



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 4.746, DE 2012 (Do Sr. Rodrigo Maia)

Institui a entrega domiciliar de medicamentos aos pacientes que especifica.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL-1836/2007.

APRECIAÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica instituída a entrega domiciliar de medicamentos aos pacientes regularmente inscritos nos programas para tratamento de doenças e agravos em todos os municípios do território nacional nos termos desta Lei.

§ 1º A entrega de que trata o caput será feita aos pacientes com hipertensão, diabetes, cardiopatias, colesterol alto, glaucoma, epilepsia, miastenia grave, bronquite asmática, asma brônquica, insuficiência renal crônica, artrite reumatoide, lúpus, gota, hanseníase, osteoporose, enxaquecas, Mal de Parkinson, Alzheimer e doenças psiquiátricas.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá editar ato para ampliar a lista de beneficiários da entrega domiciliar de medicamentos de acordo com a realidade das diferentes regiões brasileiras e considerando-se as evidências epidemiológicas e prevalências de doenças e agravos.

§ 3º As crianças de até 7 (sete) anos de idade, os idosos maiores de 60 (sessenta) anos e os portadores de deficiências, físicas e mentais, terão prioridade no recebimento dos medicamentos.

§ 4º Os medicamentos serão entregues em quantidade suficiente para o período de 90 (noventa) dias.

Art. 2º A entrega de medicamentos a que se refere o art. 1º será efetivada por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e com a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – CORREIOS, conforme o caso e a necessidade específica de cada localidade.

Art. 3º Na aplicação desta Lei, deverá ser observado, no que couber, o disposto na Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias contados da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

É considerado bem sucedido o Projeto Remédio em Casa criado pela Prefeitura do Rio de Janeiro em 2002, durante a gestão do Prefeito César Maia, coordenado pelo Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo César Coelho.

O presente projeto de lei é inspirado na resolução da SMS do Rio que criou o Projeto Remédio em Casa.

As razões apresentadas (a seguir) pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio justificam a implantação em nível nacional.

“Os primeiros impactos do Projeto Remédio em Casa nas unidades mais desenvolvidas aponta para seu descongestionamento pelo grande contingente de pacientes que compareciam mensalmente para revalidar suas receitas e receber novas cotas mensais de medicamentos.

Também os profissionais de enfermagem, antes muito absorvidos pela tarefa de revalidação mensal de receitas (mesmo em seu prazo de vigência determinado pelo médico), agora podem se dedicar mais intensamente às ações propostas pelos programas para tais profissionais, tais como consultas individuais e coletivas, já com impacto na humanização da atenção, na promoção de hábitos saudáveis de vida, no estímulo ao auto-controle e numa maior aderência ao tratamento.

Os médicos, ao comprovarem a segurança e confiabilidade do sistema concebido a partir de suas prescrições, já começam a alongar o perfil do agendamento de retorno de seus pacientes em fase de manutenção. Isto tem gerado, mesmo sem apporte de novos recursos humanos, um pequeno incremento na oferta de consultas à demanda de novos casos.

Em algumas unidades básicas que também contam com posto de urgência/ emergência 24 horas, a ocorrência de crises hipertensivas tem se reduzido em mais de 50%. Cabe ressaltar que o Projeto Remédio em Casa não se propõe a

substituir a atividade habitual dos serviços de farmácia das unidades da rede; estes continuarão a dispensação regular de medicamentos para outras doenças, além dos próprios hipertensos e/ou diabéticos em início de tratamento, em fase de ajuste de drogas/doses e os casos refratários que necessitam observação mais estreita, todos não sendo elegíveis, a princípio, para aderir ao sistema de remessa domiciliar. Estima-se que um terço dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos encontram-se nestas situações, necessitando, tais como os portadores de outras patologias, da manutenção da dispensação tradicional nas unidades da rede, sem prejuízo de se cadastrarem no sistema e, quando de sua futura estabilização clínica, passarem a receber as remessas domiciliares.

Benefícios diretos para o paciente

- Garantia de acesso ininterrupto aos medicamentos;
- Redução do número de idas à unidade só para receber remédios;
- Maior aderência ao tratamento;
- Maior controle pressórico/metabólico;
- Redução da morbimortalidade cardiovascular.

