medicamentos de Alto Custo foram evidenciadas, considerando-se a ocorrência de casos de descontinuidade de atendimento no fornecimento e da falta de oferta de determinados medicamentos. Os trabalhos apontam que tais situações foram geradas pelas deficiências na estrutura física e instalações de muitas Farmácias nas SRSs/ GRSs e, especialmente, pela morosidade nas autorizações para ingresso de novos beneficiários, acarretando graves prejuízos para os usuários.

3.69. Os Medicamentos de Alto Custo podem ser definidos como aqueles utilizados para doenças raras ou de baixa prevalência, com alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado (ex. imunossupressores, acromegalia, doença de Gaucher, esclerose múltipla, etc).

3.70. Para receber o medicamento de alto custo, o paciente deve procurar a SRS/GRS da qual seu município faz parte e solicitar a montagem do Processo de Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Para montagem dos processos, é necessária a apresentação de laudos médicos, receita médica, documentos pessoais do paciente, exames médicos exigidos pelo respectivo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), além da Solicitação de Medicamentos Excepcionais (SME) devidamente preenchida pelo médico prescritor.

3.71. Os processos são montados nas Farmácias das SRSs/GRSs do Estado e encaminhados à SES/MG onde é realizada a avaliação do pedido e emissão de um parecer técnico, deferindo ou indeferindo a solicitação. Os pacientes que tem os processos deferidos são incluídos no Programa e passam a receber os medicamentos na Farmácia da respectiva SRS/GRS, conforme agendamento.

3.72. No entanto, os dados coletados nas entrevistas aos gestores das GRSs/SRSs apontam deficiências no atendimento da demanda: 76 % dos entrevistados responderam que há descontinuidade no abastecimento, 76% afirmaram que há falta de medicamentos em estoque, 92% responderam que há casos de recebimento de medicamentos em desacordo com a solicitação.

3.73. Dos relatos dos gestores, verificou-se falta de medicamentos em 21 das 28 Farmácias das GRSs/SRSs do Estado, por mais de dois meses, tais quais, o anticonvulsivante, lamotrigina (50 mg), o anti-inflamatório, Budesonida (200 mg) , os antireumatóides, hidroxiclóricoquina (400 mg), Etanercepte (50 mg) e enbrel (50 mg), Clobazam 10mg, 20mg , mesalazina (800mg), entre outros.

3.74. Verificou-se que divergências entre o pedido realizado à SES/MG e o quantitativo recebido nas Farmácias das GRSs/SRSs foi apontado pelos gestores como o principal motivo da falta de medicamentos para dispensação:

“Todo mês há divergência entre o pedido realizado e o quantitativo recebido. Seja recebendo quantitativo menor do que foi solicitado (mais comum) ou algumas vezes, quantitativo maior do que solicitado. Às vezes também, ocorre o envio de medicamento não solicitado. E essas divergências têm gerado atraso no aceite de notas no SIAD.”

“Temos tido problemas nos últimos meses, em relação à entrega dos mesmos, visto que a alguns itens são autorizados e faturados, porém, por algum problema no Almoxarifado da SES (NUCAF) não temos recebido tais itens. Após formalização da informação da inconsistência recebida, se não temos retorno da solução da questão, fica constando que recebemos tais medicamentos, mas efetivamente não os recebemos. Isso algumas vezes acarreta em falta de medicamento para dispensação ao usuário ou constantes solicitações extras a Diretoria de Medicamentos de Alto Custo (DMAC), para suprir a demanda.”

“Caso de descontinuidade de abastecimento também recentemente aconteceu para o medicamento Lamotrigina 50mg, que não está disponível e este caso foi formalizado pela SES/MG.”

“Ocasionalmente ocorrem perdas de medicamentos, em algumas situações, por recebemos itens com curto prazo de validade. Quando ocorre descontinuidade do abastecimento acredito ocorrer por questões relacionadas a compra ou atraso na entrega por parte do laboratório. Não temos informações precisas quanto a isso visto estas atividades serem realizadas no nível central. E também há falta quando não recebemos o item por algum problema no NUCAF (logística).”

3.75. Nos trabalhos de campo, verificaram-se perdas de medicamentos por vencimento do prazo de validade nas GRSs do Estado visitadas, como mostrado na figura 2.



Figura 2- Na sequência, fotos de medicamentos vencidos – Farmácias de GRS, Minas Gerais- junho/2012

3.76. Buscando evidenciar a ausência da oferta de medicamentos, perguntou-se em entrevista aos gestores, se “considera que exista algum medicamento que deveria constar da Relação de Medicamentos? Quais e por quê?”. As seguintes sugestões apresentadas pelos gestores foram justificadas, especialmente no sentido de minimizar o número de sentenças judiciais:

“Rivastigmina Adesiva Patch, diante da alta demanda de ações judiciais requerendo estes medicamentos.”

“medicamentos para Tratamento de Câncer (como exemplo: Trastuzumabe, Bevacizumabe), para Hiperatividade (Metilfenidato), medicamentos Antiplaquetários (como clopidogrel), porque a procura é intensa e temos ação judicial para alguns pacientes usuários destes medicamentos.”

“É importante acrescentar alguns colírios para tratamento do Glaucoma. Na Relação de Medicamentos Básicos está previsto o fornecimento do Timolol. Porém, muitos pacientes não respondem a essa substância ou apresentam contra-indicação e ficam sem tratamento alternativo. O glaucoma é uma doença crônica, grave e que pode representar um custo alto para o usuário.”

“Medicamento oncológico: trastuzumabe 440 mg. Devia constar da RENAME, pois tem demanda muito grande, aumenta a sobrevida.”

“Medicamento oftálmicos para o tratamento de glaucoma. A demanda é grande, os colírios são de valor elevado, existindo um vazio assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS) que acarreta em aumento de demandas judiciais.”

“Anticoagulantes injetáveis (enoxaparina, por exemplo). Uma grande parcela da população vem apresentando problemas circulatórios que necessitam do uso destes, em especial, gestantes, e não os conseguem pelo SUS, também acarretando demandas judiciais. E que, nos casos das gestantes, que tem que fazer uso nas primeiras semanas de gestação, sob o risco de aborto, não o conseguem devido à morosidade da justiça.”

“Spiriva Respimat, Alois, Ritalina, entre outros, devido a grande demanda de procura.”

“a insulina ultra-rápida, Brometo de Tiotrópio.”

“Clopidogrel e memantina,devido a procura, o custo e o risco para os pacientes”

“Clopidogrel, Artrolive, Venlafaxina, Pregabalina, Alprazolam, Lorazepam,Alois, Galvus e Galvus Met. Devido ao uso e efeito terapêutico esperado em relação a outras drogas encontradas no mercado. Assim como o alto índice de ação judicial solicitando esses medicamentos.”

“Ritalina, clopidogrel, spiriva, insulina novo rapid. Devido a patologia, preço e demanda.”

3.77. Ainda, com relação aos medicamentos de alto custo foi constatado pela **Auditoria Geral do Estado – AUGÉ, Relatório Auditoria Setorial n. 1320.43339.09 de 24/08/2009:** sistema de controle patrimonial da GRS de Manhumirim com formação inadequada de mapa de medicamentos; fragilidade no controle de usuários, não utilização de método PEPS, inadequação de espaço físico, entre outros. No **Relatório Auditoria Setorial n. 1320.5492.09 de 23/10/2009** : sistema de controle patrimonial da GRS de Pouso Alegre. Divergência entre saldo de inventário de material de consumo, com o saldo do balanço financeiro; fragilidade na dispensação de medicamentos.

3.78. Os trabalhos apontam as seguintes causas no tocante às deficiências no atendimento da demanda por medicamentos de alto custo:

A) Morosidade nas autorizações para ingresso de novos beneficiários

3.79. O Plano Estadual de Saúde, 2008 a 2011 estabeleceu como objetivo estratégico relativo aos medicamentos de Alto Custo: redução do tempo médio de processos para novos pacientes de medicamentos de alto custo de 60 para 30 dias.

3.80. Entretanto, foi constatado pela análise das entrevistas realizadas com os gestores das GRSs/SRSs que o tempo médio para recebimento de medicamentos de alto custo é de 69 dias, no caso de novos pacientes.

3.81. A morosidade nas autorizações é especialmente preocupante nos medicamentos de alto custo, tendo em vista que o paciente, na maioria das vezes, não tem condições financeiras de comprar o medicamento, acarretando demandas judiciais.

3.82. Verificou-se, ainda, que os pacientes que utilizam medicação de uso prolongado necessitam de trimestralmente solicitar a renovação do seu laudo por meio de um novo formulário de SME, devendo ser apresentados novamente todos os exames exigidos no PCDT, e aguardar o parecer da SES/MG por um prazo de 35 a 69 dias, conforme constatado pela auditoria. Relatos dos gestores indicam dificuldade de acesso aos exames e diagnósticos exigidos nos PCDT. Mencione-se que os referidos exames são, em geral, de alta complexidade, como biópsias, tomografias, genotipagem, entre outros, e têm oferta limitada no SUS.

B) Deficiências nas estruturas físicas e instalações das GRSs

3.83. Deficiências nas estruturas físicas e instalações da GRSs de Belo Horizonte comprometem a dispensação, levando a um atendimento desumano dos pacientes.

3.84. Em visita à GRSs de Belo Horizonte, constataram-se deficiências relacionadas ao reduzido espaço físico destinado à dispensação, sala de dispensação com ventilação inadequada, longo tempo de espera nas filas para receber atendimento, sala de espera com assentos em número insuficiente, conforme pode ser verificado pela figura 3, na qual se observa que às 17 horas e 30 minutos do dia 22/05/2012, 1459 pacientes foram atendidos e, aproximadamente 500 ainda esperavam por atendimento.

3.85. Na oportunidade, foram entrevistados usuários que aguardavam atendimento: mulheres com seus filhos inválidos, deficientes físicos, pacientes com paralisia cerebral, doentes crônicos das mais graves enfermidades que tiveram que se deslocar de municípios a mais de 100 quilômetros de Belo Horizonte, como Conceição do Mato Dentro (171 km), Ouro Preto (100 km), Mariana (112 km), Crucilândia (119 km) e que muitas vezes não conseguem receber seus medicamentos oportunamente.



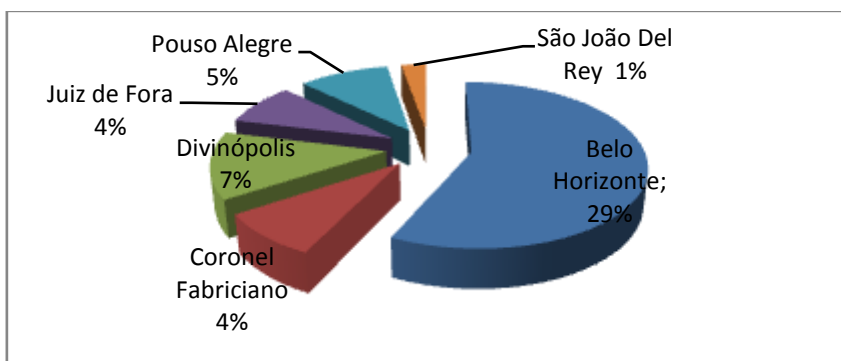
Figura 3 – Na sequência, foto de senha para espera por atendimento (nº D1460) às 17:30 horas do dia 22/05/2012 e foto de pacientes à espera para atendimento - Farmácia da GRS de Belo Horizonte – maio/2012

3.86. A auditoria visitou seis GRSs: Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Divinópolis, Juiz de Fora, Pouso Alegre e São João Del Rey, correspondendo a 51% da população de Minas Gerais, sendo que, a GRS de Belo Horizonte corresponde a 29% da população do Estado (conforme gráfico 4). Foram encontradas deficiências nas estruturas físicas e no atendimento em todas as GRSs visitadas.

3.87. A unidade regional de alto custo de Belo Horizonte atende 40 municípios (Anexo II), aproximadamente 2000 pacientes por dia, recebendo medicação continuada cerca de 40 a 50 mil pacientes por mês, além de aproximadamente 80 novos pacientes diariamente, possuindo infraestrutura e pessoal insuficiente para a demanda.

3.88. Nas entrevistas com beneficiários restou evidenciado que a principal dificuldade para obter os medicamentos constitui-se na demora inicial e o número de exames solicitados, além do deslocamento para outra localidade, e respectivos custos, para receber o medicamento.

Gráfico 4- Percentual da população estadual atendida por GRS visitada



Fonte: SES/MG
Elaboração: TCEMG

C) Conclusão

3.89. Os dados apresentados permitem concluir que a continuidade no fornecimento dos medicamentos, fundamental para que sejam evitados danos irreversíveis à saúde dos pacientes, não está sendo garantida para a maioria dos pacientes.

3.90. Ademais, o desabastecimento e as perdas relatadas não são registrados pelo Programa, já que inexistente qualquer sistemática que viabilize o registro dos casos em que os medicamentos procurados não são fornecidos, assim como a ocorrência de perdas. Normalmente, os processos só são abertos quando há disponibilidade para fornecimento dos fármacos e o registro das APACs ocorre apenas após o fornecimento do medicamento.

3.91. Pode-se inferir que pacientes e suas famílias, que gozam de melhor situação financeira, acabam adquirindo os medicamentos de alto custo mediante gastos vultosos nas drogarias. Outros recorrem às ações judiciais destinadas a garantir o fornecimento, gerando custos operacionais e orçamentários adicionais ao Estado, além de dificultarem a gestão do programa, aspectos analisados no capítulo 4.

3.92. Entende-se oportuno recomendar à SES/MG que:

- realize estudos, visando diminuir o tempo médio dos pareceres dos processos para novos pacientes de medicamentos de alto custo. Pretende-se, com essa medida,

atender os pacientes do alto custo de modo mais efetivo e diminuir o número de ações judiciais;

- flexibilize os prazos máximos de validade das autorizações para coleta dos medicamentos, compatibilizando-os com as necessidades clínicas das patologias previstas nos protocolos, minorando, assim, as dificuldades dos pacientes, especialmente daqueles que residem mais distantes dos centros de autorização. Com essa medida, pretende-se desobrigar os portadores das enfermidades com evolução lenta de renovarem toda a sua documentação a cada três meses;
- estabeleça diretriz no sentido da desconcentração da dispensação da GRS de Belo Horizonte, objetivando humanizar a dispensação, ou que qualifiquem a respectiva unidade de estrutura física e recursos humanos condizente com a demanda de pacientes;
- desenvolva estudos no sentido de verificar a possibilidade de utilizar metodologia de entrega em domicílio de medicamentos para algumas patologias e situações clínicas, objetivando facilitar o acesso dos doentes aos medicamentos e descongestionar as unidades de dispensação.

DEFICIÊNCIA NA ORIENTAÇÃO DO USO RACIONAL DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

3.93. A PNM conceitua o uso racional de medicamentos como o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2002a).

3.94. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que mais de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou comercializados de forma inapropriada, sendo que metade dos usuários os utiliza incorretamente (WHO, 2012).

3.95. Nesse sentido, a dispensação é o ato profissional farmacêutico, que consiste em proporcionar um ou mais medicamentos, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato o farmacêutico, informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (Brasil, 2011).