Benefícios adicionais para o paciente

- Inscrição no Cartão Nacional SUS, pela exportação do cabeçalho;
- Garantia de agendamento da consulta de retorno;
- Garantia de livre acesso na unidade em qualquer dia;
- Manutenção da rotina de consultas e outras atividades;
- Maior freqüência de exames de controle glicêmico.

Benefícios para a Unidade

- Gerenciamento informatizado dos programas;
- Melhor gerenciamento dos estoques de medicamentos;
- Consolidação da estrutura de agendamento para retorno;
- Ampliação da oferta de salas de livre acesso-monitorização;
- Aumento da oferta de consultas de enfermagem;
- Aumento da oferta de consultas médicas (pelo maior controle);
- Melhor utilização da capacidade instalada.

Benefícios para o Sistema

- Mais informações sobre controle pressórico/metabólico;
- Acesso ao perfil de receituário (observância de protocolos).
- Formação de mala-direta para mensagens de promoção de saúde;
- Inclusão posterior de outros programas/medicamentos;
- Inclusão de outras unidades SUS da rede estadual e fora dela;
- Valorização do agente comunitário de saúde dos PSF e PACS;
- Redução de perdas, desperdícios e dispensações indevidas.

O Projeto Remédio em Casa é uma experiência inédita da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde. Tendo por público-alvo inicial os pacientes em tratamento nos programas de Hipertensão Arterial (PHA) e Diabetes Mellitus (PDM) em 109 unidades municipais, o projeto-piloto iniciou-se em janeiro de 2002 em 10 destas unidades, uma em cada uma das 10 áreas programáticas da cidade. Em outubro de 2004, o Remédio em Casa concluiu sua implantação em 100% unidades participantes dos PHA e PDM. Em 16 de maio de 2005, contabilizamos 268.578 pacientes cadastrados e 704.718 remessas realizadas para 240.434 pacientes.

Ao inscrever um paciente portador de doença crônica tal como hipertensos, diabéticos, cardiopatas e outros, a instituição pública de saúde deve assumir o compromisso da integralidade de sua atenção, aí se incluindo a assistência farmacêutica. A disponibilidade do uso contínuo da medicação é condição indispensável para a adesão ao tratamento, para o bom controle clínico e para um pretendido impacto na morbidade e na mortalidade cardiovascular e cerebrovascular, as principais causas de morte em nossa população. A descontinuidade do fornecimento de medicamentos compromete a relação paciente-equipe de saúde, induz ao abandono do tratamento, ao aumento da morbidimortalidade e dos custos da assistência, bem como desacredita o sistema público de saúde.

A hipertensão arterial e o diabetes, juntamente com as dislipidemias e o tabagismo, são os mais prevalentes fatores de risco controláveis para a aterosclerose, elo patogênico comum às doenças isquêmicas do coração, às doenças cerebrovasculares, às vasculopatias periféricas, à insuficiência renal crônica e à retinopatia diabética. Estas patologias respondem não apenas como as principais causas de mortalidade, incapacidade laborativa e absenteísmo, como também pela maior parcela de custos no sistema público de saúde, envolvendo alta demanda por procedimentos de alta complexidade.

A abordagem dos principais fatores de risco cardiovascular deve ser multifatorial, multiprofissional e intersetorial, abrangendo ações nas áreas de educação, esportes e lazer, alimentação, saneamento básico, iluminação pública, segurança, empregabilidade e bem-estar social, englobando ações de governo para uma cidade saudável. Nessa perspectiva histórica, os programas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da SMS-RIO, com 20 anos de implantação, constituem uma experiência bem sucedida de construção coletiva e prática interdisciplinar de fato em 109 unidades, dentre centros e postos de saúde, postos de assistência médica, alguns ambulatórios hospitalares e módulos do Programa de Saúde da Família (PSF).

Em dezembro de 2004, registravam-se aproximadamente 277.583 hipertensos e 67.310 diabéticos aderidos ao tratamento nos PHA e PDM da SMS-RIO. Estimando-se que pelo menos dois terços dos hipertensos e diabéticos em tratamento estejam já em fase de manutenção de seu tratamento, com drogas e doses definidas, este universo de aproximadamente 190.000 pacientes seria o público-alvo inicial a ser abrangido por um projeto de distribuição domiciliar de medicamentos, mantendo-se todas as demais ações na rede a tais pacientes, inclusive a assistência pelo farmacêutico da unidade de origem, para os casos em início de tratamento e aqueles ainda não em fase de manutenção.

Ressaltando-se como essencial para a aderência ao tratamento de doenças crônicas a acolhida e atenção pela equipe multidisciplinar de saúde, a

garantia de continuidade da dispensação de medicamentos para uso contínuo em tais pacientes deve ser objetivo permanente do gestor municipal. O Projeto Remédio em Casa aproveita algumas vantagens e minimiza as vulnerabilidades da logística de aquisição, distribuição e dispensação, que levam a desabastecimentos pontuais e/ou sistêmicos dos seus medicamentos padronizados.

Logística geral de aquisição e distribuição de medicamentos

A SMS- RIO adquire seus medicamentos padronizados dos PHA e PDM com recursos do Tesouro Municipal, através da metodologia de registro de preços, renovada anualmente. Tal opção deve-se à irregularidade histórica dos repasses de tais medicamentos das áreas federal e estadual. Quando chegam tais repasses, estes são distribuídos para ambulatórios hospitalares não participantes dos programas, para unidades não municipais do SUS na cidade e até, em parte, aproveitados para distribuição nas unidades participantes dos PHA e PDM.

A grande vantagem da aquisição em caráter centralizado de grandes quantidades de medicamentos é o poder de barganha que o gestor de um grande município (ou de um “pool” de menores) tem frente à indústria farmacêutica: o custo médio mensal por paciente hipertenso na licitação vigente até janeiro de 2005 na SMS-RIO é de R\$1,49 (um real e quarenta e nove centavos), e do diabético não usuário de insulina de R\$1,78 (um real e setenta e oito centavos). Isto comprova que se pode comprar medicamentos de marcas conhecidas, com qualidade, em grandes quantidades e a preços como se a maioria dos fornecedores estivesse “concedendo” um desconto da ordem de 80 a 90% em relação aos preços mínimos praticados no mercado.

Outra vantagem do atual sistema refere-se à obrigatoriedade contratual de os fornecedores entregarem as remessas previstas para cada unidade diretamente no destino final. Isto simplifica a logística de distribuição, evitando a formação de grandes estoques no nível central, onde apenas são alocados estoques estratégicos para suprir eventuais desabastecimentos. Como a maior parte das

unidades não possui área física para grandes estoques de medicamentos, os ressuprimentos são desencadeados a cada dois meses, dentro do período anual de vigência da licitação, a partir de solicitações de cada unidade, de acordo com sua casuística.

Dentre as principais causas de desabastecimento, temos a ressaltar:

- Insuficiência de gerenciamento dos programas nas unidades, levando a informações estatísticas mensais que não representam sua real demanda;
- Superutilização de algumas drogas e sub-utilização de outras, apesar de protocolos vigentes visando o máximo no impacto da morbimortalidade em sub-grupos específicos. Tais práticas levam em algumas unidades ao esgotamento dos estoques bimensais de algumas drogas antes do prazo previsto; esforços contínuos de educação médica continuada podem mitigar tais distorções, ressalvando-se o impedimento ético de intervir no receituário individual do médico.
- Retardos na renovação anual da licitação de medicamentos, causados pela burocracia intrínseca e por múltiplos recursos interpostos pelos candidatos que se julgam prejudicados em algum ítem, retardando o início da vigência do novo período para toda a grade;
- Inadimplência de alguns fornecedores quanto a prazos de entrega e/ou quantidades a entregar, por insuficiência de sua linha de produção , mesmo após se comprometerem ao vencer o processo licitatório;
- Pouca agilidade da máquina para detectar “on line”, punir e substituir os inadimplentes pelos imediatamente após classificados no registro de preço de cada item;
- Insuficiências orçamentárias levando a cortes lineares de última hora nas cotas previstas para cada unidade, para adequar o pedido global à disponibilidade momentânea de caixa;

- Insuficiência operacional da área responsável pelos estoques centrais estratégicos reguladores, seja no âmbito físico, de sistemas operacionais e de transporte; isto compromete a agilidade de atendimentos emergenciais a unidades desabastecidas.