3.96. O ato de dispensar compreende análise técnica da prescrição e orientação ao paciente, objetiva (Brasil, 2011):

- Garantir o cumprimento da prescrição e o uso correto do medicamento.
- Contribuir para adesão ao tratamento e o cumprimento da prescrição médica.
- Minimizar erros de prescrição.
- Proporcionar atenção farmacêutica de qualidade.
- Garantir o cumprimento da prescrição médica, no fornecimento do medicamento correto e em quantidade adequada.
- Informar sobre o uso correto do medicamento.

3.97. A auditoria constatou nas visitas *in loco* que a dispensação não é realizada apenas por farmacêuticos, sendo que pessoas de outras formações, de nível técnico e médio também a realizam. Verificou-se que os farmacêuticos responsáveis pelas farmácias das GRSs/SRSs

estão envolvidos com várias atividades administrativas em detrimento da análise técnica da prescrição e orientação dos pacientes quanto ao uso dos medicamentos.

3.98. Na pesquisa com os gestores das GRSs, verificou-se que não é realizado o acompanhamento do uso dos medicamentos com utilização das fichas farmacoterapêuticas. Observou-se comprometimento do acompanhamento farmacoterapêutico devido às múltiplas atribuições dos farmacêuticos responsáveis pela dispensação dos medicamentos: atendimento no balcão; controle de estoques; carregamento de caixas; rastreamento de lotes, capacitação de funcionários. Tais atribuições, aliado ao reduzido pessoal habilitado na dispensação, tendem a comprometer as atividades dos farmacêuticos pela falta de acompanhamento dos pacientes. O acompanhamento requer a identificação de casos de hipersensibilidade, interações medicamentosas; contraindicações; uso irregular, entre outros.

3.99. As entrevistas realizadas com os beneficiários permitem evidenciar que em 77% das farmácias das GRSs do Estado quem realiza a dispensação é um atendente (nível médio), e em 70% dos casos os pacientes não recebem nenhuma orientação sobre o uso do medicamento de alto custo no ato da dispensação. Não se pode deixar de considerar que, por questões culturais, os pacientes entendem ser dever exclusivo do médico prescritor a prestação de informações sobre a doença e as interações medicamentosas.

3.100. A insuficiência de farmacêuticos e a sobrecarga de serviços ocasionam a falta de acompanhamento ou acompanhamento inadequado dos beneficiários comprometendo o fornecimento do medicamento correto e na quantidade adequada, gerando erros de prescrição, prejudicando a adesão e continuidade do tratamento, e, conseqüentemente, a saúde dos pacientes.

3.101. Considerando a importância da dispensação na eficácia do Programa, cabe recomendar à SES/MG que adote medidas para estruturar os centros de dispensação levando-se em conta as reais necessidades dos recursos humanos, aumentando em número e capacitando-os, visando o pleno funcionamento da Assistência Farmacêutica.

3.102. Pelo exposto, o planejamento da Assistência Farmacêutica revela deficiências na oferta de serviços farmacêuticos com a qualidade necessária para garantir o acesso e o uso racional de medicamentos. Tais falhas encontram-se associadas à fragilidades na necessária coalizão de diversos atores (em diversificadas esferas governamentais e no âmbito da própria SES) dispostos a alinhar esforços e coordenar competências em torno dos objetivos programáticos.

3.103. As falhas de gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica identificadas, quais sejam: deficiências na seleção de medicamentos, programação, controle de estoque, aquisição, distribuição, e dispensação revelam que os desafios técnicos, políticos e institucionais em prol do estabelecimento de uma cultura burocrática orientada para resultados, ainda necessita ser explorada. Ademais, resta demonstrado pelas entrevistas com os gestores a ocorrência de diversas e complexas cadeias decisórias sem interações estratégicas, razão pela qual emerge uma recomendação no sentido da necessidade de uma coordenação efetiva envolvendo múltiplos atores.

3.104. A situação vislumbrada pode acarretar falta de medicamentos, prejudicando o acesso da população e, conseqüentemente, a efetividade do cuidado à saúde. Além disso, pode ocorrer aquisição de medicamentos em quantidade superior ao necessário, ocasionando desperdícios de recursos públicos pela necessidade de descartar produtos com prazo de validade expirado.

4. JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4.1. A questão da judicialização da saúde no Brasil, incluindo a Assistência Farmacêutica, não pode ser analisada tendo em vista, apenas, os seus aspectos jurídicos devendo ser considerados, também, os aspectos financeiros que condicionam a atuação do Setor Público.

Fundamentos da judicialização da Assistência Farmacêutica

4.2. A CR/88, nos artigos 5º e 6º, estabelece os direitos e garantias fundamentais que constituem um dos pilares do Estado Democrático de Direito, ao assegurarem a dignidade da pessoa humana, sendo que os direitos à vida e à saúde são fundamentais para a concretização dos demais.

4.3. O artigo 5º define como garantias individuais, “*a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade à segurança e à propriedade*”, e o artigo 6º define como direitos sociais “*a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados*”.

4.4. Além disso, o artigo 196, da CR/88, determina que o Estado garanta o provimento do direito à saúde, ao dispor:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

4.5. Por outro lado, a limitação orçamentária e de recursos financeiros disponíveis para que o Estado possa realizar despesas necessárias ao cumprimento da determinação constitucional, condicionam sua ação, possibilitando que seja invocada a chamada cláusula da Reserva do Possível.

4.6. A Teoria da Reserva do Possível foi bem definida por Pereira (2010), ao fazer a seguinte síntese:

Desenvolvida na Alemanha na década de 70, a teoria da reserva do possível estabelece que a concretização dos direitos fundamentais dependentes de atuação positiva está sob a reserva da capacidade financeira do Estado, na medida em que este necessita de recursos para fazer frente às incontáveis demandas sociais. Desta forma, a insuficiência de recursos impõe ao poder público a tomada de decisões difíceis, relacionadas à melhor alocação desses recursos.

4.7. Entretanto, esse não é o posicionamento dominante na Jurisprudência brasileira reativamente à matéria.

4.8. O Poder Judiciário, em razão do caráter programático dado pela CR/88 à universalização do direito à saúde tem considerado, nos julgamentos de casos concretos, os direitos subjetivos individuais assegurados pelas suas normas.

4.9. O julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 45 MC/DF, de 2004, denota o entendimento do Supremo Tribunal Federal nesse sentido, ao ressaltar a impossibilidade de invocação da cláusula da Reserva do Possível nos casos de ameaça ou lesão a direitos fundamentais decorrentes de ação ou omissão do Estado.

4.10. O excerto a seguir, extraído do Voto do Relator na referida ADPF, Ministro Celso de Mello, sintetiza esse entendimento:

Cumpra advertir, desse modo, que a cláusula da "reserva do possível" - ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível - não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade. Daí a correta ponderação de ANA PAULA DE BARCELLOS ("A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais", p.245-246, 2002, Renovar):

Em resumo: a limitação de recursos existe e é uma contingência que não se pode ignorar. O intérprete deverá levá-la em conta ao afirmar que algum bem pode ser exigido judicialmente, assim como o magistrado, ao determinar seu fornecimento pelo Estado. Por outro lado, não se pode esquecer que a finalidade do Estado ao obter recursos, para, em seguida, gastá-los sob a forma de obras, prestação de serviços, ou qualquer outra política pública, é exatamente realizar os objetivos fundamentais da Constituição.

4.11. Seguindo essa linha, o Poder Judiciário de Minas Gerais tem se posicionado ao decidir acerca de ações relativas a pedidos de medicamentos, determinando ao Poder Executivo Estadual que os forneça, desde que não estejam disponíveis de forma gratuita, devendo ser comprovada sua necessidade por meio de laudo médico.

4.12. Isso é expresso na decisão do Juiz Marcelo C. Piragibe Magalhães em sede de mandado de segurança, de nº 0145 10.051549-6, impetrado contra ato omissivo da Secretaria Municipal da Saúde junto à 1ª Vara de Registros Públicos, Fazenda Pública e Autarquias Municipais, Falências e Recuperação Judicial da Comarca de Juiz de Fora, determinando a disponibilização do medicamento objeto da ação, conforme o se observa no seguinte excerto:

No caso em tela, a impetrante demonstrou ser portadora de doença grave, juntando aos autos os relatórios de fls. 17 e 19, firmados pelo médico reumatologista, Rafael de Oliveira Fraga – CRM 28.692, nos quais referido profissional comprova a necessidade do tratamento com o medicamento ABATACEPTE (Orencia) vez que a paciente apresenta quadro de Artrite Reumatóide, refratária ao tratamento com Metotrexato e Etanercepte.

(...) Desta forma, não procede a alegação de ausência de prova pré-constituída, sustentada pela impetrada e pelo Ministério Público, vez que restou sobejamente comprovado nos autos, através dos Relatórios Médicos de fls. 17 e 19, o direito líquido e certo da impetrante à obtenção do medicamento em razão da gravidade da doença e da imprestabilidade dos medicamentos existentes na rede pública de saúde para o seu tratamento. (grifo nosso)

4.13. Desta forma, o art. 196 da CR/88 ao estabelecer, como dever do Estado, a garantia do acesso à saúde, por meio das ações e dos serviços necessários, confere aos cidadãos um direito subjetivo e ao Estado o dever de disponibilizar esse acesso.

4.14. Assim, cabe ao Estado conceber e executar as políticas públicas que possibilitem o acesso universal à saúde, sendo que a ineficiência do Estado ao executar essas políticas ensejará o crescimento do número de ações judiciais relacionadas à área de saúde e, consequentemente, o crescimento dos recursos despendidos em decorrência dessas ações.

4.15. Por sua vez, a concretização dessas políticas é possibilitada pelo planejamento e execução do orçamento público, onde são definidas as prioridades governamentais.

4.16. No caso do Estado de Minas Gerais, o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) é o instrumento orçamentário e financeiro que define as metas que orientam a execução de políticas públicas, e os recursos que serão utilizados na execução dos programas e ações que possibilitam a efetivação, no caso da saúde, da sua promoção, proteção e recuperação, conforme determina o art. 196 da Constituição.

CRESCIMENTO DAS DESPESAS DECORRENTES DE AÇÕES JUDICIAIS ENTRE 2008 E 2011

4.17. A análise da execução do PPAG, relativo ao período compreendido entre 2008 e 2011, tendo em vista as execuções físicas e financeiras relacionadas às ações de assistência farmacêutica, em comparação com a evolução dos gastos decorrentes de ações judiciais, permite verificar sua compatibilidade com a efetiva realização da política estadual de assistência farmacêutica.

4.18. Questionada, por meio do Ofício de nº 16.595/2012, a respeito do número de ações judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos e dos valores gastos com essas ações, no período compreendido entre 2008 e 2011, a Secretaria de Estado da Saúde apresentou as informações que podem ser observadas na tabela 3:

Tabela 3 - Número e Valores anuais referentes a ações judiciais relativas a medicamentos

ANO	VALOR DESPENDIDO COM MEDICAMENTOS EM DECORRÊNCIA DE AÇÕES JUDICIAIS EM R\$	NÚMERO DE AÇÕES
2008	42.552.696,00	1850
2009	32.456.797,00	2960
2010	43.229.958,00	4137
2011	83.873.188,00	4403

Fonte: Superintendência de Planejamento e Finanças/Diretorias de Orçamento e Gestão Financeira/SES
Elaboração: TCEMG

4.19. Verifica-se no período examinado, o crescimento acentuado tanto do número de ações judiciais que passou de 1850, em 2008, para 4403, em 2011, quanto do valor gasto em decorrência dessas ações, que passa de R\$ 42.552.696,00 para R\$ 83.873.188,00, no mesmo período.

4.20. Além disso, a análise dos dados obtidos no SIGPLAN sobre a execução financeira do PPAG para os anos de 2008 a 2011, relativamente às ações 4299 e 4302, que se referem a medicamentos básicos e de alto custo, e dos dados fornecidos pela SES sobre despesas com medicamentos decorrentes de ações judiciais, demonstra a tendência acentuada de crescimento dos gastos decorrentes da judicialização em relação aos demais, como pode ser observado na Tabela 4 e no Gráfico 5, a seguir.

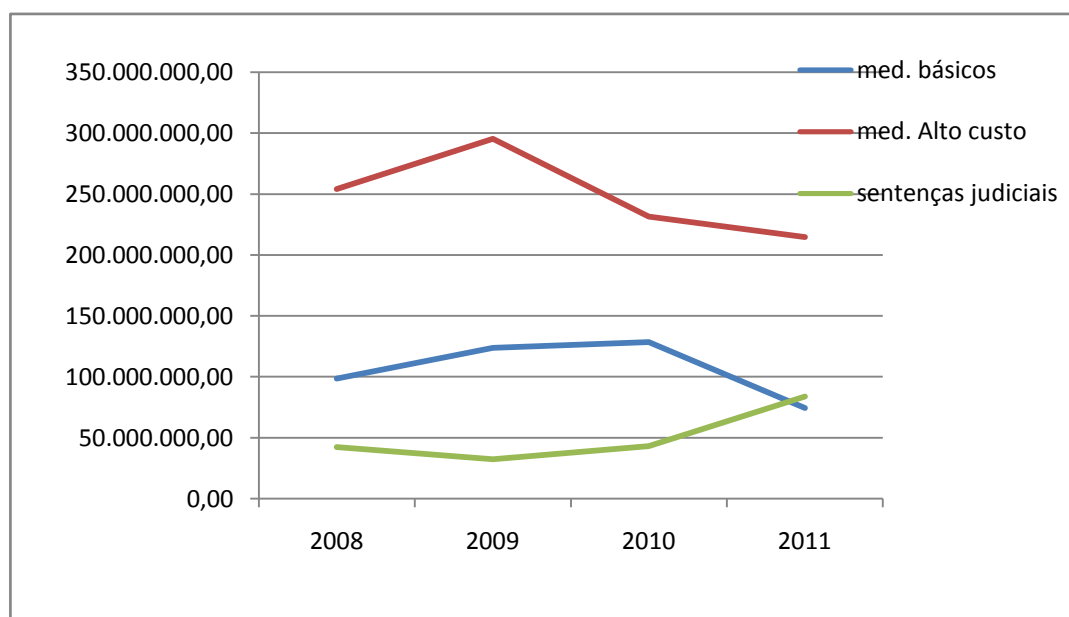
Tabela 4 - Execução Financeira de Medicamentos Básicos e Alto Custo

Ano	Execução Financeira – Em Real (R\$)		
	Medicamentos Básicos	Medicamentos de Alto Custo	Despesas com medicamentos em decorrência de ações judiciais
2008	98.706.066,00	253.911.400,65	42.552.696,00
2009	123.732.823,81	295.228.588,87	32.456.797,00
2010	128.576.397,22	231.453.588,89	43.229.958,00
2011	105.226.146,83	214.648.013,49	83.873.188,00

Fonte: SIGPLAN, Superintendência de Planejamento e Finanças/Diretorias de Orçamento e Gestão Financeira/SES

Elaboração: TCEMG

Gráfico 5 - Despesas com medicamentos em reais (R\$)



Fonte: SIGPLAN, Superintendência de Planejamento e Finanças/Diretorias de Orçamento e Gestão Financeira/SES

Elaboração: TCEMG

4.21. Verifica-se no Gráfico 4 que, ao contrário das despesas realizadas com medicamentos de alto custo e básicos, cujas tendências são de queda, as despesas decorrentes de ações judiciais apresentam tendência de alta.

4.22. Consequentemente, a participação das despesas decorrentes de ações judiciais, nos gastos totais com medicamentos, está aumentando, como pode ser observado nos Gráficos 6 e 7, que mostram essa participação em 2008 e em 2011.

Gráfico 6 - Composição gastos com medicamentos 2008

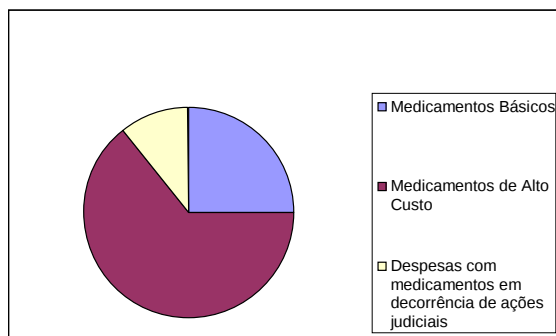
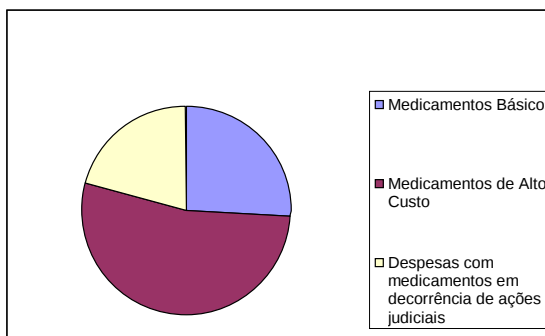


Gráfico 7 - Composição gastos com medicamentos 2011



Fonte: SIGPLAN, Superintendência de Planejamento e Finanças/Diretorias de Orçamento e Gestão Financeira/SES
Elaboração: TCEMG

4.22. A consequência desse aumento da participação dos gastos relacionados às ações judiciais no total das despesas relativas a medicamentos reside no fato de que o fornecimento de medicamentos obtidos dessa forma tem menor alcance social, visto que atende a um número menor de beneficiados, se comparado com o número de cidadãos alcançados pela Política Estadual de Assistência Farmacêutica.

4.23. A análise das causas do aumento das despesas relacionadas às ações judiciais propicia a identificação das medidas que devem ser tomadas no sentido de solucionar o problema, e minimizar seus efeitos. As seguintes causas foram identificadas:

A) Insuficiência da quantidade de medicamentos de alto custo disponibilizada pelo Estado

4.24. Diante da crescente oferta de medicamentos por parte da indústria farmacêutica, a deficiência da ação do Estado no sentido de suprir a demanda da população cria o ambiente propício para cidadãos, detentores do direito subjetivo de acesso à saúde, conferido pela Constituição, pleitearem em juízo o recebimento desses medicamentos.

4.25. Nesse sentido, verifica-se que o crescimento da demanda por medicamentos de alto custo que, conforme informou o Ministério Público da Saúde em entrevista concedida à equipe de auditoria em 13 de março de 2012, é objeto de grande parte das ações judiciais, não foi acompanhado pelo suficiente fortalecimento das ações do Estado em relação ao seu fornecimento.

4.26. A Tabela 5 apresenta as relações entre as metas previstas no PPAG 2008-2011 e a execução física e financeira, representado pelo percentual executado anualmente, conforme informações extraídas do SIGPLAN.

Tabela 5 - Metas Previstas no PPAG e Execução Financeira de Medicamentos Alto Custo

Ano	Medicamentos de Alto Custo – Percentual de Execução Física e Financeira	
	Percentual Executado em unidades de medicamentos (%)	Percentual Executado em Reais (%)
2008		
2009	75,56	118,65
2010	147,96	97,05
2011	152,86	68,07
2008	103,42	81,94

Fonte: SIGPLAN
Elaboração: TCEMG

4.27. Como pode ser observado na Tabela 5, nos anos de 2009, 2010 e 2011, o percentual executado em relação às metas é superior a 100%, no caso da execução física, e inferior a 100%, no caso da execução financeira.

4.28. Cabe ressaltar que, no caso dos medicamentos, não há correlação entre os valores executados físicos e financeiros.

4.29. Conforme esclarecimento da SES apresentado no Relatório Anual das Contas do Governador, elaborado por esta Corte de Contas acerca do exercício de 2010, à fl. 1578:

(...) a meta física dessa ação se refere ao número de unidades de medicamentos distribuídos. Já os gastos financeiros expressos pela execução orçamentária se referem à compra de medicamentos. Vale ressaltar que os valores financeiros executados com essa ação referem-se à compra de medicamentos para manutenção de um estoque mínimo e não para a compra daqueles que serão distribuídos, por isso os valores executados físicos e financeiros não se relacionam. O físico executado foi superior ao planejado visto que a demanda por medicamentos de Alto Custo vem aumentando, a cada ano. Portanto, o planejamento dessa ação é uma previsão e o número de unidades distribuídas depende da solicitação dos pacientes, o que caracteriza a variável como não controlável. Nos últimos anos registram-se sucessivos aumentos na demanda por medicamentos provocados pelo aumento da população, de doenças crônicas e pelo acesso do paciente, possibilitado pelo aumento de 15 % do elenco deste componente (incorporação de 25 novos diferentes produtos). A demanda de 2010 representa um aumento de 25 % em relação ao ano anterior e ficou, cerca de, 52% acima do programado. No que se refere à execução financeira, importante informar que o Ministério da Saúde, a partir de Março de 2010, passou a centralizar a aquisição de alguns itens com alto valor unitário, reduzindo, desta forma, o orçamento executado pela Secretaria de Estado de Saúde. Estas alterações decorreram da publicação da Portaria GM/MS nº 2.981/2009.

4.30. Outra explicação para os percentuais financeiros executados entre 2009 e 2011, foi apresentada em resposta ao Ofício de nº 16.595/2012, no qual a Equipe de Auditoria questiona a SES, a respeito da matéria:

É importante ressaltar que, apesar do crescente gasto na aquisição dos medicamentos para atendimento ao programa, a SAF-SES/MG tem aprimorado o processo de geração de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC), instrumento que garante o ressarcimento pelo Ministério da Saúde dos gastos

realizados pela Secretaria de Estado da Saúde, conforme regulamentação do Componente. Este monitoramento realizado mensalmente permite que a Secretaria estabeleça um equilíbrio no financiamento do Componente.

4.31. Assim, o aumento na centralização pelo Ministério da Saúde da aquisição de alguns itens com maior valor unitário, e o aumento na eficiência da SES nos procedimentos relacionados ao ressarcimento pelo Governo Federal, resultaram na maior economicidade relativa à realização dos gastos com medicamentos de alto custo, entre os anos de 2009 e 2011.

4.32. Já os percentuais relativos à execução das metas físicas, entre 2009 e 2011, revelam o aumento da demanda de medicamentos de alto custo, o que é confirmado pelas informações prestadas pela Superintendência de Assistência Farmacêutica – SAF, em resposta ao Ofício de nº 16.595/2012, de que o número de usuários cadastrados para recebimento desses medicamentos passou de 111.000, em 2008, para 142.000, em 2011.

4.33. Entretanto, a evolução da quantidade de medicamentos que integram a Relação Estadual revelou-se insuficiente, tendo em vista o necessário fortalecimento das ações do Governo do Estado no sentido de minimizar os efeitos do crescimento da demanda.

4.34. Cabe informar que o elenco de medicamentos padronizados pela SES e disponibilizados à população é de responsabilidade da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT, criada pela Resolução SES/MG nº 1953 de 20 de julho de 2009.

4.35. No Tabela 6 podem ser comparadas as evoluções dos números de medicamentos de alto custo e básicos, incluídos na relação de medicamentos atualizada pela CFT.

Tabela 6 - Número de Medicamentos Básicos e de Alto Custo na Relação Estadual

ANO	NÚMERO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	NÚMERO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO
2008	107	169
2009	135	170
2010	154	193
2011	154	198

Fonte: Superintendência de Assistência Farmacêutica/SES

Elaboração: TCEMG

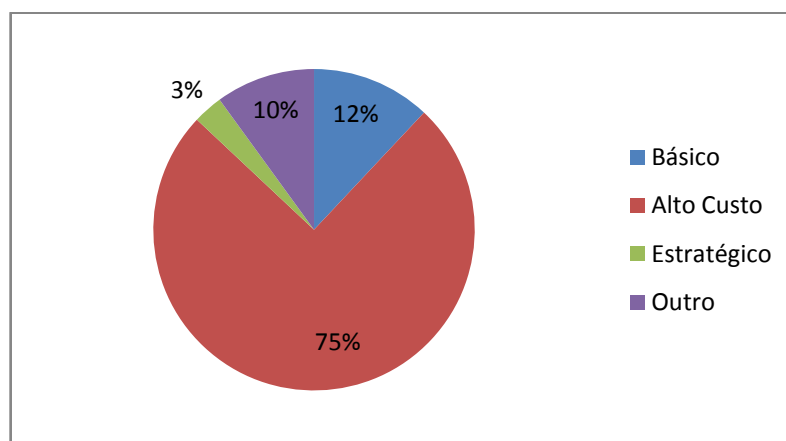
4.36. Verifica-se, no Tabela 6, que o número de medicamentos de alto custo teve um acréscimo muito pequeno, passando de 193, em 2010, para 198, em 2011, ou seja, de apenas 5.

4.37. Esse acréscimo não é proporcional ao número de solicitações, feitas à CFT, de inclusão de medicamentos de alto custo na Relação Estadual, que é muito maior que o número de solicitações de inclusão de medicamentos básicos.

4.38. Enquanto, no período examinado, o número de medicamentos básicos aumentou 44%, passando de 107 para 154, o número de medicamentos de alto custo aumentou apenas 17%, passando de 169 para 198.

4.39. Entretanto, as solicitações referentes a medicamentos de alto custo representam 75% do total, enquanto as solicitações referentes a medicamentos básicos representam, apenas, 12%, como pode ser observado no Gráfico 8.

Gráfico 8- Participação nas solicitações de inclusão na Relação Estadual por tipo de medicamento



Fonte: Superintendência de Assistência Farmacêutica
Elaboração: TCEMG

4.40. Em resposta à entrevista formulada pela equipe de auditoria, enviada a esta Corte de Contas em 09 de julho de 2012, a CFT apresentou as seguintes informações sobre a inclusão de medicamentos de alto custo, em 2011 e 2012:

Tabela 7 - Inclusão de Medicamentos de Alto Custo

Medicamentos	Demandante	Ano
Tacrolimus	MPE/MG	2011
Everolimo 0,75 mg	GMAC/SES/MG	2011
Formoterol	Soc. Mineira Pneumologia e Cirurgia Torácica – SES	2012
Budesonida + formoterol	Soc. Mineira Pneumologia e Cirurgia Torácica – SES	2012
Tiotrópio	Soc. Mineira Pneumologia e Cirurgia Torácica – SES	2012

Fonte: Comissão de Farmácia e Terapêutica
Elaboração: TCEMG

4.41. Observa-se na Tabela 7 que, em 2011, apenas dois medicamentos de alto custo foram incluídos na relação estadual e que, em 2012, foram incluídos apenas três.

B) Atendimento parcial pela SES das solicitações municipais de medicamentos básicos

4.42. Com relação aos medicamentos básicos, verificou-se que a SES não tem atendido plenamente às solicitações feitas pelos municípios, por intermédio do SIGAF.

4.43. Em resposta ao Ofício de nº 16.595/2012, a SES informou o percentual de atendimento em relação às últimas cinco solicitações de medicamentos básicos pelos municípios.

4.44. Os percentuais informados, relativos aos quatro últimos trimestres, são de 89% no primeiro trimestre de 2011, 85% no segundo trimestre de 2011, 90% no terceiro trimestre de 2011, 84% no quarto trimestre de 2011 e 85% no primeiro trimestre de 2012.

4.45. Portanto, os municípios não têm sido plenamente atendidos em relação às suas demandas de medicamentos básicos, não podendo atender às necessidades da população.

4.46. Observa-se na Tabela 8, que a execução física relativa a esse tipo de medicamento, nos anos de 2009, 2010 e 2011, está abaixo das metas previstas, refletindo a situação descrita anteriormente.

Tabela 8 - Metas Previstas no PPAG e Execução Física de Medicamentos Básicos

Ano	Medicamentos Básicos - Execução Física – Número de unidades de medicamentos		
	Programado PPAG (Jan/Dez) (A)	Executado (Jan/Dez) em Reais (B)	Percentual (%) (B/A)
2008	1.000.000.000	1.245.447.261	124,54
2009	1.755.160.388	1.579.806.602	90,01
2010	2.089.141.087	2.053.924.912	98,31
2011	2.997.202.049	2.377.983.531	79,34

Fonte: SIGPLAN
Elaboração: TCEMG

4.47. O Encontro de Contas do componente básico do bloco de financiamento da assistência farmacêutica aprovado pela SES, por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do SUS em 18 de abril de 2012, para regularizar a execução de valores devidos aos municípios, entre os anos de 1999 e 2009, corrobora a constatação de que o Estado não tem executado integralmente os valores pactuados.

4.48. De acordo com a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.111, o valor não executado entre os anos de 1999 e 2009 chega a R\$ 121.278.894,08, conforme se observa no seu artigo 3º, transcrito a seguir:

Art. 3º Fica aprovada a execução de R\$ 121.278.894,08 (cento e vinte e um milhões, duzentos e setenta e oito mil, oitocentos e noventa e quatro reais e oito centavos),

provenientes do encontro de contas referentes ao investimento tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais (CBAF-MG), no bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, observado o disposto nesta Resolução.

4.49. Outro aspecto que compromete a distribuição de medicamentos básicos, bem como a estruturação da rede de assistência farmacêutica como um todo, é o atraso na implantação de farmácias comunitárias nos municípios.

4.50. No Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica, foi previsto a construção de 600 unidades até o ano de 2010, nos seguintes termos:

O plano inicial para implantação da rede Farmácia de Minas prevê a estruturação de 600 farmácias até o ano 2010. Esse plano tem como prioridade os municípios de até 10 mil habitantes tendo em vista que, além de apresentarem infra-estrutura inadequada ao armazenamento e à dispensação de medicamentos, têm um gasto per capita elevado com esse produto (média de R\$ 13,00).

O plano é constituído de três fases de implantação, correspondendo ao período de 2008 a 2010. Serão implantadas 50 farmácias em 2008, 100 farmácias em 2009 e 450 farmácias em 2010, totalizando 600 farmácias em execução do projeto.

4.51. Entretanto, conforme informação da SES em resposta ao Ofício de nº 16.595/2012, até julho de 2012, somente 434 unidades foram construídas.

4.52. Esse atraso compromete a execução do Programa Farmácia de Minas, já que outros aspectos do seu gerenciamento dependem da implantação das Farmácias Comunitárias, como é o caso da implantação de indicadores de avaliação, que foi previsto no Plano de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica, da seguinte forma:

Com a implantação das Farmácias Comunitárias, que pressupõe sua gerência por farmacêutico e adoção de um sistema de gerenciamento da AF, é possível obter e disponibilizar vários indicadores de interesse para o SUS. A seguir estão descritos alguns que podem ser produzidos pelos municípios, pelas GRSs e pelo Estado:

- Percentual de população cadastrada que teve acesso aos medicamentos dos Programas de Saúde na atenção primária (Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Hipertensão e outros)
- Percentual de prescrições atendidas e não atendidas;
- Percentual de acesso aos medicamentos prescritos que constam nos elencos municipal e estadual;
- Percentual de adesão aos tratamentos para os programas estratégicos;
- Valor per capita gasto com medicamentos;
- Número de municípios em situação regular com o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

4.53. De fato, verifica-se que não foi realizada a implantação dos indicadores conforme previsto no plano de estruturação da assistência farmacêutica, comprometendo o gerenciamento do Programa, e a obtenção dos resultados almejados.

C) Insuficiência das ações tomadas em relação ao crescimento do número de ações judiciais

4.54. Além dos aspectos relacionados ao fornecimento de medicamentos, verifica-se a atuação deficiente da SES, em relação ao crescimento da judicialização da assistência farmacêutica.

4.55. Questionada a respeito da utilização do SIGAF, que é o sistema informatizado desenvolvido pela SES para gerenciamento, acompanhamento e avaliação da assistência farmacêutica, a Assessoria Técnica, que é o setor da SES que centraliza os procedimentos relacionados à judicialização, informou:

O SIGAF ainda não é utilizado para as demandas judiciais, mas espera-se que assim que concluído e colocado à disposição para as demandas judiciais se possa utilizá-lo para gerenciar plenamente as compras/despesas e distribuição dos medicamentos, tendo-se o devido controle de números e estatísticas.

4.56. Além disso, com relação às medidas tomadas em relação às causas do crescimento do número de ações judiciais, a Assessoria Técnica informou:

Medidas que buscam evitar ou diminuir a judicialização têm sido tomadas junto ao judiciário, ao Ministério Público e à Defensoria Pública por esta SES desde 2006. Com esta última e também com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, foi firmado um termo de cooperação por meio do qual é feita uma triagem por uma profissional farmacêutica que comparece à Defensoria Pública Estadual duas vezes na semana, acompanhando os defensores no atendimento e orientando aos pacientes como receber os medicamentos administrativamente.

O Ministério Público faz contatos periódicos através de seu Centro de Apoio Operacional buscando informações quanto à disponibilização de medicamentos pelo SUS e também o judiciário possui conosco um canal de comunicação direto, via e-mail, por onde pode fazer consultas antes do deferimento das liminares. Também está sendo elaborado um Termo de Cooperação com a União Federal e buscando-se contato com os Municípios, a fim de se dividir ou buscar o ressarcimento para as demandas com condenação solidária. Além destas ações, um Fórum Permanente de Direito Sanitário, diversos seminários e a participação da SES no Comitê de medicamentos definido pelo CNJ, juntamente com Defensorias, Ministérios Públicos, Tribunal de Contas e Secretaria Municipal, tem possibilitado maior proximidade e esclarecimento do judiciário nas demandas envolvendo direito à saúde.

4.57. Quanto ao SIGAF, o seu pleno funcionamento é fundamental para o gerenciamento integrado da assistência farmacêutica, conforme concepção expressa no Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica, sendo que a sua não utilização em relação às demandas judiciais é uma importante falha constatada.

4.58. Com relação às causas da judicialização, constata-se que foram adotadas medidas pertinentes e importantes, tendo em vista que têm possibilitado informar e esclarecer a Defensoria Pública, Ministério Público e Poder Judiciário acerca de aspectos relacionados à prestação jurisdicional na área de medicamentos, já que a formação e solução da lide são intermediadas por essas instituições.

4.59. Entretanto, foi constatada a ausência de outras ações em relação às causas do aumento da demanda de medicamentos, como é o caso da atuação dos laboratórios farmacêuticos e dos médicos e, também, do comportamento dos usuários.

4.60. Quanto aos laboratórios e médicos, constata-se que suas atuações são no sentido de aumentar a demanda por medicamentos.

4.61. Conforme informação prestada pela SAF, em resposta ao Ofício de nº 16.595/2012, laboratórios e distribuidores são responsáveis por 47,5% das solicitações de inclusão de novos medicamentos na Relação Estadual, enquanto médicos e sociedades médicas são responsáveis por 40% dessas solicitações.

4.62. Vale ressaltar que, ainda conforme a SAF, do total das solicitações recebidas até o momento 62,5% foram indeferidas, sendo os principais motivos *“a ausência de Revisão Sistemática de Literatura e não comprovação de custo efetividade favorável, além de indisponibilidade orçamentária”*.

4.63. A ausência de ação em relação à conscientização da população sobre o uso racional de medicamentos, também contribui para o crescimento do consumo indiscriminado de medicamentos.

4.64. Em resposta à questão formulada pela equipe de inspeção sobre a realização de ações educativas em articulação com outros setores da secretaria, ou demais atores do SUS, a Comissão de Farmácia e Terapêutica da SES afirmou em 09/07/2012 que *“ainda não foram realizadas ações educativas”*.

4.65. Além das medidas tomadas pela SES no intuito de informar e esclarecer a Defensoria Pública Estadual, o Ministério Público e o Poder Judiciário acerca de aspectos relacionados à prestação jurisdicional na área de medicamentos, outras medidas podem ser tomadas no âmbito da atuação do Estado relativamente à Assistência Farmacêutica.

4.66. Essas medidas, de modo geral, são relativas ao fornecimento de medicamentos, seja no tocante à maior agilidade nos processos, seja no tocante à maior disponibilidade de medicamentos e eficiência na distribuição.

Boas Práticas

4.67. Na perspectiva de buscar alternativas visando enfrentar o crescimento da judicialização releva-se apresentar importantes medidas realizadas no âmbito da Secretaria de Estado de São Paulo que obtiveram redução em 90% do número de ações judiciais.

4.68. A primeira medida refere-se à parceria entre a Secretaria de Estado de São Paulo e a Defensoria Pública, que culminou com a criação e implantação de um sistema informatizado para controle das ações denominado Sistema de Controle Jurídico (SCJ). O SCJ utiliza um banco de dados que armazena as seguintes informações: nome do paciente, nome do médico prescriptor, unidade de saúde de atendimento, tipo de medicamento, material ou tratamento requerido, tipo de enfermidade, dados do processo judicial, nome do advogado do paciente,

status do atendimento da ordem judicial, eventual condenação solidária com outros entes federados, etc.

4.69. O SCJ permitiu a identificação de demandas forjadas pelo cruzamento de dados entre a enfermidade narrada, o medicamento requerido, o laboratório farmacêutico, o advogado patrocinador da causa e o médico prescritor. Com o cruzamento dos dados foi possível perceber os pleitos ilegítimos e também os legítimos, com possibilidade de atualização da lista oficial do SUS de forma criteriosa e criação de novos protocolos para tratamento de diversas enfermidades. O SCJ permitiu, ainda, acesso *on line* das informações técnicas pelos Procuradores do Estado com ganhos de qualidade nas defesas apresentadas.

4.70. Outra importante medida adotada pelo Governo de São Paulo refere-se à criação de uma instância administrativa para fornecimento espontâneo de medicamentos não padronizados pelo SUS, considerada condição de procedibilidade das ações por medicamentos. Essa medida centra-se na racionalização do fornecimento pelo Estado devido à seleção das demandas que alcançariam a via judicial.

4.71. Tendo em vista os fatores relacionados ao crescimento da judicialização da Assistência Farmacêutica no Estado, recomenda-se à SES/MG:

- atualizar o elenco de medicamentos de alto custo que consta da Relação Estadual, de modo a adequá-lo ao crescimento da demanda.
- acelerar a implantação das Farmácias Comunitárias, o que propiciará maior eficiência da execução do Programa Farmácia de Minas, inclusive com a implantação de novos indicadores de avaliação.
- atender plenamente às solicitações de medicamentos básicos, o que pressupõe maior disponibilidade de medicamentos no almoxarifado central da SES.
- completar a implantação do SIGAF, especialmente das funções relativas à judicialização da assistência farmacêutica.
- promover ações educativas, e de conscientização, visando o consumo racional de medicamentos pelos usuários.
- atuar junto aos conselhos de medicina, no sentido de conscientizar a categoria quanto à importância do uso racional de medicamentos e da política estadual de assistência farmacêutica.

5. CONTROLE SOCIAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

5.1. A CR/88 garantiu a participação da sociedade na gestão de políticas e programas promovidos pelo Governo por intermédio do denominado controle social.

5.2. Baseado na premissa de que, quanto mais a sociedade estiver envolvida na construção e fiscalização do SUS, maior será a probabilidade de que a implementação das respectivas políticas públicas obtenha êxito e traga resultados profícuos para a população, a CR/88 consagrou o princípio da participação da comunidade no SUS, incorporando novos atores sociais ao cenário da saúde.

5.3. Nesse sentido, a atuação dos conselhos ganha especial significado. Instâncias maiores do controle social, os conselhos consistem no elo entre o usuário e os responsáveis pela elaboração e execução das ações de saúde, possibilitando que a coletividade participe da formulação dos planos e das diretrizes.

5.4. Os conselhos de saúde podem ser entendidos como um espaço deliberativo da máquina político institucional do SUS, sendo instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. Essas instâncias impulsionam a constituição de esferas públicas democráticas, transformando-se também em potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos de interlocução com o Estado (KRUGER, 2000).

5.5. Correia (2005) pontua inúmeros empecilhos que são colocados na atualidade para a efetivação do controle social na saúde: a falta de informação do usuário sobre a importância da participação social, a fragilidade de mobilização devido ao descrédito em relação à saúde pública e a desmotivação em participar e reivindicar seus direitos. Essas questões refletem-se na fragilidade dos canais de participação, entre eles, os conselhos de saúde.

5.6. Atentando-se para a importância dessa questão, a presente análise visa apreender se os conselhos de saúde do Estado de Minas Gerais - instrumentos previstos para o controle social - têm promovido a mobilização e o envolvimento da comunidade.

5.7. No caso do Programa Farmácia de Minas, o canal de mobilização e envolvimento da comunidade - consubstanciado na atuação do Conselho Estadual de Saúde (CES) e dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) - demonstra-se insuficiente para gerar expectativa de transformação dos instrumentos institucionais em instrumentos de direitos sociais e coletivos.

5.8. A obtenção das informações para a análise ocorreu por meio de exame de registros administrativos, entrevistas, observações *in loco* e questionário eletrônico.

DEFICIÊNCIAS NA ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

5.9. A participação da comunidade no SUS é amparada pela CR/88, bem como pelas Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

5.10. As referidas leis orgânicas da saúde complementam o arcabouço jurídico da CR/88. A Lei nº. 8.080 regula as ações e serviços públicos e privados de saúde no que concerne a sua direção, gestão, competências e atribuições em cada nível de governo e, a Lei nº 8.142 vem para complementá-la em decorrência dos vetos efetuados e dispor, entre outras questões, sobre o controle social através da criação das conferências de saúde e dos conselhos de saúde abertos à participação de diferentes membros da sociedade civil, nas três esferas de governo.

5.11. Em seu art. 6º, a CR/88 estabelece como direito social, o direito à saúde. Além disso, dispõe em seu art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

5.12. A referida Lei nº 8.142 estabelece que o conselho de saúde atue “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde”, ou seja exerça o controle social. Além disso, os conselhos devem ser criados por lei municipal, estadual ou federal, destacando que, tanto no processo de criação como na reformulação dos conselhos de saúde, o poder público, com base nos princípios democráticos, deve acolher as demandas da população.

5.13. A competência dos conselhos de saúde foi detalhada e ampliada por resoluções do CNS – Resolução nº 33, de 26 de agosto de 1992 e Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos de saúde e garantir a representação dos usuários.

5.14. A população, por meio dos conselhos, deveria ajudar a planejar a política de saúde e fiscalizar como o governo está cuidando da saúde, bem como se as leis relacionadas ao SUS estão sendo cumpridas.

5.15. No entanto, segundo Correia (2005), a implementação de espaços formais, após a CR/88, não garante a qualidade da participação, caso não haja condições para uma articulação democrática e eficaz de seus atores. Esses espaços nem sempre proporcionam que a sociedade atue de forma eficaz por ainda possuírem fragilidades em organizar-se coletivamente e por desconhecerem seu papel e a realidade da saúde na qual estão inseridos.

A) Conselhos Municipais de Saúde (CMS)

5.16. A atuação dos CMS demonstra-se ainda precária. Segundo Maria da Glória Gohn (2007):

Apesar da legislação incluir os conselhos como parte do processo de gestão descentralizada e participativa, e constituir os como novos atores deliberativos e paritários, vários pareceres oficiais têm assinalado e reafirmado o caráter apenas consultivo dos conselhos, restringindo suas ações ao campo da opinião, da consulta e do aconselhamento, sem poder de decisão ou deliberação. A lei vinculou-os ao Poder Executivo do Município, como órgãos auxiliares da gestão pública. É preciso, portanto, que se afirme em todas as instâncias, seu caráter essencialmente deliberativo, já que a opinião apenas não basta.

5.17. O CNS, por meio da Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003 aprovou diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Em sua quinta diretriz, estabelece como competências dos conselhos de saúde:

I – implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social.

...

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

...

5.18. No entanto, verificou-se, em visitas *in loco* por meio de entrevistas a 223 beneficiários nos municípios mineiros do Programa auditado, o pouco conhecimento quanto à existência e atuação dos CMS.

5.19. Dos beneficiários entrevistados, 82% responderam que não conhecem nenhum integrante do CMS; 92% responderam que nunca foram convidados para participar de reunião do CMS e 97% nunca participaram de reunião do CMS.

5.20. A referida Resolução também traz como competência dos conselhos de saúde em sua quinta diretriz:

...

XV – Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

...

5.21. E também a Portaria MS/GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006:

§5º O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.

5.22. No entanto, verificou-se, através de entrevistas *in loco* com os secretários municipais e membros dos conselhos de saúde, deficiência na apreciação do RAG pelos CMS. Trinta e sete por cento dos secretários municipais entrevistados informaram que o RAG referente ao exercício de 2011 ainda não havia sido apreciado pelo CMS. E, 33% dos CMS não souberam responder se o conteúdo e a estrutura dos RAG, na forma como são apresentados, são adequados para uma boa apreciação da gestão da Assistência Farmacêutica Básica, nem o que poderia ser melhorado.

5.23. Além disso, constatou-se nas visitas, que os CMS desconhecem ou não dão o devido valor à aprovação do PMS e do RAG. Ambos, normalmente, são apresentados em uma única reunião onde são aprovados sem pendências ou ressalvas. Alguns membros, quando entrevistados, não se lembravam das aprovações do PMS e do RAG, mesmo quando esses foram aprovados sem ressalvas.

5.24. Outra constatação foi que, em muitos CMS, havia o entendimento de que não existe a possibilidade de reprovação do RAG, apenas sua aprovação. Esse entendimento contraria um dos maiores princípios do controle social: o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. Os

CMS devem ter poder de decisão, de participar da construção de estratégias e de realizar um controle social efetivo sobre as ações do gestor público.

5.25. Ainda, de acordo com a Resolução nº 333, os CMS devem “atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado”.

5.26. No entanto, verificou-se participação deficiente dos CMS na formulação da política de Assistência Farmacêutica do município bem como deficiência no controle da execução dos serviços de atenção básica, em especial da Assistência Farmacêutica.

5.27. Dos CMS visitados, 47% responderam que não participam da formulação da estratégia de Assistência Farmacêutica do município.

5.28. Além disso, apesar de 80% dos CMS responderem que atuam no controle da execução dos serviços de atenção básica, em especial da Assistência Farmacêutica:

- 69% responderam que não têm ações de controle na fiscalização da carga horária dos profissionais farmacêuticos;
- 71% não têm ações de controle na avaliação das ações e resultados da Assistência Farmacêutica;
- 44% não têm ações de controle quanto à fiscalização da utilização dos recursos federais transferidos para o custeio da Assistência Farmacêutica;
- 49% não têm ações de controle quanto à fiscalização da utilização dos recursos estaduais transferidos para o custeio da Assistência Farmacêutica;
- 69% não têm ações de controle quanto à avaliação da satisfação da comunidade com Assistência Farmacêutica e;
- 51% não têm ações de controle quanto à avaliação da suficiência dos medicamentos básicos ofertados pelas unidades farmacêuticas.

5.29. Corroborando o resultado das entrevistas *in loco* aos CMS, têm-se as respostas do questionário eletrônico. Vinte e sete por cento dos gestores municipais de saúde responderam que o CMS não atua no controle da execução dos serviços de atenção básica, em especial da Assistência Farmacêutica e 12% responderam que não sabem se o CMS atua nesse controle.

5.30. E, apesar de 61% dos gestores responderem que o CMS atua no controle da execução dos serviços de atenção básica, em especial da Assistência Farmacêutica:

- 72% responderam que não têm ações de controle na fiscalização da carga horária dos profissionais farmacêuticos;
- 63% não têm ações de controle na avaliação das ações e resultados da Assistência Farmacêutica;
- 61% não têm ações de controle quanto à fiscalização da utilização dos recursos federais transferidos para o custeio da Assistência Farmacêutica;
- 59% não têm ações de controle quanto à fiscalização da utilização dos recursos estaduais transferidos para o custeio da Assistência Farmacêutica;

- 57% não têm ações de controle quanto à avaliação da satisfação da comunidade com Assistência Farmacêutica e;
- 56% não têm ações de controle quanto à avaliação da suficiência dos medicamentos básicos ofertados pelas unidades farmacêuticas.

B) Conselho Estadual de Saúde (CES)

5.31. Em conformidade com as disposições estabelecidas nas leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o CES de Minas Gerais foi instituído como instância colegiada máxima, deliberativa e de natureza permanente. O Conselho Estadual tem, dentre outras finalidades, deliberar sobre a política de saúde do Estado e assuntos a ele submetidos pela SES.

5.32. Além disso, o Decreto nº 45.559, de 3 de março de 2011, que dispõe sobre a organização e atribuições do CES, em seu art. 2º, inciso I estabelece como uma das competências do CES a atuação “na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros cujas decisões serão homologadas pelo Gestor do Sistema Único de Saúde – SUS no Estado”.

5.33. Todavia, observou-se deficiência na atuação do CES na formulação da estratégia Política Estadual de Saúde. Em entrevista concedida a esta equipe no dia 24/07/2012, o CES informou que não participa da formulação da estratégia de Assistência Farmacêutica do Estado.

5.34. Ressalta-se, ainda, conforme estabelecido na Resolução nº 333, que também compete aos conselhos de saúde, a promoção de ações de informação, educação, comunicação em saúde e divulgação do Conselho.

5.35. Além disso, o Decreto nº 45.559 mencionado estabelece em seu art. 9º que “a SES designará servidores para darem apoio administrativo ao CES, sem prejuízo de suas funções na Secretaria, visando o pleno exercício deste Colegiado”.

5.36. No entanto, o sítio do CES (www.saude.mag.gov.br/ces), conforme acessos em 18/7/2012, 24/7/2012, 02/08/2012 e 17/08/2012, encontra-se fora do ar. O CES, em resposta ao questionamento da equipe, informou que o problema está ocorrendo por carência de um profissional da área de comunicação para atualização do sítio.

5.37. Compete, ainda, aos Conselhos de Saúde, conforme relatado anteriormente, a análise, discussão e aprovação do RAG (Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003).

5.38. Todavia, segundo resposta da SES (MEMO AGEI N. 058/2012, DE 11/05/2012) à questão 20 do Ofício n. 16595/2012, deste Tribunal:

O Relatório Anual de Gestão de 2012 foi aprovado com ressalvas, conforme deliberação CESMG nº 005 do dia 19 de agosto de 2011 (arquivo em anexo). Os relatórios dos anos anteriores foram apreciados pelo Conselho Estadual de Saúde, todavia não foram deliberados.

5.39. A evidência constata mais uma vez a fragilidade do caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde. Quando os conselhos entendem que o RAG não possui informações suficientes ou que as ações e os resultados não foram adequados, não se manifestam, apenas não aprovam o RAG.

5.40. Entende-se que são inúmeras as causas para as deficiências na atuação dos conselhos de saúde que comprometem a mobilização e o envolvimento da comunidade com as questões da Saúde.

5.41. Destaca-se, a deficiência no processo de capacitação dos membros do CES e dos CMS, o que contraria a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012:

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de 1990.

5.42. Correia (2005) defende a capacitação como forma essencial para contribuir para a superação das limitações da participação da sociedade civil nos conselhos. Segundo o autor:

A capacitação de conselheiros não levará à superação dessa realidade de alienação, descompromisso e manipulação, pois tal realidade tem determinantes macroestruturais. Mas, poderá proporcionar ao conselheiro, dependendo da maneira como for conduzida, um maior acesso às informações diversas e o desenvolvimento de um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica em que está inserido, legitimando uma agenda política que reafirme a efetivação do SUS e de seus princípios.

5.43. Destaca-se, ainda, a deficiência na promoção de ações que promovam a mobilização e a participação da comunidade pelos CMS. Conforme entrevista *in loco*, 40% dos CMS responderam que não participam junto com as equipes de saúde da família na promoção da mobilização e da participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.

5.44. A cooptação dos CMS e do CES pelo poder executivo, visto que os secretários de saúde assumem a presidência dos conselhos também é causa para a atuação frágil dos mesmos, restringindo sua autonomia.

5.45. Segundo Raquel Raichelis et. al. (2006):

O acompanhamento das práticas dos Conselhos nas diferentes políticas sociais e nos vários níveis governamentais, revela o controle do Estado sobre a produção das políticas públicas, e aponta os riscos de burocratização, cooptação e rotinização do seu funcionamento. A centralização do poder nas mãos do executivo fragiliza, em muitos casos, a autonomia dos Conselhos diante das condições que os governos reúnem para interferir, neutralizar ou mesmo minar suas ações e decisões.

5.46. Além disso, a rotatividade dos Conselheiros Municipais de Saúde, a deficiência na divulgação dos trabalhos do CES e dos CMS, a ausência de espaço físico para atuação dos

CMS, o excesso de normatização da saúde bem como deficiências no RAG também são causas comprometedoras da efetivação do controle social.

5.47. Enfim, mencione-se a hiperatividade normativa que norteia o SUS proveniente de instâncias diversas, fato que compromete a apreensão de conteúdo tão difuso pelos atores envolvidos e pelos conselheiros, em particular.

5.48. A adoção de medidas corretivas minimizaria efeitos negativos como a dificuldade dos conselhos de acompanharem e exercerem o controle da Assistência Farmacêutica, a mobilização deficiente da população em relação à Assistência Farmacêutica bem como a dificuldade de acompanhamento e controle das ações do Programa pelos beneficiários. Tais medidas contribuiriam para o fortalecimento da consciência política da população e efetivação do controle social.

Boas Práticas

5.49. Conforme mencionado nas Orientações para Conselheiros de Saúde (BRASIL, 2010), o CMS de Pará de Minas/MG é exemplo de boa prática. O conselho divulga, na imprensa local, todas as suas ações. Os conselheiros levam o banner do conselho a todos os eventos, para divulgação do nome e da marca. Também criou o “Cine Cidadania”: exibição de um pequeno filme do SUS que fala de mobilização popular e conscientização para a cidadania. As exposições ocorreram na zona rural e urbana e ao final era aberto um espaço para perguntas e debate.

5.50. Além disso, o CMS relaciona-se com outros conselhos da região. O estado de Minas Gerais é dividido em microrregiões que agregam determinado número de municípios. Os CMS da microrregião de Pará de Minas reúnem-se mensalmente para discutir a política microrregional de saúde. Essa é uma importante oportunidade para a troca de experiência entre os conselhos e para o fortalecimento do controle social na região.

5.51. Pelo exposto, recomenda-se à SES que:

1. promova a capacitação dos membros do CES e dos CMS;
2. promova a mobilização dos setores representativos da comunidade no que tange a existência e importância de atuação dos CMS e do CES;
3. aperfeiçoe os normativos e promova eventos para divulgar aqueles deliberados, de forma que seja possível assimilar tempestivamente os respectivos conteúdos;
4. defina uma estratégia de atuação conjunta com as SMS de modo a criar ou melhorar o espaço físico de atuação dos CMS;
5. disponibilize servidores para darem apoio ao CES para que o sítio do CES esteja em funcionamento e atualizado com informações sobre Assistência Farmacêutica do Estado;
6. auxilie o CES e os CMS no apoio e promoção da educação para o controle social inserindo o seguinte conteúdo nos programas de educação: fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

5.52. Com a implementação das medidas propostas, são esperados os seguintes benefícios:

- maior transparência das ações públicas de saúde;
- maior participação da população nas discussões e acompanhamento da Assistência Farmacêutica;
- melhoria no atendimento aos beneficiários do Programa e;
- melhoria dos controles do Programa.

6. ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

6.1. A versão preliminar deste relatório foi encaminhada ao Secretário de Estado de Saúde por intermédio do ofício nº 16.728/2012/DAEEP, de 05/10/2012, com o propósito de colher considerações dos gestores acerca dos apontamentos constantes no Relatório Preliminar.

6.2. Em atendimento, manifestou-se o Secretário de Estado da Saúde, Sr. Antônio Jorge de Souza Marques, por meio do Ofício SEC nº 1765/2012, tendo encaminhado a Nota Técnica SEC/GGOV nº 005, de lavra do Sr. Francisco Antônio Tavares Júnior, Secretário Executivo do Grupo de Governança e Articulação Estratégica.

6.3. Ressalte-se que não foram apresentadas manifestações contrárias às recomendações propostas no Relatório Preliminar. Ademais, foi destacada a “importância deste trabalho para o aprimoramento das ações realizadas na assistência farmacêutica do Estado, sobretudo no que tange às constatações referentes às deficiências dos processos nos municípios e das correspondentes necessidades de melhorias dos processos da Secretaria de Estado de Saúde”.

6.4. Saliente-se, o trabalho realizado pela SES/MG no sentido de atender aos parâmetros estabelecidos para o Programa na ampla normatização que permeia a matéria. Além do esforço institucional, evidencia-se aquele de caráter pessoal, abrigado em um corpo de servidores dotados de profissionalismo e competência.

6.5. Os comentários e esclarecimentos enviados pelos gestores, pela pertinência, possibilitaram que se aperfeiçoassem elementos textuais do Relatório Preliminar.

6.6. Tais comentários dizem respeito aos nos capítulos 3, 4 e 5 do Relatório Preliminar de Auditoria (fls 21 a 65) subdividindo-se em dois tópicos: Ações em execução e previstas no sentido de aprimorar a gestão da Assistência Farmacêutica no Estado e Metas do Plano Estadual de Saúde para o Quadriênio 2012/2015.

6.7. Em geral, referem-se à proposta de adoção de ações corretivas visando a corrigir as falhas apontadas por intermédio da adoção de um “plano de melhoria do processo de Assistência Farmacêutica.”

6.8. A implementação e efetividade dessas ações, no entanto, deverá ser devidamente verificada por intermédio do monitoramento do Plano de Ação pelo Tribunal, no qual os gestores deverão evidenciar as medidas a adotar, o respectivo cronograma. O lastro das recomendações à legislação que disciplina a matéria fomenta a adoção de medidas em caráter urgente.

6.9. No capítulo 3 do Relatório Preliminar “Ciclo da Assistência Farmacêutica”, fls 21 a 44, foram apresentados os seguintes achados: deficiência na definição de critérios técnicos na seleção e programação de medicamentos; inadequação das condições físicas e sanitárias de armazenamento dos medicamentos básicos; deficiências na aquisição e distribuição dos medicamentos básicos; deficiência no atendimento da demanda por medicamentos de alto custo; deficiência na orientação do uso racional dos medicamentos de alto custo.

6.10. Em atendimento às deficiências apontadas no Capítulo 3, a SES/MG se manifestou nos termos do item 2.a da Nota Técnica SES/GGOV Nº 005 – “Visando a melhorar o planejamento da Assistência Farmacêutica dos Municípios, tendo em vista o caráter ascendente do planejamento, de forma que a seleção de medicamentos e a programação estejam de acordo com a demanda real, propiciando o uso racional de medicamentos”. Menciona o Decreto Federal 7508/2011, a Lei 12401/2011, assim como a Resolução CIT/2012, como disposições que irão mobilizar esforços e recursos em prol de uma lógica de planejamento ascendente e correspondente à demanda da população. Informa a previsão de continuidade na implementação do SIGAF com a obtenção de dados relacionados ao perfil de utilização de medicamentos e de dados epidemiológicos disponibilizados em relatórios gerenciais. Confirmam, enfim, a necessidade ações visando à qualificação e aprimoramento dos profissionais ligados à Assistência Farmacêutica.

6.11. Relativamente ao item 2.b da referida Nota Técnica, “Visando minimizar as perdas, e auxiliar na regularização do desabastecimento, contribuindo para um controle mais efetivo do fluxo dos medicamentos básicos no Estado”, a SES/MG considerou que a ação de implantação do Operador Logístico deverá impactar positivamente nos processos logísticos da Assistência Farmacêutica com migração de estoques (previsão de dez/12 até 03/13) e operação assistida (previsão a partir de 03/13 até 06/13). Informam as ações já finalizadas e previstas.

6.12. No item 2.c foram relacionadas ações que serão desenvolvidas “Visando ao aumento da eficiência relativa ao atendimento de usuários”, especialmente quanto às deficiências apontadas no Relatório Preliminar na GRS de Belo Horizonte, fls 40/41. A SES/MG informa que esse apontamento alinha-se com o Plano Estadual de Saúde 2012/2015 que estabelece o monitoramento do processo de programação, aquisição, armazenamento, e distribuição de medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo. Informa que tem buscado alternativas como o funcionamento do Farmácia de Minas por telefone em três municípios da região metropolitana, além de previsão de outras duas ações: um call center, por intermédio do telefone 155, para esclarecimento de dúvidas e entrega de medicamentos em casa para pacientes que tenham dificuldade de locomoção.

6.13. No item 2.d, “Visando a superar os desafios técnicos, políticos e institucionais em prol do estabelecimento de uma cultura burocrática orientada para resultados”, a SES/MG manifesta-se no sentido de que pretende exercer a coordenação dos trabalhos de forma efetiva, por intermédio da definição dos papéis dos entes federados. Acrescenta que o aperfeiçoamento dos mecanismos de contratualização do Programa, assim como a assinatura dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde (COAPs) deverão fortalecer a cultura orientada por resultados.

6.14. Em atendimento às deficiências apontadas no Capítulo 4 do Relatório Preliminar – Judicialização da Assistência Farmacêutica, fls 45 a 57, a SES/MG se manifestou conforme item 2.e da referida Nota, “Visando combater o crescimento da judicialização da Assistência Farmacêutica no Estado”. Esclarece que estão sendo providenciados ajustes recomendados no SIGAF e prosseguindo com os esforços de parcerias com o Tribunal de Justiça e demais parceiros do Comitê Executivo Judiciário Estadual da Saúde.

6.15. O referenciado Capítulo 4 do Relatório Preliminar “analisa as principais causas do crescimento do número de ações judiciais e das despesas decorrentes dessas ações no período compreendido entre os anos de 2008 e 2011. Reporta à insuficiência da quantidade de medicamentos de alto custo disponibilizada, tendo em vista o pequeno aumento do número de medicamentos na Relação Estadual no período 2008/2011. Salienta, ainda, que os municípios não têm sido plenamente atendidos pela SES/MG em relação às suas demandas por medicamentos básicos.

6.16. As medidas tomadas pela SES/MG para conter o avanço das ações judiciais têm sido insuficientes, principalmente diante da impossibilidade da obtenção de dados atualizados dos médicos, usuários, laboratórios farmacêuticos no SIGAF. Há que se mencionar, portanto, a necessidade de se estabelecerem parcerias entre a SES/MG, a Defensoria Pública Estadual, o Ministério Público e o Poder Judiciário, no sentido da racionalização do fornecimento de medicamentos buscando-se eficiência no atendimento à população.

6.17. O Capítulo 5 do Relatório Preliminar “Controle Social da Assistência Farmacêutica”, fls 58 a 65, aponta que a atuação do Conselho Estadual e dos Conselhos Municipais de Saúde têm-se mostrado insuficientes para gerar transformação dos instrumentos institucionais em instrumentos de direitos sociais e coletivos na promoção de mobilização e envolvimento da comunidade.

6.18. Em atendimento às deficiências apontadas no Capítulo 5, a SES/MG manifestou-se conforme item 2.f, “Visando aprimorar o controle social”, esclarecendo que promoverá com o Conselho Estadual de Saúde ações de formação de conselheiros estaduais e municipais no sentido de divulgar informações da Assistência Farmacêutica no Estado.

6.19. Portanto, considerando a análise dos apontamentos dos gestores, note-se a convergência entre as questões apontadas neste relatório e as respectivas soluções retratadas. Revelam, igualmente, a magnitude do tema e o imperativo de se implementarem ações urgentes de forma a dotar o Programa das condições necessárias à sua eficácia e efetividade.

7. CONCLUSÃO

7.1. Com a finalidade de dar cumprimento ao objetivo proposto e tendo em vista que o Programa Farmácia de Minas refere-se à Assistência Farmacêutica no âmbito do estado de Minas Gerais, o escopo da auditoria foi delimitado pela análise das seguintes questões de auditoria:

- Questão 1: O planejamento da Assistência Farmacêutica e a seleção dos medicamentos são realizados de forma coerente com as necessidades da população?
- Questão 2: Em que medida a aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos evitam desvios e desperdícios e permitem o uso racional dos medicamentos?
- Questão 3: As programações física e financeira estabelecidas para o Programa estão sendo cumpridas, e qual é a relação da execução orçamentária do Programa com o comportamento dos gastos decorrentes da judicialização da Assistência Farmacêutica?
- Questão 4: Os instrumentos de controle social tem promovido a mobilização e o envolvimento da comunidade?

7.2. Após análise, pode-se afirmar que a gestão da Assistência Farmacêutica pelo Estado e pelos municípios gera riscos de desabastecimento de determinados medicamentos, ao mesmo tempo em que há desperdício de recursos públicos devido ao vencimento de medicamentos comprados em excesso e às inadequadas condições de armazenamento. Constataram-se deficiências na seleção de medicamentos por parte dos municípios, que não utilizam de critérios técnicos para a elaboração da relação de medicamentos municipal. Também foram constadas dificuldades dos gestores municipais na programação para aquisição de medicamentos, acarretando deficiências na programação do estado.

7.3. No armazenamento, a auditoria avaliou a estrutura física, a capacidade instalada, os equipamentos de segurança, os controles de estoques e foram encontradas inadequações que podem levar a alterações na qualidade, perdas e desvios de medicamentos tanto no almoxarifado central da SES, como também nos municípios.

7.4. Por ocasião das visitas aos municípios, constatou-se que deficiências na distribuição e aquisição de medicamentos básicos pela SES/MG tem levado à indisponibilidade de medicamentos nos municípios e recebimento de medicamentos com data próxima ao vencimento comprometendo a programação em prejuízo da população, acarretando também prejuízos ao erário devido a perda de medicamentos.

7.5. Quanto aos medicamentos de alto custo, constatou-se que as necessidades dos pacientes não estão sendo totalmente atendidas. Há morosidade nas autorizações para ingresso de novos beneficiários, descontinuidade de atendimento no fornecimento, falta de oferta de

determinados medicamentos, deficiências na estrutura física e instalações de muitas Farmácias nas SRSs/ GRSs, o que resulta em graves prejuízos para os usuários.

7.6. Também se observou nas visitas *in loco* que a dispensação não é realizada apenas por farmacêuticos. Pessoas de outras formações, de nível técnico e médio também realizam a dispensação. Verificou-se que os farmacêuticos responsáveis pelas farmácias das GRSs/SRSs estão envolvidos com várias atividades administrativas em detrimento da análise técnica da prescrição e orientação dos pacientes quanto ao uso dos medicamentos.

7.7. Observou-se, ainda, crescimento das despesas decorrentes de ações judiciais, no período de 2008 a 2011. No período examinado, houve crescimento acentuado tanto do número de ações judiciais que passou de 1850, em 2008, para 4403, em 2011, quanto do valor gasto em decorrência dessas ações, que passa de R\$ 42.552.696,00 para R\$ 83.873.188,00, no mesmo período.

7.8. Além disso, a análise dos dados obtidos no SIGPLAN sobre a execução financeira do PPAG para os anos de 2008 a 2011, relativamente às ações 4299 e 4302, que se referem a medicamentos básicos e de alto custo, e dos dados fornecidos pela SES sobre despesas com medicamentos decorrentes de ações judiciais, demonstra a tendência acentuada de crescimento dos gastos decorrentes da judicialização em relação aos demais. Verifica-se que, ao contrário das despesas realizadas com medicamentos de alto custo e básicos, cujas tendências são de queda, as despesas decorrentes de ações judiciais apresentam tendência de alta.

7.9. São causas do aumento da judicialização: insuficiência da quantidade de medicamentos de alto custo disponibilizada pelo Estado; atendimento parcial pela SES das solicitações municipais de medicamentos básicos e, ainda, insuficiência das ações tomadas em relação ao crescimento do número de ações judiciais.

7.10. Por fim, constatou-se falha na atuação dos conselhos estadual e municipais de saúde. Verificou-se participação deficiente do conselho estadual e dos CMS na formulação da política de Assistência Farmacêutica, respectivamente, do estado e dos municípios, bem como deficiência no controle da execução dos serviços de atenção básica, em especial da Assistência Farmacêutica. Destaca-se, ainda, a deficiência na promoção de ações que promovam a mobilização e a participação da comunidade pelos conselhos de saúde, o que dificulta o controle social.

7.11. Releva mencionar que os conselhos de saúde representam instâncias maiores do controle social, consistindo no elo entre o usuário e os responsáveis pela elaboração e execução das ações de saúde, possibilitando que a coletividade participe da formulação dos planos e das diretrizes da saúde.

8. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

8.1. Diante do exposto, submete-se este Relatório à consideração superior, incluindo as seguintes propostas:

Recomendar à SES/MG que:

a) Visando a melhorar o planejamento da Assistência Farmacêutica dos municípios, tendo em vista o caráter ascendente do planejamento, de forma que a seleção de medicamentos e a programação estejam de acordo com a demanda real, propiciando o uso racional de medicamentos:

- reavaliar sua estratégia de atuação nos municípios por intermédio do reforço das práticas de orientação e, se possível, com a participação ativa e simultânea do CIB e do COSEMS, de modo que a seleção e a programação de medicamentos atendam às demandas da população;
- elaborar e manter política de educação permanente para os gestores municipais de saúde, principalmente nos municípios cujos gestores não possuem formação na área.

b) Visando a minimizar as perdas e auxiliar na regularização do desabastecimento, contribuindo para um controle mais efetivo do fluxo dos medicamentos básicos no Estado:

- aperfeiçoar o SIGAF para que seja utilizado de forma mais eficaz pelos municípios, possibilitando a integração dos dados com o SIAD, de maneira a fornecer os dados gerenciais necessários para a adequada programação;
- utilizar código de barras para recebimento e distribuição de medicamentos;
- utilizar mecanismo de registro de perdas;
- manter o incentivo financeiro para construção das farmácias comunitárias e para aquisição de equipamentos (computadores);
- promover cursos de capacitação para todos os usuários do SIGAF.

c) Visando ao aumento da eficiência relativa ao atendimento de usuários:

- realizar estudos com a finalidade de diminuir o tempo médio dos pareceres dos processos para novos pacientes de medicamentos de alto custo. Pretende-se, com essa medida, atender os pacientes do alto custo de modo mais efetivo e diminuir o número de ações judiciais;
- flexibilizar os prazos máximos de validade das autorizações para coleta dos medicamentos, compatibilizando-os com as necessidades clínicas das patologias previstas nos protocolos, minorando, assim, as dificuldades dos pacientes, especialmente daqueles que residem mais distantes dos centros de autorização. Com

essa medida, pretende-se desobrigar os portadores das enfermidades com evolução lenta de renovarem toda a sua documentação a cada três meses;

- estabelecer diretriz no sentido da desconcentração da dispensação da GRS de Belo Horizonte, objetivando humanizar a dispensação, ou que qualifiquem a respectiva unidade de estrutura física e recursos humanos condizente com a demanda de pacientes;
- desenvolver estudos no sentido de verificar a possibilidade de utilizar metodologia de entrega em domicílio de medicamentos para algumas patologias e situações clínicas, objetivando facilitar o acesso dos doentes aos medicamentos e descongestionar as unidades de dispensação.

d) Visando a superar os desafios técnicos, políticos e institucionais em prol do estabelecimento de uma cultura burocrática orientada para resultados, recomenda-se a coordenação efetiva da SES, observando-se as competências definidas na legislação vigente e os objetivos atinentes ao estabelecimento do programa.

e) Visando a combater o crescimento da judicialização da Assistência Farmacêutica no Estado:

- atualizar o elenco de medicamentos de alto custo que consta da Relação Estadual, de modo a adequá-lo ao crescimento da demanda;
- acelerar a implantação das Farmácias Comunitárias, o que propiciará maior eficiência da execução do Programa Farmácia de Minas, inclusive com a implantação de novos indicadores de avaliação;
- atender plenamente às solicitações de medicamentos básicos, o que pressupõe maior disponibilidade de medicamentos no almoxarifado central da SES;
- completar a implantação do SIGAF, especialmente das funções relativas à judicialização da assistência farmacêutica;
- promover ações educativas, e de conscientização, visando o consumo racional de medicamentos pelos usuários;
- atuar junto aos conselhos de medicina, no sentido de conscientizar a categoria quanto à importância do uso racional de medicamentos e da política estadual de assistência farmacêutica.

f) Visando a aprimorar o controle social:

- promover a capacitação dos membros do CES e dos CMS;

- promover a mobilização dos setores representativos da comunidade sobre a existência e importância de atuação dos CMS e do CES;
- aperfeiçoar os normativos e promover eventos para divulgar aqueles deliberados, de forma que seja possível assimilar tempestivamente os respectivos conteúdos;
- definir uma estratégia de atuação conjunta com as SMS de modo a criar ou melhorar o espaço físico de atuação dos CMS;
- disponibilizar servidores para darem apoio ao CES para que o sítio do CES esteja em funcionamento e atualizado com informações sobre Assistência Farmacêutica do Estado.

Belo Horizonte, em 15 de fevereiro de 2013.

Denise Maria Delgado
TC 1419-0

Isabella Kuschel Nägl
TC 2262-1

Helena Agostinha de Menezes Sousa
TC 0914-5

Jacqueline Loures
TC 1459-9

Luis Fernando Monteiro Ribeiro
TC 2260-5

RERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **L'Analyse de contenu**. Paris: Editora Presses Univesitaires de France, 1977.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica – Instruções Técnicas para sua Organização. 2 ed. Brasília. Editora MS, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos, de 1998. 6ª Reimpressão. 40p. II - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25). Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006-Série B.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/assistencia_Farmaceutica_para_Gerentes-Municipais.pdf Acessado em julho/2012

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União.

BRASIL. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União.

BRASIL. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional.

BRASIL. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 2.084 de 28 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Manual de Auditoria Operacional**. 3. Ed. Brasília: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (SEPROG), 2010. 71p.

BRASIL. Tribunal de Contas da União, Portaria – SeGecex n. 4, de 26 de fevereiro de 2010. Aprova o Manual de Auditoria Operacional.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

CASTRO, Sebastião Helvécio Ramos. **Impacto Desalocativo no Orçamento Público Estadual em Face de Decisões Judiciais**, Belo Horizonte, 2011.

CORREIA, Maria Valéria da Costa. **Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e participação sócio política**. São Paulo: Cortez, 2003.

KRUGER, T. R. **O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde**. *Planejamento e Políticas Públicas–IPEA*, n. 22, p. 119–144, 2000.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila, et al. **Judicialização do Acesso a Medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil**. XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia e VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Porto Alegre, 2008.

MINAS GERAIS. Decreto nº 45.559, de 3 de março de 2011. Dispõe sobre a organização do Conselho Estadual de Saúde – CES e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 415 de 21 de fevereiro de 2008. Pactua no âmbito do Estado de Minas Gerais o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser realizada no SUS/MG e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas. Tribunal Pleno. **Notas Taquigráficas**. Sessão: 08/07/11. Proposta de Auditoria de Natureza Operacional para avaliação do Programa

Farmácia de Minas - Secretaria de Estado de Saúde. Conselheiro Sebastião Helvécio. Belo Horizonte, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Medicines: rational use of medicines.** Fact sheetn. 338, May 2010. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets> acessado em julho de 2012.

PEREIRA, Delvechio de Souza. **O Orçamento Público e o Processo de Judicialização da Saúde.** Tribunal de Contas da União, Brasília, 2010.

RAICHELIS, Raquel. **Democratizar a Gestão das Políticas Sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil.** In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L. E TEIXEIRA, M. (Organizadores). Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional. *ABEPSS e OPAS, julho/2006.* http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-4.pdf

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 2007.174p.

DELINEAMENTO AMOSTRAL – AUDITORIA OPERACIONAL NO PROGRAMA FARMÁCIA DE MINAS

INTRODUÇÃO

O presente documento contém o delineamento de amostra de municípios a ser objeto de entrevistas realizadas *in loco*, com objetivo de consistir dados e informações fornecidas pelos Secretários Municipais de Saúde no questionário eletrônico enviado pela internet, e trazer informações dos Conselhos Municipais, farmacêuticos, gerentes das GRSs e beneficiários para uma avaliação qualitativa do programa no estado.

DEFINIÇÃO DO TIPO DE ESTUDO

Os estudos científicos se dividem em dois grupos: os estudos observacionais e os estudos experimentais. Nos estudos observacionais são realizadas estimativas (das médias e de proporções) nas quais há interesse em conhecer o grau de confiança (intervalos de confiança) e o erro padrão das estimativas. Os estudos experimentais “se relacionam com testes de diferenças entre duas ou mais estatísticas, e requerem a definição do nível de significância (α) e do poder do teste ($1 - \beta$)” (ARANGO, 2009, p. 341).

O presente estudo consiste num **estudo observacional**, no qual irá se aplicar um questionário a todos os gestores municipais de saúde (Secretários Municipais de Saúde) do Estado de Minas Gerais e se fará uma auditoria *in loco* numa amostra de Municípios, com o objetivo de consistir os dados das respostas dos secretários. O que se pretende, portanto, com a amostra, é poder afirmar, com certo grau de certeza baseada no cálculo estatístico, o quanto as observações dos auditores tomadas nos municípios incluídos na amostra coincidem com as respostas dos secretários contidas no questionário eletrônico.

O PLANEJAMENTO DA AMOSTRA

O cálculo do tamanho da amostra está condicionado à confiabilidade desejada e à margem de erro tolerada. A confiabilidade, nível ou grau de confiança (GC), corresponde ao nível de certeza com que as afirmações estão sendo feitas, isto é, à probabilidade de que o verdadeiro valor do fenômeno no universo em estudo esteja dentro dos limites de um “intervalo de confiança” calculado sobre os dados da amostra.

A confiabilidade “é a chance da única amostra examinada ser uma daquelas que resultarão em um Intervalo de Confiança que inclui o verdadeiro valor populacional”, seria a “probabilidade de a amostra retratar a população” (OLIVEIRA, 2004, p.69).

Em geral, adotam-se graus de confiança de 90, 95 ou de 99% para os estudos científicos. Isso porque, o grau de confiança não é a única característica que é desejável para uma estimativa. Deseja-se também que a estimativa seja precisa, isto é, que o intervalo em que se espera que esteja o valor verdadeiro não seja muito amplo. Acontece que ao se aumentar a confiabilidade, perde-se simultaneamente em precisão.

Adotaremos neste estudo um **Nível de Confiança de 95%**, que segundo as simulações realizadas demonstra ser adequado aos recursos disponíveis para a realização da pesquisa.

A margem de erro é a diferença máxima tolerada, no momento da construção da amostra, entre o valor da estimativa obtida com base nos dados da amostra e o valor populacional desconhecido (“verdadeiro”).

Para cada Nível de Confiança adotado deverá ser escolhido essa amplitude máxima desejada entre para a diferença entre a estimativa obtida na amostra (por exemplo, a média m obtida na amostra) e a média μ (“verdadeiro valor”) da população, também chamada de “ d ”, cuja expressão é referida por vários autores como precisão ou erro de amostragem (SILVA, 2001, p.98):

$$d = 1,96DP(\bar{x})$$

Onde:

d é o erro de amostragem

1,96 corresponde ao Nível de Confiança de 95%, por ser o número de desvios padrão a que corresponde uma área abaixo da curva normal das médias amostrais que inclui 95% dos casos

$DP(\bar{x})$ é o valor do desvio padrão da média amostral

Segundo Nilza Nunes da Silva, “o pesquisador deverá decidir sobre o valor máximo aceitável para o **erro de amostragem** d . Assim, ele estará fixando a precisão do processo de amostragem antes de sortear a amostra e obter seus resultados” (SILVA, 2001, p. 98)

O cálculo do tamanho da amostra para estimar uma proporção varia se se tratar de uma população desconhecida (ou infinita) com amostragem com reposição, ou então uma **população conhecida e de tamanho finito** e construída com **amostragem sem reposição**.

A fórmula utilizada para o cálculo é a seguinte:

$$n = z^2 \cdot p \cdot q / d^2$$

Onde:

z = 1,96 (valor da Normal Reduzida para 95% de confiança);

p = 1% ou 0,01

q = 99% ou 0,99

d = 0,0275

$n = (1,96 \cdot 0,99 \cdot 0,01) / 0,0275^2$

$n = 54$ municípios

Devido à reconhecida heterogeneidade dos Municípios mineiros, faz-se necessária a construção de uma amostra estratificada. Nessa técnica, “a população de N elementos ou

unidades amostrais é previamente dividida em grupos mutuamente exclusivos (chamados extratos), e dentro dos quais são sorteadas amostras casuais simples de tamanho nh, chama-se amostragem aleatória estratificada ou, simplesmente, amostragem estratificada” (SILVA, 2001, p. 53).

Os municípios foram selecionados dentre os percentuais populacionais de até 10 mil habitantes, de 10 a 20 mil habitantes, de 20 a 50 mil habitantes, de 50 a 100 mil habitantes, de 100 a 200 mil habitantes, de 200 a 500 mil habitantes, acima de 500 mil habitantes, mantendo-se a mesma proporção de municípios em cada uma das regionais de saúde do estado.

REGIÃO	Alto Par	Centr al	Nor te	Jeq uit	Triâng ulo	Sul	Mata	Centro- Oeste	Noroe ste	Rio Doce	TOTAL		
N. MUNICIPIOS	31	158	89	66	35	155	142	56	19	102	853		
PERCENTUAL AUDIT	1,55	7,9	4,45	3,3	1,75	7,75	7,1	2,8	0,95	5,1	42,65		
POPULAÇÃO (mil)			Até 10			10 a 20	20 a 50	50 a 100		100 a 200	200 a 500	acima 500	TOTAL
			491			184	112	37		16	9	4	853
			57,56%			21,57 %	13,13 %	4,34%		1,88 %	1,06%	0,47%	100,00%
Central			4			2	1						7
Norte			4			1	1				1		7
Jequitinhonha/Muc			4			1	2						7
Triângulo			1				1	1					3
Sul			5			2				1			8
Mata			4			2	1					1	8
Centro-Oeste			2			2							4
Rio Doce			4			1	1	1					7
TOTAL			28			11	7	2		1	1	1	51
PERCENTUAL POP.			5,70%			5,98%	6,25%	5,41%		6,25%	11,11%	25,00%	65,70%
Nº municípios	Regional	Perc. Regional											
7	158	4,430379747											
7	89	7,865168539											
7	66	10,60606061											
3	35	8,571428571											
8	155	5,161290323											
8	142	5,633802817											
4	56	7,142857143											
7	102	6,862745098											

ALTO PARANAÍBA- 1/10 E 1/20		CENTRAL		NORTE		JEQUITINHONHA/MUC URI		TRIÂNGULO	
MUN.	POP.	MUN.	POP.	MUN.	POP.	MUN.	POP.	MUN.	POP.
Estrela do Indaiá	3.516	Rio Vermelho	13.645	Pai Pedro	5.934	Setubinha	10.885	Carneirinho	9.471
Serra do Salitre	10.549	Serro	20.835	Manga	19.813	Monte Formoso	4.656	Ipiacu	4.107
Santa Rosa da Serra	3.224	Senador Modestino Gonçalves	4.574	Porteirinha	37.627	Novo Oriente de Minas	10.339	Indianópolis	6.190
Lagoa Formosa	17.161	São Gonçalo do Rio Preto	3.056	Rio Pardo de Minas	29.099	Bertópolis	4.370	Iturama	34.456
Rio Paranaíba	11.885	Santo Antônio do Itambé	4.135	Luislândia	6.400	Crisólita	6.047	Conceição das Alagoas	23.043
Tiros	6.906	Dom Joaquim	4.535	Gameleiras	5.139	Santa Helena de Minas	6.055	Prata	25.802
Iraí de Minas	6.467	Serra Azul de Minas	4.220	Fruta de Leite	5.940	Ponto dos Volantes	11.345		
Abadia dos Dourados	6.704	Presidente Juscelino	3.908	Jaíba	33.587	Fronteira dos Vales	4.687		
		Congonhas do Norte	4.943	Serranópolis de Minas	4.425	Comercinho	8.298		
		Conceição do Mato Dentro	17.908	Itacambira	4.988	Mata Verde	7.874		
		Contagem	603.442	Ibiaí	7.839	Divisópolis	8.974		
				Januária	65.463	Franciscópolis	5.800		
		Tiradentes	6.961	Janaúba	66.803				
		Prados	8.391	Bocaiúva	46.654				

SUL		MATA		CENTRO-OESTE		NOROESTE		RIO DOCE	
MUN.	POP.	MUN.	POP.	MUN.	POP.	MUN.	POP.	MUN.	POP.
Poços de Caldas	152.435	Orizânia	7.284	Santana do Jacaré	4.607	Formoso	8.177	Jampruca	5.067
Senador Amaral	5.219	Senhora de Oliveira	5.683	Piracema	6.406	Arinos	17.674	Mathias Lobato	3.370
Toledo	5.764	Araponga	8.152	Quartel Geral	3.303	Uruana de Minas	3.235	São Sebastião do Maranhão	10.647
Bocaina de Minas	5.007	Piranga	17.232	São Francisco de Paula	6.483	Lagoa Grande	8.631	Nacip Raydan	3.154
Congonhal	10.468	Sericita	7.128	Candeias	14.595	Presidente Olegário	18.577	Frei Lagonegro	3.329
Alagoa	2.709	Jequeri	12.848	Santo Antônio do Amparo	17.345	Natalândia	3.280	São José da Safira	4.075
Monte Belo	13.061	Oratórios	4.493			Cabeceira Grande	6.453	José Raydan	4.376
Nova Resende	15.374	Pedra do Anta	3.365			Lagamar	7.600	São Félix de Minas	3.382
São Tiago	10.561	Guaraciaba	10.223					Peçanha	17.260
Cristina	10.210	Barra Longa	6.143					Água Boa	15.195
São Sebastião da Bela Vista	4.948	Santana do Manhuaçu	8.582					Gonzaga	5.921
Maria da Fé	14.216	Simonésia	18.298					Periquito	7.036
Andrelândia	12.173	Espera Feliz	22.856					Itambacuri	22.809
Heliodora	6.121	Manhumirim	21.382					Campanário	3.564
Piranguçu	5.217	Manhuaçu	79.574					Caratinga	85.239
Brasópolis	14.661	Viçosa	72.220						
Córrego do Bom Jesus	3.730								
Divisa Nova	5.763								
Seritinga	1.789								

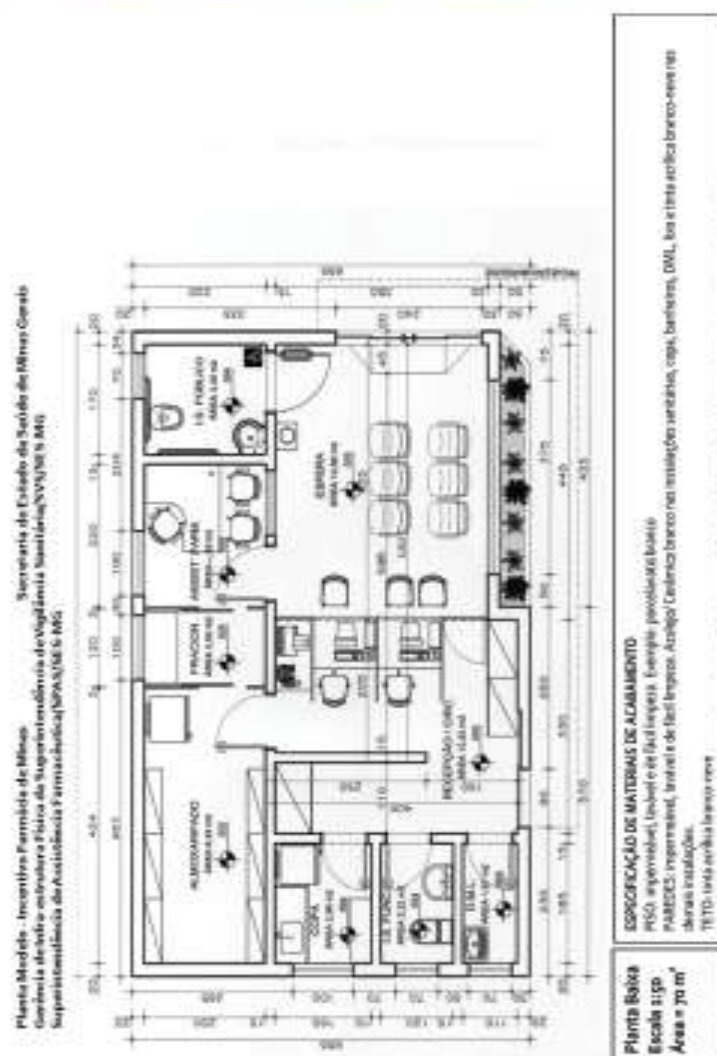
Foram então selecionados 49 municípios baseando-se no critério da conveniência, disponibilidade de pessoal e recursos financeiros, quais sejam:

MUNICÍPIOS INSPECIONADOS	FARMÁCIAS IMPLANTADAS E GRSs	PERÍODO
Araguari	x	28/5 a 6/6/2012
Carmo da Mata	x	
Carmo do Cajuru	x	
Cascalho Rico	farmácia do programa	
Igaratinga	farmácia do programa	
Perdigão	farmácia do programa	
Tupaciguara	x	
Divinópolis	GRS	
Angelândia	farmácia do programa	28/5 a 6/6/2012
Aricanduva	x	
Capelinha	x	
Chapada do Norte	x	
Minas Novas	x	
Setubinha	x	
Turmalina	farmácia do programa	
Veredinha	x	20 a 23/5/2012
Cajuri	farmácia do programa	
Coronel Xavier Chaves	x	
Ervália	farmácia do programa	
Prados	farmácia do programa	
Tiradentes	x	
São João Del Rei	GRS	
Visconde do Rio Branco	x	3 a 7/6/2012
Conceição do Mato Dentro	x	
Santa Maria de Itabira	farmácia do programa	
Santo Antônio do Itambé	x	
Serro	x	28/5 a 2/6/2012
Coronel Pacheco	x	
Ewbank da Câmara	x	
Juiz de Fora	GRS	
Lima Duarte	x	28/5 a 7/6/2012
Piau	farmácia do programa	
Antônio Dias	farmácia do programa	
Coronel Fabriciano	GRS	
Iapu	farmácia do programa	
Inhapim	x	
Jaguaráçu	x	
Marliéria	farmácia do programa	
São Domingos das Dores	x	

Bandeira do Sul	x	28/5 a 7/6/2012
Botelhos	x	
Caldas	farmácia do programa	
Divisa Nova	x	
Juruiaia	farmácia do programa	
Poços de Caldas	x	
São Pedro da União	x	
Serrania	farmácia do programa	
Pouso Alegre	GRS	
Janaúba	x	21/5 a 2/6/2012
Claro dos Poções	farmácia do programa	
Coração de Jesus	farmácia do programa	
Glaucilândia	x	
Japonvar	farmácia do programa	
Juramento	x	
Mirabela	x	

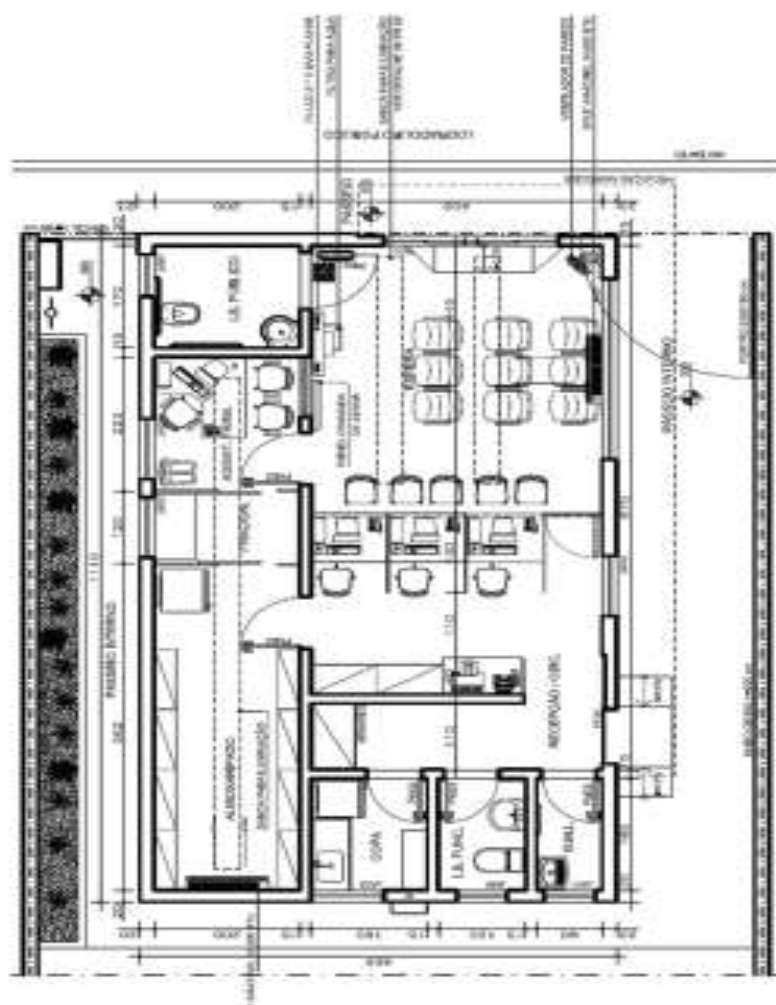
Município	População
Belo Horizonte	2.434.642
Belo Vale	7.472
Betim	429.507
Bonfim	6.904
Brumadinho	33.693
Caeté	40.634
Conceição do Mato Dentro	17.852
Confins	5.966
Contagem	617.749
Crucilândia	4.752
Esmeraldas	58.307
Florestal	6.152
Ibirité	155.290
Igarapé	32.967
Itabirito	43.314
Jaboticatubas	16.248
Juatuba	20.567
Lagoa Santa	47.287
Mariana	53.989
Mário Campos	11.899
Mateus Leme	26.631
Matozinhos	34.789
Moeda	4.652
Nova Lima	75.530
Nova União	5.636
Piedade dos Gerais	4.721
Ouro Preto	69.251
Pedro Leopoldo	58.635
Raposos	15.418
Ribeirão das Neves	340.033
Rio Acima	8.597
Rio Manso	5.212
Sabará	125.285
Santa Luzia	227.438
Santana do Riacho	4.346
São Joaquim de Bicas	23.462
São José da Lapa	18.855
Sarzedo	24.828
Taquaraçu de Minas	3.910
Vespasiano	99.557
Total	5.221.977

ANEXO IV – Layout da Farmácia Comunitária Pública para Planta com 70m²



Nota: Planta baixa elaborada por Arq. Renata França Leitão de Almeida (GIEV/SVS/SES) e adaptada por Arq. Luis Moreira

ANEXO V – Layout da Farmácia Comunitária Pública para planta com 80 m²



Nota: Planta-báscula elaborada por Arq. Renato França Leite de Almeida (GIEV/SVS/SES) e adaptada por Arq. Luis Moreira

APÊNDICE II

SAF_SIGAF 3.43.1 server 7 zingiber

http://sigaf2.saude.mg.gov.br/?&url_enc=cGFnZTltZXRhL3ZpZX...

26) BIPERIDENO CLORIDRATO 2 MG COMPRIMIDO	44025	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,036000	1.584,900	0	0
27) CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO	500000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,010950	5.475,000	0	0
28) CARBAMAZEPINA 20 MG/ML XAROPE	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	4,800000	0,000	0	0
29) CARBAMAZEPINA 200 MG COMPRIMIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,049900	0,000	0	0
30) CARBONATO DE CÁLCIO 1250 MG COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	5025	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,075000	376,875	0	0
31) CARBONATO DE LÍTIU 300 MG COMPRIMIDO	8000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,048300	386,400	0	0
32) CARVEDILOL 12,5 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,071980	0,000	0	0
33) CARVEDILOL 3,125 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,053000	0,000	0	0
34) CEFALEXINA 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	1,535000	0,000	0	0
35) CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,093000	0,000	0	0
36) CETOCONAZOL 20 MG/G CREME	800	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,720000	576,000	0	0
37) CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500 MG COMPRIMIDO	30000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,055400	1.662,000	0	0
38) CLARITROMICINA 250 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,037200	0,000	0	0
39) CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,056000	0,000	0	0
40) CLONAZEPAM 2 MG COMPRIMIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,026000	0,000	0	0
41) CLONAZEPAM 2,5 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	1,200000	0,000	0	0
42) CLORETO DE SÓDIO 30 MG/ML SPRAY NASAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	7,480000	0,000	0	0
43) CLORETO DE SÓDIO 9 MG/ML SOLUÇÃO NASAL	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	2,450000	0,000	0	0
44) CLORPROMAZINA CLORIDRATO 100 MG COMPRIMIDO	15000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,058000	870,000	0	0
45) CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,042000	0,000	0	0
46) CLORPROMAZINA CLORIDRATO 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	1,900000	0,000	0	0
47) DALTEPARINA 12500 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	60	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	6,790000	407,400	0	0
48) DEXAMETASONA 1 MG/ML SUSPENSÃO OFTÁLMICA	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	3,660000	0,000	0	0
49) DEXAMETASONA 1 MG/G CREME	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,379000	0,000	0	0
50) DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 0,4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	1500	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,549900	824,850	0	0
51) DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 2 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,013000	0,000	0	0
52) DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO	80000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,018790	1.503,200	0	0
53) DIAZEPAM 5 MG COMPRIMIDO	5000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,015900	79,500	0	0

54) DIOXINA 0,25 MG COMPRIMIDO	50000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,043000	2.150,000	0	0
55) DIPLODINA SÓDICA 500 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,289000	0,000	0	0
56) DISPOSITIVO INTRA-UTERINO TCJ 380 A (OPTIMA)	50	SAÚDE DA MULHER	0	0,000	0	0
57) ENALAPREL MALEATO 10 MG COMPRIMIDO	350000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,011730	4.098,500	0	0
58) ENALAPREL MALEATO 20 MG COMPRIMIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,013999	0,000	0	0
59) ERYTHROMICINA 50 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	200	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	1,529000	305,800	0	0
60) ERYTHROMICINA 500 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,155000	0,000	0	0
61) ESPRAMECINA 500 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	1,039000	0,000	0	0
62) ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,059000	0,000	0	0
63) FENITOÍNA SÓDICA 100 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,049300	0,000	0	0
64) FENITOÍNA SÓDICA 25 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0	0,000	0	0
65) FENOBARBITAL SÓDICO 100 MG COMPRIMIDO	30000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,026400	792,000	0	0
66) FENOBARBITAL SÓDICO 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	1,140000	0,000	0	0
67) FLUCONAZOL 150 MG CÁPSULA	9000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,078300	704,700	0	0
68) FLUCETINA CLORIDRATO 20 MG CÁPSULA	9990	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,028880	2.886,845	0	0
69) FOLINATO DE CÁLCIO 15 MG COMPRIMIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,138900	0,000	0	0
70) FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,013450	0,000	0	0
71) GENTAMICINA SULFATO 5 MG/ML SOLUÇÃO OPÁTICA	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	3,500000	0,000	0	0
72) GUSENCLAMIDA 5 MG COMPRIMIDO	399750	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,007120	2.845,220	0	0
73) GLICLAZIDA 30 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,056000	0,000	0	0
74) HALOPERIDOL 2 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	1,150000	0,000	0	0
75) HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,019000	0,000	0	0
76) HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,380000	0,000	0	0
77) HALOPERIDOL DECANATO 50 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	1,200000	0,000	0	0
78) HIDRALAZINA CLORIDRATO 50 MG DRAGEA	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,169200	0,000	0	0
79) HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO	20000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,008020	1.60,400	0	0
80) IBUPROFENO 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	3,100000	0,000	0	0
81) IBUPROFENO 600 MG COMPRIMIDO	50000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,030000	1.950,000	0	0
82) IMPRAMINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	5000	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,026000	130,000	0	0

83) ZOSISORBIDA DINITRATO 5 MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,040000	0,000	0	0
84) ZOSISORBIDA MONONITRATO 40 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,070000	0,000	0	0
85) IVERMECTINA 6 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,180000	0,000	0	0
86) LEVODOPA+BENSERAZIDA + CLORIDRATO 100+25 MG+MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,990000	0,000	0	0
87) LEVODOPA+BENSERAZIDA + CLORIDRATO 200 + 50 MG/MG COMPRIMIDO	16030	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	1,300000	20.826,000	0	0
88) LEVODOPA+CARBIDOPA 200+50 MG+MG COMPRIMIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0	0,000	0	0
89) LEVODOPA+CARBIDOPA 250+25 MG+MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,105000	0,000	0	0
90) LEVONORGESTREL 0,75 MG COMPRIMIDO	0	SAÚDE DA MULHER	0	0,000	0	0
91) LEVONORGESTREL 1,5 MG COMPRIMIDO	Item indisponível no momento	SAÚDE DA MULHER	0	0,000	0	0
92) LEVONORGESTREL+ETINILESTRADIOL 0,15+0,03 MG+MG COMPRIMIDO	14112	SAÚDE DA MULHER	0	0,000	0	0
93) LEVOTIROXINA 50 MCG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,038500	0,000	0	0
94) LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,038500	0,000	0	0
95) LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,036500	0,000	0	0
96) LORATADINA 1 MG/ML XAROPE	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,784000	0,000	0	0
97) LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,029000	0,000	0	0
98) LOSARTANA POTÁSSICA 25 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,034700	0,000	0	0
99) LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	208100	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,034000	6.803,400	0	0
100) MEBENDAZOL 100 MG COMPRIMIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,018600	0,000	0	0
101) MEBENDAZOL 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,339000	0,000	0	0
102) MEGESTROLACETATO 150 MG/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL	300	SAÚDE DA MULHER	0	0,000	0	0
103) METFORMINA CLORIDRATO 850 MG COMPRIMIDO	73200	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,035000	2.562,000	0	0
104) METILDOPA 250 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,057700	0,000	0	0
105) METILDOPA 500 MG COMPRIMIDO	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,112600	0,000	0	0
106) METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10 MG COMPRIMIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,027980	0,000	0	0
107) METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,225000	0,000	0	0
108) METOPROLOL SUCCINATO 50 COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,836000	0,000	0	0
109) METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,023800	0,000	0	0
110) METRONIDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,697000	0,000	0	0
111) MICONAZOL NITRATO 20 MG/G CREME VAGINAL	0	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,919000	0,000	0	0

112) MICONAZOL NITRATO 20 MG/ML LOÇÃO	0		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,580000	0,000	0	0
113) NIFEDIPINO 20 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	21000		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,047460	997,080	0	0
114) NITROFURANTOÍNA 100 MG CÁPSULA	9996		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,102400	1.023,510	0	0
115) NORETISTERONA 0,35 MG COMPRIMIDO	0		SAÚDE DA MULHER	0	0,000	0	0
116) NORETISTERONA+ESTRADIOL EMANTATO+VALERATO 50+5 MG/ML+MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	12250		SAÚDE DA MULHER	0	0,000	0	0
117) NORTRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG CÁPSULA	0		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,068990	0,000	0	0
118) NORTRIPTILINA CLORIDRATO 50 MG CÁPSULA	2500		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,097000	242,500	0	0
119) OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA	0		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,030000	0,000	0	0
120) PARACETAMOL 200 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	5000		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,291350	1.456,750	0	0
121) PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	200000		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,016400	3.280,000	0	0
122) PERMETRINA 10 MG/ML LOÇÃO	0		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,600000	0,000	0	0
123) PERMETRINA 50 MG/ML LOÇÃO		Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	3,250000	0,000	0	0
124) PIRIDOSTIGMINA BROMETO 60 MG COMPRIMIDO		Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0	0,000	0	0
125) PIRKETAMINA 25 MG COMPRIMIDO	900		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,052000	47,610	0	0
126) PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO 1 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	0		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	2,490000	0,000	0	0
127) PREDNISONA 20 MG COMPRIMIDO	0		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,032800	0,000	0	0
128) PREDNISONA 5 MG COMPRIMIDO	0		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,038000	0,000	0	0
129) PRESERVATIVO MASCULINO LUBRIFICADO (ROMANTEX)		Item indisponível no momento	SAÚDE DA MULHER	0	0,000	0	0
130) PROFERANOLOL CLORIDRATO 40 MG COMPRIMIDO	150000		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,010350	1.537,500	0	0
131) RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG COMPRIMIDO	90000		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,029000	2.610,000	0	0
132) SALS DE RESSUSCITAÇÃO ORAL 3,5+1,5+3,9+20 G+G+G+G PO PARA PREPARAÇÃO EXTEMPORÂNEA	5000		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,179200	896,000	0	0
133) SALBUTAMOL SULFATO 100 MCG AEROSSOL ORAL	60		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	2,511000	150,660	0	0
134) SIMVASTATINA 10 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	256470		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,042768	10.968,700	0	0
135) SIMVASTATINA 40 MG COMPRIMIDO REVESTIDO		Item indisponível no momento	COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,083430	0,000	0	0
136) SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO	3000		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,083430	250,290	0	0
137) SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA 40+8 MG/ML+MG/ML SUSPENSÃO ORAL	0		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,549800	0,000	0	0
138) SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA 400+80 MG+MG COMPRIMIDO	0		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,037410	0,000	0	0
139) SULFATO FERROSO 25 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	0		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,490000	0,000	0	0
140) SULFATO FERROSO SULFATO 40 MG COMPRIMIDO	30000		COMPONENTE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS	0,022000	660,000	0	0