- Desvios e dispensações indevidas de medicamentos nas unidades para pacientes não regularmente inscritos e aderidos às ações programáticas.

As causas acima descritas, isoladas ou em associação simultânea, levam inevitavelmente a hiatos e insuficiências pontuais ou sistêmicas de abastecimento de medicamentos de hipertensão arterial e diabetes (e outros) nas unidades da rede, e certamente se reproduzem em maior ou menor escala em outras áreas de gestão municipal de saúde. No âmbito do gerenciamento dos programas e da observância dos protocolos vigentes, um esforço crescente vem sendo empreendido pelo nível central da SMS e pelas coordenações de área programática, no sentido de aperfeiçoar as metodologias de coleta de dados, adequar a informação da unidade à sua real demanda e prover educação médica continuada (congressos, seminários locais e municipais, material impresso, meios eletrônicos e outros recursos).

Objetivos gerais do Projeto Remédio em Casa

Através de um sistema de remessa domiciliar de medicamentos para hipertensos e diabéticos em fase de manutenção de seu tratamento:

- Aperfeiçoar o gerenciamento de todas as ações dos PHA e PDM nas unidades, nas coordenações de área programática e no nível central da SMS, este sob a égide da Superintendência de Atenção a Doenças Cardiovasculares e Diabetes Mellitus;

- Estimular a adesão ao tratamento dos hipertensos e/ou diabéticos nos PHA e PDM;

- Otimizar o controle pressórico/metabólico a longo prazo, chave para influir na morbimortalidade cardiovascular;

- Monitorar a observância aos protocolos vigentes de tratamento para sub-grupos específicos, visando identificar alvos para ações de atualização e educação médica continuada.

- Descongestionar a porta de entrada e as farmácias das unidades do contingente diário de pacientes que a elas acorrem apenas para renovação mensal de receitas e recebimento de nova cota de medicamentos.

- Facilitar a vida dos usuários e contribuir para a credibilidade do SUS.

O Projeto Remédio em Casa, assim, envolve o aperfeiçoamento das ações dos programas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, de seu gerenciamento nos níveis local, regional e central e a otimização do controle clínico individual através da garantia da dispensação contínua de medicamentos a pacientes aderidos. A inclusão de um paciente participante do(s) PHA e/ou PDM no Remédio em Casa deve ser um estímulo e um prêmio à sua aderência, garantindo também o agendamento da próxima consulta de retorno e a manutenção de todas as demais atividades do paciente na unidade de saúde”.

Seguindo o exemplo do bem sucedido Programa Remédio em Casa da Prefeitura do Rio de Janeiro, atualmente outras dezenas de municípios adotaram a ideia e já possuem programas próprios de entrega domiciliar de medicamentos para seus cidadãos.

O objetivo deste Projeto de Lei é ampliar para o âmbito nacional a entrega domiciliar de medicamentos, haja vista que a grande maioria das pessoas portadoras de doenças crônicas e que utilizam rotineiramente medicamentos ainda não são beneficiadas por programa semelhante ao criado pelo Prefeito César Maia na cidade do Rio de Janeiro.

Diante de todo o exposto e da grande relevância social de que se reveste a matéria, peço o apoio dos nobres pares para a aprovação o mais breve possível deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 21 de novembro de 2012.

DEPUTADO RODRIGO MAIA
Democratas/RJ

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

LEI N° 10.858, DE 13 DE ABRIL DE 2004

Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei trata da disponibilização de medicamentos pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, mediante ressarcimento, visando a assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo.

Parágrafo único. Além da autorização de que trata o caput deste artigo, a Fiocruz poderá disponibilizar medicamentos produzidos por laboratórios oficiais da União ou dos Estados, bem como medicamentos e outros insumos definidos como necessários para a atenção à saúde.

Art. 2º A Fiocruz entregará o respectivo medicamento mediante ressarcimento correspondente, tão-somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, para fins do disposto no art. 1º desta Lei.

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO