



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**JOSLENE LACERDA BARRETO**

**ANÁLISE DA GESTÃO DESCENTRALIZADA  
DA ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA:  
UM ESTUDO EM MUNICÍPIOS BAIANOS**

Salvador  
2007

**JOSLENE LACERDA BARRETO**

**ANÁLISE DA GESTÃO DESCENTRALIZADA DA  
ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA: UM ESTUDO EM  
MUNICÍPIOS BAIANOS**

Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Administração do Núcleo de Pós-graduação em Administração da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães

Salvador  
2007

# TERMO DE APROVAÇÃO

**JOSLENE LACERDA BARRETO**

## **AVALIAÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA DA ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA: UM ESTUDO**

Maria do Carmo Lessa Guimarães – Orientadora \_\_\_\_\_  
Doutora em Administração – UFBA  
Universidade Federal da Bahia

Cristina Maria Meira de Melo \_\_\_\_\_  
Doutora em Saúde Pública - USP  
Universidade Federal da Bahia

Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat \_\_\_\_\_  
Doutora em Medicina e Saúde  
Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho:

A Wilson Silva pela compreensão e companheirismo cotidianos e a Anna Beatriz que sabiamente, no alto dos seus sete anos, soube dividir sua mamãe com o computador e os livros;

Aos meus queridos irmãos Jôsy e Beto Barreto, Joaldo Junior e a Victor Vinicius meu primo-irmão pela certeza de companheirismo eterno;

A minha mãe, pelo incentivo constante; e ao meu pai que presente em nossos corações, continua nos inspirando a lutar pela nossa felicidade.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Profa. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães que foi incentivadora, motivadora, questionadora e paciente, transmitindo sabedoria, segurança e confiança no meu potencial, mesmo quando eu mesma duvidava.

Agradeço aos professores e funcionários do NPGA e em especial ao Prof. Dr. José Célio Silveira Andrade pela forma competente como conduziu o mestrado e a sua equipe de apoio, em especial a Artur, pela disponibilidade e atenção sempre dispensada.

Aos companheiros do Grupo de Pesquisa NEPAF da Faculdade de Farmácia, pelo convívio saudável e produtivo, pelas discussões tão importantes sobre a assistência farmacêutica e pelo “empréstimo” do modelo metodológico de avaliação, essencial para o desenvolvimento desta dissertação.

A Dra. Maria Conceição Riccio que viabilizou o financiamento deste mestrado através da Superintendência de Vigilância e Proteção a Saúde - SUVISA/SESAB.

Aos colegas do curso de mestrado que dividiram comigo os aprendizados, alegrias, angústias e dificuldades de fazer um curso desta natureza atuando em tempo integral na SUVISA.

Aos colegas da Diretoria Estadual de Assistência Farmacêutica, em especial a Juliane Avena, que durante sete anos de convivência me ensinou a respeitar as diferenças, e a manter um ideal, apesar das dificuldades. Agradeço também a Jundiara Gaspar pelo apoio, incentivo e companheirismo.

Aos Secretários de Saúde e Coordenadores da Assistência Farmacêutica dos municípios de Vitória da Conquista e Salvador que de forma prestativa possibilitaram a realização desse trabalho;

E finalmente a energia divina que guia minha vida desde sempre.

Quem pensa por si mesmo é livre  
E ser livre é coisa muito séria  
Não se pode fechar os olhos  
Não se pode olhar p'rá trás  
Sem se aprender alguma coisa  
P'ro futuro.  
L'avventura - Legião Urbana

---

Vida

Por muito tempo eu pensei que a minha vida fosse se tornar uma vida de verdade.  
Mas sempre havia um obstáculo no caminho,  
antes de começar a viver: um trabalho, uma conta a ser paga, problemas, problemas...  
Por fim cheguei a conclusão de que esses obstáculos eram a minha vida de verdade.  
Essa perspectiva tem me ajudado a ver que não existe um caminho para a felicidade.

A felicidade é o caminho!

(...)

Nietzsche

## RESUMO

Esta dissertação analisa a gestão descentralizada da assistência farmacêutica no âmbito municipal no contexto de consolidação do SUS no estado da Bahia, com o objetivo de conhecer os fatores que vem comprometendo ou facilitando a gestão da AF no âmbito municipal. Parte do pressuposto de que o fato de ainda prevalecer uma visão mais procedimental sobre a assistência farmacêutica, informada por uma lógica conceitual de matriz funcionalista, privilegia sua condição de fornecedora de medicamentos constringendo sua natureza estratégica para a promoção do uso racional de medicamentos. Argumenta-se que esta situação associada ao entendimento ainda limitado sobre a assistência farmacêutica favorece com que sua gestão se volte mais para o desenvolvimento de atividades de natureza técnica-administrativa-gerencial do que as de natureza estratégica e política, ou aquelas que fomentem maior participação, autonomia e sustentabilidade dos seus resultados. Esta dissertação utilizou-se de duas estratégias de pesquisa: uma mais extensiva, realizada a partir dos resultados da avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFBA(NEPAF) em dois municípios do estado da Bahia, a título de estudo piloto para validação de um modelo teórico metodológico de avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica. A outra estratégia, mais intensiva, realizada pós avaliação do NEPAF, utilizando de entrevistas semi estruturadas, com informantes chave, nos dois municípios piloto, buscando identificar os fatores que explicam os resultados da avaliação anterior e que condicionam a gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal. Nesta fase intensiva foi também analisado um conjunto de documentos que orientam a gestão e a política de medicamentos no âmbito federal, estadual e municipal, além da análise das atas dos dois Conselhos municipais de saúde. Os resultados confirmaram os pressupostos de que o entendimento minimalista de assistência farmacêutica como fornecedora de medicamentos, cuja representação encontra-se no modelo do ciclo logístico da assistência farmacêutica, constringe a autonomia decisória da coordenação municipal, o apoio político a institucionalização e organização do setor e determina o comportamento dos profissionais de saúde em especial dos farmacêuticos prevalecendo um enfoque mais tecnicista da gestão da assistência farmacêutica centrada no medicamento e não no usuário.

Palavras-chave: Avaliação, Gestão da saúde, Gestão da assistência farmacêutica.

## ABSTRACT

This dissertation, in Bahia SUS's context, analyzes the pharmacy decentralized management assistance intending to know the cities' facilitator and interferes factors. It considers procedural predominate view about pharmacy assistance, informed by a functionalist conceptual logic, in which medicines supplier condition opposes the strategy quality of drugs' reasonable use. The relation between the related situation and the limited pharmacy assistance knowledge results in technical-managerial activities contrasting the politics and strategists pursuits or activities in which participation, autonomy and sustainability are included in the results. This inquiry was made using two research strategies: an extensive, prepared from evaluation of the pharmacy assistance management results on Pharmacy Assistance Research and Studies Centre of the UFBA Pharmacy School (NEPAF) realized in two cities of Bahia as a draft study to appraise the theoretical a methodological model to exanimate the basic pharmacy assistance. The other strategy, more extensive, post NEPAF's evaluation, used partly structured interviews, with key informant in both cities, questing to find the determinant factors of the pharmacy assistance and the results further showed. Entirety leading cities Counsel's documents and laws were also analyzed to know about federal, estate and cities management and politics. The results confirms the reduced pharmacy assistance presupposition as a drug's provider is in a assistance logistic way, contradicting the deciding \*the behavior of healthy professional's in a pharmacy management technical focused in the medicine not the user.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Triângulo de Governo

71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
ALCEN	Almoxarifado Central
ASPLAN	Assessoria de Planejamento
BAHIAFARMA	Laboratório Farmacêutico da Bahia
CEAF	Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica
CEFARBA	Central Farmacêutica da Bahia
CEME	Central de Medicamentos
CENDRHU	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CMAF	Coordenação da Assistência Farmacêutica Municipal.
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DASF	Diretoria de Assistência Farmacêutica
DCB	Denominação Comum Brasileira
DEPAS	Departamento de Assistência a Saúde
DEVISA	Departamento de Vigilância Sanitária
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
FES/BA	Fundo Estadual de Saúde/ Bahia
GM	Gabinete do Ministro
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
NEPAF	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PEMAC	Programa Estadual de Medicamentos de Alto Custo
PES	Plano Estadual de Saúde
PIAFB	Programa Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica
PMAF	Plano Municipal de Assistência Farmacêutica.
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSBA	Programa Saúde Bahia
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
SAS	Secretaria de Assistência a Saúde
SESAB	Secretaria Saúde do Estado da Bahia
SIFAB	Sistema de Acompanhamento do Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica
SIH/SAI	Sistema Informação Hospitalar/ Sistema de Informação Ambulatorial
SINDIFARMA	Sindicato dos Farmacêuticos
SUDS	Sistema Único Descentralizado de saúde
SURAPS	Superintendência de regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
1.1	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
1.2	DESENHO DO ESTUDO	26
<b>2</b>	<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO</b>	27
<b>3</b>	<b>A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO UM CAMPO DE ATENÇÃO A SAÚDE</b>	40
3.1	A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA BAHIA	53
<b>4</b>	<b>AVALIAÇÃO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: AS CONTROVÉRSIAS CONCEITUAIS</b>	67
4.1	O DEBATE EM GESTÃO EM SAÚDE	68
4.2	A AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE	75
<b>5.</b>	<b>AVALIANDO A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS BAIANOS</b>	78
5.1	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA NOS MUNICÍPIOS PILOTO	83
5.2	FATORES DE CONSTRANGIMENTOS E DE OPORTUNIDADES PARA A GESTÃO DESCENTRALIZADA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	96
<b>5.2.1</b>	<b>Autonomia Decisória</b>	97
<b>5.2.2</b>	<b>Entendimentos sobre a assistência farmacêutica.</b>	104
<b>5.2.3</b>	<b>Recursos disponíveis no setor de assistência farmacêutica:</b>	112
5.2.3.1	Farmacêuticos	112
5.2.3.2	Inadequação da estrutura física	114
5.2.3.3	Articulação e construção de parcerias	118
5.2.3.4	Participação	121
<b>6</b>	<b>FATORES CONDICIONANTES DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	125
	<b>REFERÊNCIAS</b>	131
	<b>APÊNDICES</b>	139
	<b>ANEXOS</b>	141

## 1 INTRODUÇÃO

O esforço de militância dos reformistas da saúde no Brasil durante as décadas de 70 e 80 contribuiu para a inserção na Constituição Federal de 1988 e na lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) da estratégia de descentralização para a organização do novo Sistema de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta estratégia foi fundamentada em diversas razões, entre elas, conforme destaca Barata et al (2004, p.17) como “uma resposta à estrutura anterior da assistência à saúde, extremamente concentradora e autoritária nas decisões, obviamente inadequada para um país do tamanho e complexidade do Brasil”. Defendem os autores que em um sistema descentralizado é possível a participação de atores interessados na formulação da política e na implantação dos serviços e ações de saúde de forma a atender as diversas realidades locais.

A descentralização passa então a ser vista neste contexto principalmente como estratégia para transferência de competências, de recursos financeiros e de poder decisório, entre as esferas de governo com a pretensão, como sugere MARTINS JUNIOR, (2004, p.71) de que “através da transferência de poder se favoreça a organização e participação social e administrativa, na busca de maior eficiência e eficácia na gestão pública.”

Este entendimento, coloca o município como palco onde se expressam as peculiaridades da realidade e o torna um espaço privilegiado de gestão na construção do SUS, na identificação dos problemas de saúde e de onde devem surgir propostas para superação desses problemas (BARATA et al, 2004; MARTINS JUNIOR, 2004).

Dessa forma passa a ser ressaltada a responsabilidade do gestor municipal em produzir condições para a construção de novas práticas que contribuam não só para a ampliação e qualificação dos serviços e ações de saúde, como também para o pensar e agir com algum grau de autonomia, além de viabilizar as condições para a participação, avaliação e fiscalização dos usuários do sistema de saúde (BARATA et al, 2005; MARTINS JUNIOR, 2004).

A municipalização é compreendida por Paim (1991) como um processo dinâmico em que a efetividade e a democratização precisam ser buscadas, preservadas e construídas historicamente.

Paim (1991) já alertava, desde o início dos anos 90, para o fato de que a municipalização da saúde sem organização do modelo de atenção com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação e impacto epidemiológico pode se resumir apenas na transferência de responsabilidades da prestação de serviços ou de recursos, com risco de extensão da privatização dos serviços públicos nos municípios.

No Brasil, a municipalização vem ocorrendo vinculada a uma série de normatizações, principalmente através de edições de normas operacionais e de portarias do Ministério da Saúde. Tal processo normativo, embora necessário para viabilizar a estratégia de descentralização e induzir a transição do modelo centralizado para o modelo descentralizado previsto no SUS, vem sendo considerado excessivo por alguns estudiosos. Martins Junior (2004), por exemplo, considera que este excesso de normatização “fez com que, muitas vezes, os gestores perdessem as condições de planejar a construção de políticas

locais de saúde, já que estavam ocupados, cumprindo as exigências e determinações ministeriais.” (MARTINS JUNIOR, 2004 p.71).

Outros autores, contudo, consideram que essas normatizações também foram responsáveis por resultados positivos que são observados no processo da descentralização de saúde. Assim por exemplo, Rehem Souza (2001) considera que a descentralização é responsável entre outros fatores, pelo expressivo aumento de transferências diretas de recursos do nível federal para o estadual e municipal, pelo fortalecimento da capacidade institucional de diversos estados e municípios na gestão da saúde e pela expansão da rede de serviços municipais de saúde (REHEM SOUZA, 2001)

Em meio a este debate é possível concordar com Martins Junior (2004) de que a tradição centralizadora, aliada ao excesso de normatizações tem, na verdade, proporcionado um processo de desconcentração e não de descentralização. Isto porque tem se verificado muito mais uma delegação de competências e de responsabilidades executivas para as esferas de governos sub-nacionais, do que uma descentralização de poder, que leve os municípios a assumirem a gestão de programas e serviços de saúde no seu território de forma mais autônoma (MARTINS JUNIOR, 2004).

Apesar desse cenário, é necessário considerar segundo Guimarães (2000; p.2) que a descentralização é um processo gradual, complexo e multifacetário, cujo avanço resulta do enfrentamento de conflitos de interesses entre esferas de governos e diferentes atores sociais em contextos democráticos. No caso da realidade brasileira, em que existe uma acentuada desigualdade e heterogeneidade de condição entre entes federados, com graus de poder e de recursos diferenciados, a descentralização se torna ainda mais complexa.

Neste contexto, a capacidade dos municípios brasileiros assumirem a condição de prestadores de serviços e executores do SUS como previsto pela Lei orgânica, depende segundo Arretche e Marques (2001; p:35) “dos incentivos derivados da estratégia de

descentralização do Ministério da Saúde, mais particularmente das regras de operação do SUS.”.

Ou seja, a grande diversidade das condições dos municípios brasileiros pode provavelmente justificar, apesar dos avanços conquistados com o processo de descentralização na saúde, a persistência, segundo Luchese (2003), de iniquidades relacionadas a distribuição espacial da oferta de recursos humanos, capacidade instalada, acesso e utilização dos serviços de saúde, a qualidade da atenção recebida e as condições de vida e de saúde da população nas diferentes localidades.

Essas desigualdades inter e intra-regionais é também citada por Souza, (2002-a) como condicionantes dos resultados da operacionalização da descentralização, enquanto Vieira-da-Silva (2007) salienta que os diferentes resultados da descentralização nos municípios evidenciam que esta não é uma panacéia, e que “depende da mediação de um conjunto de fatores políticos, sociais e relacionais” (VIEIRA-da-SILVA, 2007; p:355).

Ainda que compartilhe deste entendimento sobre a natureza processual da descentralização e sua complexidade em contexto heterogêneo e desigual como o brasileiro, é necessário admitir que durante estas últimas três décadas muito se tem feito na perspectiva de um sistema de saúde descentralizado. Este contexto, recorrente na literatura, coloca o setor saúde brasileiro como emblemático na assunção de estratégias da descentralização como força motriz das mudanças que têm sido operadas neste campo no país. De outro modo é importante também ressaltar o papel indutor do Ministério da Saúde nesse processo ao fomentar a implantação de diversos programas no âmbito municipal, com recursos federais, e utilizando deste expediente como requisito para os municípios assumirem cada vez mais seu papel executor do SUS.



Nesta perspectiva a política de medicamentos é também foco de atenção do Ministério da Saúde nesta sua ‘empreitada’ de condutor e indutor de política de saúde descentralizada que garanta uma assistência à saúde integral a todos os brasileiros.

Assim, no ano de 1998, o Ministério da Saúde formula a Política Nacional de Medicamentos (PNM) explicitada na Portaria GM nº 3.916/98 (BRASIL, 1998) cujo objetivo principal é a garantia do acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível e a promoção do uso racional dos medicamentos.

Esta política estabelece que os gestores do SUS, nas três esferas de governo, em parceria, devem concentrar esforços no sentido de promover as ações necessárias balizadas pelas oito diretrizes propostas: a) adoção de uma relação de medicamentos essenciais; b) regulamentação sanitária de medicamentos; c) reorientação da assistência farmacêutica; d) promoção do uso racional de medicamentos; e) Desenvolvimento científico e tecnológico; f) promoção da produção de medicamentos; g) garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; h) desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos.

Com a Política Nacional de Medicamentos o município passa a assumir uma “nova série de responsabilidades que exigem mobilização de conhecimento e habilidades técnicas, gerenciais e políticas em relação à Assistência Farmacêutica” por esta ter “um caráter sistêmico e multiprofissional, não estando restrita ao simples abastecimento de medicamentos.” (MARIN, 2003 p.53)

Observa-se, a partir deste momento em torno da PNM, a inclusão de forma definitiva da concepção de assistência farmacêutica, que passa a ser vista como parte integrante do conjunto de práticas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde.

A assistência farmacêutica se configura, de acordo com Gomes (2003), entre os grandes desafios para o aperfeiçoamento do SUS, com o argumento de que esta consiste em “uma estratégia de suprimento de insumos e de serviços farmacêuticos que permita e realize o princípio da integralidade da atenção à saúde” (GOMES,2003 p:22).

Contudo, as condições da “assistência farmacêutica”<sup>1</sup> nos municípios brasileiros ainda se encontram bem distantes daquelas necessárias para que esta instância de governo assumira suas funções de executor desta política conforme prevê a PNM. Estudos realizados durante este processo de implementação da PNM vêm apontando para os crônicos problemas na organização das atividades voltadas para o medicamento, decorrente da falta de prioridade que sempre se observou na história da organização do sistema de saúde no Brasil para com este campo de assistência. Esta situação gerou um déficit significativo na assistência farmacêutica que vai requerer intervenções mais intensivas e permanentes.

Mayorga et al (2004) ao analisarem a situação da assistência farmacêutica no Brasil<sup>2</sup> concluíram que os municípios e estados enfrentam “problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na infra-estrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos” (MAYORGA et al, 2004;p:208).

Do mesmo modo, Fraga (2005:24) verificou que apesar de alguns avanços resultantes da Política Nacional de Medicamentos, a assistência farmacêutica desenvolvida nos municípios brasileiros ainda é incipiente, com ênfase na aquisição de medicamentos, apresentando “certa desorganização das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, ausência

---

<sup>1</sup> O conjunto de atividades e ações que foram incorporadas como próprias da assistência farmacêutica só passa a ser melhor delimitado a partir da formulação da Política Nacional de Medicamentos e encontra-se em franco processo de discussão em busca de um consenso sobre a natureza deste conjunto de atividades. Por esta razão em alguns momentos desta pesquisa, a referência a assistência farmacêutica estará entre aspas para sinalizar um sentido ainda incompleto desta assistência

<sup>2</sup> Mayorga et al (2004) analisaram seis estudos: (i) um estudo em 413 municípios dos 26 estados do Brasil, (ii) dois estudos em duas regiões do Estado de Minas Gerais (Vale do Jequitinhonha e norte de Minas), (iii) um em 43 municípios do estado da Bahia, e dois estudos no Rio Grande do Sul.

de recursos humanos em número suficiente e capacitados; áreas físicas inadequadas e a inexistência de procedimentos operacionais padronizados”. Além disso, os municípios ainda não são capazes de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos essenciais, a promoção do uso racional e o acesso da população, que é o propósito maior da Política Nacional de Medicamentos (FRAGA, 2005; GUERRA JR et al, 2004; MAYORGA et al, 2004).

Observa-se assim que as ações que vêm sendo implementadas nos estados e municípios brasileiros ainda não têm sido suficientes para garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos. Constata-se, no entanto a centralidade no fornecimento de medicamento, verificado nas diversas estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde como: a criação dos incentivos financeiros para aquisição, o suprimento através de kits, a Política de Medicamentos Genéricos que visa aumentar a competitividade reduzindo os preços, o Registro nacional de preços visando facilitar o processo de compras de medicamentos dos estados e municípios, a atualização da RENAME e as farmácias populares (MAYORGA et al, 2004).

Estudos mais analíticos e menos diagnósticos vêm chamando atenção para a concepção que ainda prevalece sobre o medicamento como bem de consumo e não como insumo básico de saúde, passando assim, segundo Marin, (2003) a ser um “objeto desvirtuado no Sistema de Saúde, inviabilizando o desenvolvimento de um enfoque que priorize o cuidado com a terapêutica medicamentosa, envolvendo nessa concepção a formação dos profissionais, o processo de educação continuada, a orientação à população e o acompanhamento do uso adequado e racional dos medicamentos.” (MARIN, 2003 p:130).

A explicação para tais problemas, segundo Nascimento Jr. (2000) e Fraga (2005), reflete atitudes e condutas de diversos atores: governos, prescritores, dispensadores,

consumidores e da própria indústria farmacêutica que se manifestam na falta de infraestrutura, de recursos humanos e de recursos financeiros ou orçamentários.

Vale contudo, ressaltar que a assistência farmacêutica conforme concebida na Política Nacional de Medicamentos é uma prática nova, ainda em construção, que traz como herança um modelo vertical e centralizado do cuidado a saúde, com foco no medicamento.

As mudanças preconizadas pelos formuladores do SUS neste campo parecem exigir um período mais longo, por tratar-se de mudanças de paradigmas, principalmente por dizer respeito à implementação de novas práticas assistenciais.

Diante destas constatações e considerando a relevância do processo de implementação de políticas de saúde e seus programas, na perspectiva de consolidação do SUS, alguns estudos foram realizados no sentido de acompanhar e avaliar este processo, ou até mesmo de propor metodologias para avaliar a gestão municipal de serviços e programas de saúde. No caso específico da assistência farmacêutica, chama atenção aqui o projeto desenvolvido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica/ NEPAF da Faculdade de Farmácia da UFBA, que aperfeiçoou um modelo teórico metodológico de avaliação aplicando-o para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica<sup>3</sup>.

O modelo metodológico proposto pelo NEPAF<sup>4</sup> (2007) para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica, foi aplicado, a título de estudo piloto, em dois municípios do estado da Bahia. Tal modelo foi validado por especialistas da área da assistência farmacêutica, que consideraram o Protocolo de Indicadores com sensibilidade

---

<sup>3</sup> Este modelo teórico metodológico de avaliação foi construído por Guimarães et al (2004), a partir de um estudo realizado pelo Grupo de Pesquisa Descentralização e Gestão de Políticas públicas, do NPGA (Núcleo de Pós Graduação em Administração da Escola de Administração da UFBA).

<sup>4</sup> O modelo metodológico é resultado de uma pesquisa financiada pela FAPESB- Fundação do Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia, encontra-se disponível completo com suas premissas, a quem interessar através do e-mail: [ceafar2005@gmail.com](mailto:ceafar2005@gmail.com) do NEPAF na Faculdade de Farmácia/UFBA em Ondina, Salvador.

significativa para avaliar a gestão da AF, indicando fatores que possam estar dificultando e/ou facilitando esta gestão no âmbito dos municípios.

Este modelo busca avaliar a gestão da AF, a partir de um Protocolo de Indicadores orientado por um conceito guia de gestão, o qual, por sua vez, pauta-se em princípios orientadores do SUS tais como: descentralização, flexibilidade, transparência, participação e autonomia decisória. O NEPAF (2007) parte de dois conceitos de gestão que se convergem. O de capacidade de gestão, assumido por Guimarães et al (2004:1646) “como sendo a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão,<sup>5</sup> e o conceito de gestão como “um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados”. Este último foi trabalhado por Santos et.al (2006, p:07) ao analisarem a estrutura de governança de políticas públicas no âmbito estadual, partindo também do conceito de capacidade de gestão, mas agregando a discussão sobre governança e governabilidade. Tais conceitos de gestão, segundo estes autores, significa dizer que a gestão envolve não apenas aspectos técnico-administrativos (mais próximo da teoria da Administração Clássica) como também aspectos de natureza estratégica e política (se aproximando da ciência política).<sup>6</sup>

Nesta perspectiva o NEPAF (2007), ao tomar emprestado de Guimarães et al (2004) esta concepção de gestão, assume que esta envolve três dimensões: a operacional, a organizacional e a de sustentabilidade (GUIMARÃES et al, 2004; p.1.646).

Dessa forma, o conceito de gestão da assistência farmacêutica, construído pelo NEPAF e que serviu de referência para a construção do protocolo de indicadores é o da

---

<sup>5</sup> Guimarães et al (2004) assume o conceito de gestão a partir da idéia de capacidade, pelo fato de tratar-se de um propósito de avaliação. Ou seja, o que será medido /aferido é a “capacidade”. Entende-se, portanto, que a gestão é observada a partir da interdependência de “capacidades”, as quais são verificáveis através de um conjunto de variáveis que traduzem aspectos técnicos, administrativos e também políticos. Nesse caso a gestão está sendo conceituada tomando como foco a capacidade de formular/decidir, operar e sustentar resultados.

<sup>6</sup> Santos, S.C, Guimarães, M.C.L e Araujo Filho, V.F. Governança e Políticas Públicas: Reflexões sobre uma proposta em construção de estrutura de gestão de políticas públicas no âmbito estadual, Salvador, 2006 (mimeo)

“capacidade de formular, articular e criar condições de implementação e sustentabilidade da Assistência Farmacêutica de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal” (NEPAF,2007;p:5).

Argumenta-se que a análise da gestão da assistência farmacêutica implica em buscar a inter-relação entre suas três dimensões a de sustentabilidade, a organizacional e a operacional, pois a possibilidade de se definir estratégias para superação ou minimização dos obstáculos identificados encontra-se nesta análise integrada e ampla dos problemas que envolvem a gestão.

Embora o modelo de avaliação adotado permita identificar os indicadores que revelam constrangimentos e/ou oportunidades à gestão, para identificar os fatores condicionantes destes resultados a partir da leitura dos indicadores são necessários estudos mais intensivos que extrapole o diagnóstico. Assim por exemplo, os resultados da aplicação do modelo proposto pelo NEPAF (2007) em dois municípios do estado da Bahia, ainda que a título de estudo piloto, revelaram problemas nas diferentes dimensões da gestão da assistência farmacêutica. Agrega-se a isto o fato de que a assistência farmacêutica se constitui como uma prática recente, em franco processo de consolidação, o que demanda um maior aprofundamento de conhecimentos desta área, em especial em relação aos fatores que interferem na execução de suas práticas.

A análise dos possíveis fatores condicionantes destes problemas exige um estudo mais intensivo que não faz parte da proposta metodológica em questão, e é o que constitui o propósito maior desta dissertação.

Diante disso, esta pesquisa toma como base a avaliação da gestão da assistência farmacêutica realizada pelo NEPAF (2007), a partir do modelo de avaliação proposto nos dois municípios piloto, buscando responder a seguinte questão de pesquisa: **Que razões condicionam a gestão descentralizada da assistência farmacêutica no âmbito municipal?**

Esta pesquisa parte do pressuposto de que o fator preponderante que condiciona os problemas enfrentados pela gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal encontra-se no entendimento ainda limitado e minimalista sobre a assistência farmacêutica, reduzindo as possibilidades do desenvolvimento de um leque mais amplo de práticas dos programas voltados para o medicamento. Tal redução gera ações fragmentadas, com prejuízos na promoção do acesso e do uso racional dos medicamentos essenciais para os pacientes do SUS.

Além disso, prevalece sobre a assistência farmacêutica uma visão mais procedimental, de atividade meio, pautada em pressupostos teóricos tecnicistas, lhe conferindo a condição de fornecedora de medicamentos, o que faz com que as atividades priorizadas sejam aquelas voltadas para a logística dos medicamentos, em detrimento de um conjunto de ações que garanta o seu uso racional. Argumenta-se que esta situação associada ao entendimento ainda limitado sobre a assistência farmacêutica, favorece que a condução da sua gestão se volte mais para o desenvolvimento de atividades de natureza técnica-administrativa-gerencial do que as de natureza estratégica e política, ou aquelas que fomentem maior participação, autonomia e sustentabilidade dos seus resultados.

Neste trabalho foram definidas como atividades de natureza técnica-administrativas-gerenciais aquelas voltadas à execução das etapas do ciclo logístico da assistência farmacêutica a saber: seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos, no protocolo de indicadores que no protocolo de indicadores correspondem à dimensão operacional. As Atividades de natureza estratégica e políticas aqui entendidas como as atividades que promovem o envolvimento e participação de diferentes atores na gestão da assistência farmacêutica, referidas na dimensão organizacional do protocolo de indicadores. E as atividades que fomentam participação, autonomia e sustentabilidade traduzem a construção de uma imagem positiva da gestão da assistência

farmacêutica, envolvendo articulações intersetoriais e interinstitucionais e satisfação de usuários. No protocolo de indicadores, estas atividades estão referidas na dimensão de sustentabilidade da gestão da assistência farmacêutica.

O objetivo deste estudo é analisar os fatores condicionantes da gestão descentralizada da assistência farmacêutica no âmbito municipal, no contexto de consolidação do SUS no estado da Bahia, verificando os elementos de contexto que explicam as insuficientes condições logísticas, estratégicas, organizacionais e as iniciativas voltadas para a sustentabilidade que comprometem a gestão da AF no âmbito dos municípios.

## 1.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo foi realizado nos dois municípios que participaram da avaliação realizada pelo NEPAF (2007) para validação do protocolo de indicadores, os quais foram selecionados por atender aos seguintes critérios: estar na gestão plena do sistema municipal de saúde, ter mais de 200.000 habitantes, ter capacidade técnica reconhecida e ser modelo de referência em inovações introduzidas no modelo de assistência à saúde, voltado para a expansão do acesso e para resolubilidade da rede do SUS.

Esta pesquisa privilegiou a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados. Foram selecionados atores que pela posição institucional ou experiência atual ou prévia foram qualificados como informantes-chave sobre a assistência farmacêutica e sua gestão nos municípios que serviram de piloto para a validação do protocolo de indicadores da avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: gestor máximo da Saúde do município e os coordenadores da assistência farmacêutica municipal. A seleção destes informantes, embora em número reduzido, se deu pelo fato de que, desde o processo de



avaliação realizado pelo NEPAF, constatou-se que as informações sobre a assistência farmacêutica ainda estão concentradas nos gestores máximos e na coordenação da assistência farmacêutica e suas assessorias. A quase totalidade dos diretores de unidades, coordenadores de programas e os próprios farmacêuticos não detêm informações privilegiadas sobre os problemas da área. Este achado, relevante para este estudo, já indicou a pouca disseminação de informações entre os diferentes atores envolvidos com o medicamento. Ou seja, um dos possíveis fatores condicionantes dos problemas da gestão. Assim, optou-se por realizar entrevistas com estes dois atores centrais, na perspectiva de um estudo mais intensivo sobre os problemas identificados na avaliação antecedente.

Em um dos municípios piloto da avaliação não foi possível realizar a entrevista com o gestor máximo, que alegou indisponibilidade de tempo após quatro tentativas do pesquisador. Assim, com este município trabalhou-se com as informações obtidas na entrevista com a coordenação da assistência farmacêutica comparando-as com os resultados da avaliação do NEPAF (2007) no sentido de buscar uma triangulação que pudesse reforçar ou não possíveis conclusões e/ou assertivas.

A matriz de indicadores do estudo piloto realizado pelo Grupo NEPAF (2007) serviu como ponto de partida para a elaboração do roteiro das entrevistas deste estudo empírico, no sentido de identificar os condicionantes dos problemas identificados pelo referido protocolo na gestão da assistência farmacêutica. Ou seja, buscou-se identificar em cada dimensão da gestão contemplada no protocolo de indicadores quais apresentaram menores pontuações revelando a existência de determinados problemas para a gestão.

De acordo com os formuladores do modelo metodológico de avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica, “os indicadores detêm natureza distinta, na medida em que mensuram fenômenos diversos e, por essa razão, também poder de definição diferenciada sobre a capacidade de gestão” (NEPAF, 2007; p:10). Diante disso, os indicadores

foram classificados e pontuados segundo sua natureza em: i) existência de condições estratégicas com sete pontos, condições operacionais com seis pontos e condições normativas com cinco pontos; ii) autonomia com 10 pontos; iii) participação com 10 pontos; iv) conhecimento com 8 pontos e v) satisfação com 4 pontos.

Do mesmo modo identificou-se os indicadores com pontuações elevadas, que evidenciava uma certa situação de avanço. A partir desta análise do protocolo de indicadores o roteiro prévio elaborado levantou questões que pudessem apontar para os possíveis condicionantes destes resultados (positivos e/ou negativos) a serem discutidos com os informantes-chave selecionados, e analisados à luz dos dados de contexto de cada município piloto e pautados nos conceitos orientadores desta pesquisa.

Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra num processador de texto, e submetidos a um trabalho de análise e decomposição, selecionando as idéias centrais que são as afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo dos discursos individualmente, e do grupo como um todo, e a partir delas foram delimitadas as categorias de fatores intervenientes da gestão da assistência farmacêutica, onde simbolicamente estão representados os discursos que expressam a mesma idéia. (LEFEVRE, 2000, p.18)

A pesquisa bibliográfica e a revisão da literatura que orientaram este estudo de caso foram realizadas através da análise de três categorias-chaves: gestão na saúde, avaliação e assistência farmacêutica.

Foram também analisadas as atas dos conselhos de saúde dos dois municípios, o balancete do Sistema de Acompanhamento de Recursos do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica/SIFAB, relatórios de gestão da secretaria estadual, relatórios institucionais de encontros da assistência farmacêutica, relatórios dos grupos técnicos da assistência farmacêutica e do Programa Saúde Bahia, além de textos técnicos disponíveis no Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Conselho Nacional

dos Secretários de Saúde (CONASS), Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME).

## 1.2 DESENHO DO ESTUDO

Esta dissertação está organizada em quatro capítulos. No capítulo I é apresentada uma discussão sobre a evolução da concepção da AF de 1980 até os anos 2000 identificando as orientações teóricas presentes nos conceitos-chaves propostos nos documentos e que provavelmente influenciaram à concepção da AF direcionando-a para uma descrição mais operacional, para em seguida apresentar os elementos empíricos do crescimento, evolução e avanços da assistência farmacêutica no Brasil e em particular na Bahia.

O capítulo II apresenta o debate conceitual sobre gestão, os princípios que a orientam no contexto do SUS e a importância da avaliação na gestão pública, onde a avaliação de processo, através da pesquisa interessada, é assumida como a mais indicada para avaliar a gestão de programas, por ser capaz de identificar aspectos que precisam ser aprimorados, mantidas e ou priorizadas para o alcance do tipo de gestão que se pretende construir.

O capítulo III apresenta o resultado da avaliação realizada nos municípios piloto para validação do protocolo de indicadores pelo Grupo NEPAF (2007) considerando as dimensões da gestão: operacional, organizacional e a de sustentabilidade. O capítulo IV discute os resultados deste estudo identificando os fatores que interferem na gestão descentralizada da assistência farmacêutica e seus possíveis condicionantes. Por fim, o último capítulo sintetiza alguns achados importantes da pesquisa os quais apontam, à guisa de considerações finais, os desafios da gestão descentralizada da assistência farmacêutica no contexto dos municípios baianos.

## **2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UM CONCEITO EM CONSTRUÇÃO.**

A assistência farmacêutica é uma área cujas práticas encontram-se em processo de construção. Assim, para analisar os fatores que interferem na sua gestão é necessário entender a evolução da concepção da assistência farmacêutica no Brasil e seus princípios orientadores.

De acordo com o dicionário Aurélio Eletrônico (AE) versão 3.0 que corresponde à versão integral do Dicionário Aurélio - Século XXI, a palavra conceito significa a representação de um objeto pelo pensamento, por meio de suas características gerais. (HOLANDA FERREIRA, 1999)

De acordo com Santich (1995), então consultora da OPAS, os conceitos da assistência farmacêutica se diferenciam entre os países considerados do primeiro mundo e os em desenvolvimento. No entanto, a autora salienta que estas diferenças de concepções resumem-se no papel que exerce o medicamento, ou seja, para alguns ele é o foco da assistência farmacêutica e para outros ele é apenas um instrumento, pois o foco da assistência é o indivíduo.

Essa diferença é também observada a partir da inserção das práticas de assistência farmacêutica em cada nível da atenção a saúde dentro da rede de serviços. Se a inserção é na atenção hospitalar ou na atenção básica. Em cada um desses níveis de atenção, a assistência farmacêutica envolve um escopo de atividades e de práticas que revelam uma concepção

Santich (1995) chama atenção, que nas diferentes concepções de assistência farmacêutica o uso racional dos medicamentos está incluído seja de forma explícita ou implícita.

Enquanto nos países desenvolvidos os conceitos da assistência farmacêutica, assumem um enfoque claro no paciente, explicitando o uso racional e seguro dos medicamentos, nos países da América Latina observa-se uma conotação mais operacional na concepção da assistência farmacêutica (SANTICH, 1995 :35),

É importante esclarecer que no Brasil houve uma apropriação equivocada dos termos *pharmaceutical care* (do inglês) e *atención farmacéutica* (do espanhol) para a assistência farmacêutica, sem considerar as diferenças nas práticas dos países de origem para a realidade brasileira. Isto aconteceu principalmente “nos serviços de farmácia hospitalar e nas ações de acompanhamento da farmacoterapia (farmacoepidemiologia, farmácia clínica), iniciando a sobreposição de conceitos distintos para designar as atividades relacionadas ao medicamento”. (MARIN, 2003:123)

Nos países da América Latina, e em particular no Brasil, o medicamento é considerado um bem de consumo e “passa a ser um objeto desvirtuado no sistema de saúde, inviabilizando o desenvolvimento de um enfoque que priorize o cuidado com a terapêutica medicamentosa” nos serviços ambulatoriais (MARIN, 2003:130).

As atividades da assistência farmacêutica praticamente se restringiam à aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e essas atividades são consideradas segundo Santich (1995) processos administrativo-contábil, onde na prática não são observados os conhecimentos técnicos e científicos para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASI, 1998; MARIN, 2003).

O uso racional de medicamentos é o objetivo básico da assistência farmacêutica, e segundo a OMS (2002) requer que os pacientes recebam o medicamento apropriado à sua

necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (SANTICH,1995).

A OPAS investiu esforços nos países da América latina no sentido de divulgar idéias precursoras da conceituação sistêmica de provisão de medicamentos, o que, segundo Santich (1995), representa um avanço sobre as concepções até então vigentes nestes países.

A experiência de diversos países aponta para uma nova proposta onde o conceito de sistema integral da provisão dos medicamentos passa a ser denominado de Sistema de Assistência Farmacêutica tendo a teoria geral de sistemas como base para a organização das suas ações e atividades, organizada em quatro componentes: o técnico-científico, o operativo, qualidade e a informação (SANTICH,1995).

A teoria Geral dos Sistemas é um movimento da Teoria Geral da Administração que entende os sistemas como um “conjunto de elementos organicamente relacionados numa determinada configuração, de modo que o todo se revela maior do que a soma das partes” (MOTTA,1986:84). Todo sistema possui um objetivo geral ou global, que pode ser dividido em objetivos menores. O biólogo Ludwig Bertalanffy concebeu a teoria geral dos sistemas como uma nova disciplina científica, entendida como campo lógico-matemático, com a função de “formular e desenvolver os princípios aplicáveis a todos os tipos de sistema” MOTTA, (1984;p: 74)<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Na trajetória do conhecimento administrativo em que se situa o campo da gestão e da organização de serviços, é possível verificar uma evolução que passa pelo entendimento de organização/sociedade e de homem. Mota (1984) traz uma cronologia destes vários movimentos teóricos, alguns deles não chegaram a alcançar o status de Teorias, no entanto, são referências de abordagens conceituais importantes neste campo. Numa análise mais contextual e histórica verifica-se que estas abordagens, muitas delas com peso mais ou menos significativo no campo da administração e/ou da ciência política, sofre influência de um conjunto de fatores conjunturais na definição dos seus princípios orientadores. A partir da década de 80 a abordagem sistêmica influencia mais do que as outras abordagens, as propostas ou estudos de organização de serviços em função das descobertas relacionadas principalmente com a área da cibernética e com desenvolvimento da informática. Por esta razão, os estudos organizacionais deste período, sofreram uma influencia bem marcante deste tipo de abordagem, assim, como outros estudos de épocas mais remotas, como os das décadas de 40 e 50 tiveram influência das escolas de relações humanas e do behaviorismo. /comportamental. Contudo, Guimarães (1983:pg32) conclui que apesar desta trajetória mostrar diferenças entre as diversas abordagens, o que se verifica de fato é muito mais uma roupagem nova pra princípios antigos, ou seja, continua muito presente os princípios da Teoria Clássica da Administração, deixando Taylor e Fayol sempre muito presentes e atuais quando o tema é gestão e organização de serviços.

É importante salientar que no Brasil, de acordo com Guimarães (1983:39), a expressão ‘sistema de saúde’ significa, para muitos autores, a incorporação da abordagem sistêmica na administração da saúde, quando consideram o sistema de saúde como um conjunto de agentes e agências com o objetivo de prestar serviços de saúde. Tal concepção é criticada por outros estudiosos por considerarem, segundo Guimarães (1983), que no sistema de saúde dos países capitalistas não existem objetivos comuns entre prestadores de serviços, usuários e profissionais de saúde.

A teoria da abordagem sistêmica não tem a pretensão de explicar o todo, mas se revela como um enfoque que organiza o pensamento, possibilitando captar as coisas como totalidade que podem se decompor e serem analisadas como partes que se relacionam com o todo (SANTICH, 1995).

A abordagem sistêmica conforme constatação de Guimarães (1983,p:38) não desenvolveu nenhum princípio teórico próprio, nela foi privilegiado o “desenvolvimento das idéias originárias das escolas clássicas, propondo a criação de um método que, através dos seus pressupostos teóricos, pudesse reatualizar os princípios da administração científica”.

A “Carta de Brasília”, documento do I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, que ocorreu em Brasília no final de 1988, divulgou nacionalmente, segundo Perine (2003), o primeiro conceito de assistência farmacêutica, como sendo:

conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, no nível individual ou coletivo, centrado no medicamento (PERINE, 2003:1).

Este conceito, de base tecnicista, enfatiza a idéia de procedimento e da centralidade no medicamento tendo o medicamento como tecnologia central foco para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, o que aproxima do princípio da especialização

defendido pela teoria de Administração Clássica de Taylor e Fayol. Tal princípio baseia-se na idéia de que existe uma única maneira certa de trabalhar através de métodos e padrões pré-definidos. Ou seja, isto induz a pensar que a tecnologia prevalece sobre o homem que deve se adequar a ela e não o contrário (GUIMARÃES, 1983). Por esta razão, é possível compreender porque o medicamento enquanto tecnologia é mais privilegiado em determinadas concepções de assistência farmacêutica do que o paciente/indivíduo/cidadão, que encontra-se numa posição secundária.

Em resposta ao investimento da OPAS, a partir da década de 90 começam a surgir no Brasil outras idéias sobre assistência farmacêutica. Segundo Perine, (2003) muitos grupos de estudos sobre a assistência farmacêutica se instituíram no país, embora alguns desses grupos não chegaram a se preocupar com a formulação de um conceito para a assistência farmacêutica, a exceção do grupo do Estado do Ceará, assessorado pela OPAS e o grupo do Conselho Federal de Farmácia, que desenvolveram um enunciado próprio sobre a assistência farmacêutica.

Para o Conselho Federal de Farmácia a Assistência Farmacêutica é:

um conjunto de ações e serviços, com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção, proteção e recuperação da saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa, manipulação, produção ou fabricação, obtenção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos (CFF,1997;p:1).

Este enunciado reforça a visão tecnicista e procedimental da área, e, apesar de não citar explicitamente o medicamento como foco, deixa implícita a centralidade do medicamento enquanto tecnologia, no contexto dos estabelecimentos onde a assistência farmacêutica seria realizada. Aqui vigora ainda a idéia da assistência farmacêutica como provedora de medicamentos com enfoque no binômio: aquisição/produção e distribuição/dispensação. Chama atenção a descrição feita para as atividades realizadas pelos



estabelecimentos, contudo, não deixa claro se essas atividades fazem parte do conjunto das ações e serviços da assistência farmacêutica.

No final da década de 90 alguns grupos e entidades começaram a divulgar um enunciado próprio para definir a assistência farmacêutica. Assim durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996 a Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) ao coordenar uma das mesas de debate sobre assistência farmacêutica, apresentou um conceito de assistência farmacêutica com enunciado próprio, assim descrito:

trata-se de um conjunto de ações, centradas no medicamento e executadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, compreendendo os seus aspectos individuais e coletivos. Essas ações, necessariamente baseadas no método epidemiológico, deverão envolver: padronização, prescrição, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, produção, controle de qualidade, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, imunoterápicos e hemoderivados (FENAFAR,1996;p:1).

Ao citar um sub-sistema (assistência farmacêutica) que faz parte de um sistema macro que é o SUS e ao apresentar seus objetivos, traz a tona novamente a abordagem sistêmica, ao manter a natureza operacional e prescritiva das atividades ao descrever as ações que compõem esse sub-sistema .

Com uma clara influência da abordagem sistêmica, principalmente em relação à visão do todo e das partes que o compõem, o enunciado do FENAFAR remete a uma intenção de demarcar espaços de ação da assistência farmacêutica no SUS. Preocupa-se em extrapolar as atividades de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, ampliando para atividades como a padronização, prescrição, programação e educação em saúde. A intenção subjacente nessa ampliação parece estar na necessidade de incorporar a promoção do uso racional dos medicamentos, incluindo também como responsabilidade da assistência farmacêutica os imunoterápicos e hemoderivados.

Outro grupo de estudo que apresentou um enunciado próprio para a assistência farmacêutica foi o do estado do Ceará que contou durante a década de 90 com a assessoria da OPAS. Para este grupo a assistência farmacêutica é:

um conjunto de procedimentos técnico-científico, operativo, informativo, com critérios de equidade, qualidade, custo e efetividade para suporte das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, focalizando as necessidades do paciente e da comunidade em prol da saúde e melhor qualidade de vida (CEARÁ,1996;p:4)

O enunciado do grupo do Ceará traz os princípios da abordagem sistêmica de forma mais explícita ao dar a idéia de subsistema, de procedimentos, com foco no paciente e na comunidade, dando suporte a um sistema maior, o SUS, as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação. Ressalta-se, que continuam presentes os princípios da escola de Administração Clássica, ao propor um conjunto de métodos/técnicas científicos, operativos e informativos obedecendo na sua execução critérios que garantam eficiência e economicidade.

Neste debate conceitual, duas idéias fundamentais são ressaltadas por Perine (2003), na concepção da assistência farmacêutica: a de tecnologia, relacionada com a tecnologia farmacêutica, e a de sistema complexo. Assim, para Perine (2003) a assistência farmacêutica é entendida:

como um sistema de tecnologias farmacêuticas interatuantes que, inserido no sistema de saúde, seu ambiente mais imediato, organiza um complexo processo de atenção à pessoa que usa medicamentos ou, em algum momento, deixa de fazê-lo como opção mais racional da busca por saúde (PERINE,2003 p. 16) .

Observa-se, portanto, na maioria dos enunciados sobre a assistência farmacêutica a predominância da abordagem sistêmica, constatação confirmada por Marin (2003) ao declarar que:

a adoção de um enfoque sistêmico para a organização da Assistência Farmacêutica caracteriza-se como uma estratégia que procura superar a fragmentação inerente à área, valorizando a articulação entre as diversas partes que compõem um todo (o sistema) (MARIN,2003 p. 130).

Em março de 1998 a OPAS participa do I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica que ocorreu na Bahia, em parceria com o Ministério da Saúde. Nesse encontro é produzido o documento denominado carta de Itaparica, que adota a terminologia Sistema Integral de Assistência Farmacêutica, tendo como objetivo de um dos grupos de discussão apontar um desenho conceitual para esse sistema.

Como produtos desse grupo de discussão foram elaboradas duas propostas para o desenho conceitual da assistência farmacêutica, porém é salientada na carta de Itaparica a necessidade de discussão mais ampla sobre o tema:

a) “conjunto de ações decorrentes de uma Política de saúde que tem por objetivo fundamental a garantia da atenção à saúde da população, contribuindo para o uso racional do medicamento dentro de um enfoque multiprofissional” (CARTA DE ITAPARICA, 1988 p.6). Nesta proposta destaca-se a inserção da Assistência Farmacêutica na política de saúde e o caráter multiprofissional dessa prática. Estas condições também se apóiam na visão sistêmica já reiteradamente referida.

b) “conjunto de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar às ações de saúde, visando a promoção, prevenção e reabilitação da saúde.” (Carta de Itaparica, 1988 p.6). Destaca-se a centralidade no medicamento, e por conseqüência um conhecimento especializado nesta área específica de conhecimento, o que se aproxima do princípio da especialização defendida pela escola Clássica de Administração representada principalmente por Fayol.

A OPAS defende a idéia da concepção de um Sistema Integral de Assistência Farmacêutica composto por componentes de natureza técnica, científica e operativa, integrados de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades, compondo o Sistema Único de Saúde (SUS), e como uma estratégia para superar a visão fragmentada dos serviços sobre os medicamentos. Para Marin (2003) nesta concepção são valorizadas “as

ações de aquisição, armazenamento e distribuição, afastando a equipe de saúde, em especial o profissional farmacêutico, das questões outras que integram a Assistência Farmacêutica” (MARIN 2003 p.130).

Dessa forma, é possível verificar nesta trajetória de construção da concepção da assistência farmacêutica o predomínio do caráter técnico e operacional. Por esta razão, dissemina-se uma visão sobre as atividades relacionadas ao medicamento, através de um modelo esquemático denominado ciclo operativo da assistência farmacêutica<sup>8</sup> reforçando seus princípios procedimentais e sistêmicos.

Este ciclo representa a inter-relação sistêmica, segundo MARIN (2003.p.130), dos componentes de natureza técnica, científica e operativa da assistência farmacêutica, representando as estratégias e o conjunto de ações que visam o alcance dos objetivos definidos.

No texto da Portaria GM nº3.916/98, que institui a Política Nacional de Medicamentos, a assistência farmacêutica é conceituada como:

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 informações sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL,1998 ,p:34).

Neste enunciado também se constata o cunho tecnicista e prescritivo na conceituação do que se considera como a assistência farmacêutica, e apesar da indicação de um pretenso conceito de assistência farmacêutica, o que se observa é mais uma descrição das etapas e atividades sugeridas como componentes desta assistência.

---

<sup>8</sup> Para melhor visualização do ciclo da assistência farmacêutica consultar anexo A, com duas apresentações diferentes para o ciclo da assistência farmacêutica (BRASIL, 2001-a, 2006; MARIN, 2003).

Vale ressaltar que a idéia do uso racional de medicamentos, expresso também no texto da política Nacional de Medicamentos, se constata um avanço no debate conceitual sobre a assistência farmacêutica.

É 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, 1998; p:37)

Para Marin (2003), todos os componentes do ciclo da Assistência Farmacêutica podem e devem contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos, e exemplifica que na dispensação, etapa que corresponde ao ato farmacêutico de realizar a análise técnica da prescrição e orientação ao paciente “são estabelecidas oportunidades ímpares para a contribuição do farmacêutico ao uso racional de medicamentos” (MARIN, 2003; p:242).

O uso racional de medicamentos é caracterizado pela “adoção de atitudes alicerçadas em informações técnico-científicas e operacionais durante o diagnóstico, a prescrição, a dispensação e a utilização dos medicamentos” (FRAGA, 2005 p.23) e a qualidade referida diz respeito não só ao produto como ao serviço prestado.

Com este entendimento sobre o que vem a ser o uso racional de medicamentos e principalmente os aspectos relacionados a sua promoção, o termo assegurar o uso racional de medicamentos expresso como finalidade na concepção da assistência farmacêutica amplia a abrangência dessa prática introduzindo uma visão de inter-relações que ultrapassa as fronteiras do elenco de atividades prestadas no interior do sistema de saúde.

Nos anos 2000, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica através da resolução n. 338/2004, onde esta deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, dentre outras. Esta Política divulga um novo enunciado para a assistência farmacêutica:

A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o 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 (CNS,2004)

Embora este enunciado reproduza em seu conjunto as idéias já defendidas sobre assistência farmacêutica, é possível verificar uma preocupação que pode ser vista como uma inovação. Trata-se da inserção da saúde pública e sua relação com o acesso ao medicamento. Ou seja, o acesso ao medicamento, apesar de ser um dos objetivos da Política Nacional de Medicamentos, até então não constava em nenhum enunciado sobre assistência farmacêutica.

O acesso aos medicamentos essenciais é uma das prioridades definidas pela OMS, e ele está relacionado com a seleção racional baseada numa relação nacional de medicamentos essenciais e diretrizes clínicas de tratamento, preço acessível, sistemas de financiamento sustentáveis e sistemas de abastecimento de medicamentos confiáveis. (OMS, 2004)

O conceito de medicamentos essenciais foi definido pela OMS como aqueles que “satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade” OMS, (2002; p:1) com o propósito, segundo a RENAME (2007; p.15), de responder “às necessidades do setor farmacêutico e sanitário, para melhorar o acesso, equidade e qualidade, assim como a eficiência dos sistemas de saúde, por meio da redução de gastos desnecessários.”

Este estudo assume o conceito de acesso a medicamentos proposto por Acurcio (2003) e adaptado pelo Grupo de Estudos da Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Ufba- NEPAF (2007) como a disponibilidade com que os medicamentos podem ser obtidos pela população, dentro de uma distância razoável (geograficamente acessível),

prontamente disponíveis nos serviços de saúde (disponibilidade contínua e adequada às necessidades) e economicamente viáveis para o gestor do sistema de saúde (capacidade de pagamento) .

Diante do exposto, o acesso e o uso racional de medicamentos estão inter-relacionados, e numa perspectiva sistêmica mais ampla esta relação ultrapassa as fronteiras do setor saúde, envolvendo a comunidade, o setor econômico, educacional, político, entre outros.

Observou-se também neste debate controvérsias em relação à ‘possíveis’ similaridades e /ou diferenças entre a concepção de assistência farmacêutica e de atenção farmacêutica. Em face da necessidade de uniformizar tais entendimentos, foi proposto um consenso brasileiro de atenção farmacêutica (OPAS, 2002.) resultante de um processo de construção coletiva, no sentido de diferenciar e integrar os conceitos de assistência farmacêutica e atenção farmacêutica, uniformizando terminologias com o objetivo de facilitar o processo de trabalho do farmacêutico, na atenção farmacêutica.

Assim, no texto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a atenção farmacêutica é considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica, compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Para Marin, (2003) no Brasil a Assistência Farmacêutica:

engloba, entre suas diversas atividades, as ações de Atenção Farmacêutica quando se referir às ações específicas do profissional farmacêutico no contexto da assistência à população – individual e coletiva – quanto à promoção do uso racional de medicamentos. (MARIN, 2003, p.123)

Os princípios da abordagem sistêmica, além de reforçar o caráter multidisciplinar da assistência farmacêutica, também consolidaram o modelo do ciclo logístico ou operativo

desta, em que estão propostas maneiras eficientes e racionais de organizar e administrar a área de assistência farmacêutica dentro do sistema de saúde.

Estes achados autorizam a concluir que os enunciados sobre assistência farmacêutica, observados na trajetória da construção deste campo de assistência à saúde, voltado para o medicamento, pautaram-se fundamentalmente nas teorias sistêmicas, assim como também ocorreu com a própria formulação do desenho do SUS. Tal tendência foi observada principalmente nas formulações sobre assistência farmacêutica produzidas pela OPAS. Esses enunciados orientam novas posturas profissionais e novas práticas de saúde até então desconhecidas, inclusive pelos profissionais farmacêuticos.

Estes propósitos se intensificaram após o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos em 1988, quando a proposta da Assistência Farmacêutica foi formulada de acordo com Perine, (2003; p:1) como “capaz de orientar novas posturas profissionais e institucionais que procuravam se contrapor às ações desarticuladas e submissas aos interesses econômicos”.

Assim, ao admitir que a assistência farmacêutica é um sistema formado por um conjunto de componentes específicos que se relacionam entre si e com o ambiente externo (setor econômico, político, educacional...) assume-se que a assistência farmacêutica torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos e comportando portanto vários olhares e perspectivas analíticas (SOUZA-b, 2002).

Diante disso, esta dissertação assume a assistência farmacêutica no SUS, como um conjunto de práticas e saberes que envolve decisão e ação voltadas para a garantia do uso racional e do acesso a medicamentos essenciais a todos os cidadãos atendidos pela rede de serviços do SUS.



### **3 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO UM CAMPO DE ATENÇÃO A SAÚDE**

Até a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 25 de junho de 1971 através do Decreto n. 68.806, “quase todas as políticas voltadas para a área de medicamentos visavam apenas o fortalecimento da produção” (FERNANDES, 2004, p:18), inclusive a aprovação da primeira Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) através do decreto n. 53.612/64. A RENAME teve como finalidade o fortalecimento da produção de medicamentos ao determinar que todos os órgãos da administração pública federal somente adquirissem medicamentos da RENAME e preferencialmente dos laboratórios públicos ou privados de capital nacional.

A CEME foi criada vinculada diretamente à Presidência da República, com o propósito de promover e organizar o fornecimento de medicamentos àqueles que não tivessem condições de adquiri-los com recursos próprios, e de regular a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos ministérios (COSENDEY et al, 2000).

O Plano Diretor de Medicamentos, instituído através do Decreto n. 72.552/73 norteou a condução da CEME como estratégia para o desenvolvimento do sistema oficial de produção de medicamentos, com o objetivo de atender às necessidades da população com

baixos recursos. De acordo com Bermudez (1995) o Projeto CEME buscava a auto-suficiência nacional na produção de fármacos e medicamentos essenciais, com a utilização plena da capacidade instalada e o desenvolvimento da produção oficial de medicamentos.

Bermudez (1995) argumenta que, com a vinculação da CEME ao Ministério da Previdência e Assistência Social, perdendo a ligação direta com a Presidência da República, a atividade de promoção e coordenação das atividades destinadas ao desenvolvimento tecnológico químico-farmacêutico foi transferida à Secretaria de Tecnologia Industrial do Ministério da Indústria e Comércio, o que de acordo com o autor, reduziu as atividades da CEME apenas à distribuição de medicamentos aos órgãos e setores da administração pública.

A segunda metade da década de 80 trouxe muitos fatos históricos importantes para a CEME, que neste período passa a integrar o Ministério da Saúde através do Decreto n. 91.439/85. No final da década de 80, ao mesmo tempo em que pleiteava, através de suas publicações, o fortalecimento de práticas de Assistência Farmacêutica, vivia uma crise no abastecimento interno de medicamentos, que teve como causa a insuficiência de materiais disponíveis para acondicionamento e embalagem (BERMUDEZ, 1995).

Além disso, os problemas de indefinição dos objetivos da CEME se agravaram, levando a análises que apontavam possíveis ações de sabotagem, a exemplo do que sugere Pereira (1995) em sua dissertação de mestrado ao analisar as ações para a disponibilidade de medicamentos essenciais no programa Saúde da Família:

(...) sua estrutura administrativa foi desmontada usando-se como pretexto a modernização, sem na verdade ter nada de concreto para colocar no lugar, denotando uma típica ação de sabotagem, que por sorte, veio à tona com os escândalos do governo Collor. (PEREIRA, 1995, p:95)

A CEME continuou a ser foco de outros escândalos de corrupção envolvendo seus dirigentes em relação a diversos processos de aquisição de medicamentos, e continuou sujeita às acomodações do jogo político partidário até sua extinção pelo Decreto n. 2283 de 24/07/97

ocasionando a pulverização de suas atividades em diferentes órgãos do Ministério da Saúde como a Secretaria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Projetos Especiais de Saúde (COSENDEY et al, 2000; MARINHO PEREIRA, 2005).

Em 1987 foi criada a Farmácia Básica/CEME, como proposta governamental para racionalizar o fornecimento dos medicamentos para a atenção básica de saúde. Esta Farmácia Básica continha um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME, que permitia o tratamento ambulatorial dos agravos mais comuns da população brasileira (COSENDEY et al, 2000; GOMES, 2003).

Este módulo-padrão, era enviado aos municípios com população abaixo de 21.000 habitantes, contendo um elenco de 40 medicamentos essenciais. Tal repasse era feito em duas etapas: na primeira em quantidades padronizadas, e na segunda em quantidades determinadas pelos estados através de seus perfis epidemiológicos (BRASIL-b-c,1997).

Problemas como descontinuidade no fornecimento, desconsideração às desigualdades regionais gerando desperdício, envio de grandes quantidades de medicamentos com prazo de validade muito curto, provocando perdas consideráveis, entre outros problemas, levaram ao encerramento da Farmácia Básica no ano de 1998.

No entanto, o fracasso de suas ações, de acordo com Cosendey et al (2000), acarretou inúmeros problemas, merecendo destaque a programação de medicamentos em desacordo com as reais necessidades dos municípios, resultando no excesso de alguns e em quantidades insuficientes de outros medicamentos na rede do SUS, com desperdício de insumos e de recursos financeiros e o descumprimento da periodicidade no envio dos módulos. Estes problemas foram pautas de discussão na Câmara Técnica do CONASS, que considerou naquela conjuntura, o fato deste programa se constituir como única forma de

acesso aos medicamentos essenciais para os municípios até 21.000 habitantes (CONASS-a,1998).

Os problemas detectados eram provocados principalmente devido ao modelo centralizado e vertical adotado pelo Ministério da Saúde para a Assistência Farmacêutica, onde as ações se basearam na centralização da aquisição e distribuição de medicamentos básicos e de programas estratégicos aos estados pelo Ministério da Saúde, com enfoque no insumo sem preocupação com as ações de atenção a eles relacionados (FERNANDES, 2004; MAYORGA et al, 2004).

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) que redirecionou a atenção à saúde de forma universal, integral e equânime, passou também a ser repensado o modelo adotado para a Assistência Farmacêutica no Brasil (GOMES, 2003).

Assim, iniciativas de várias entidades e órgãos passaram a ser observadas. O CONASS em 1998 aprova o documento apresentado pelo grupo de força-tarefa intitulado: Por uma Política descentralizada de assistência farmacêutica: Uma proposta do CONASS com base nas experiências estaduais do Ceará e do Paraná. Este documento compreende a assistência farmacêutica como resultado de ações globais que, inseridas na Política de Saúde, permitem o acesso a medicamentos essenciais. Ou seja, a assistência farmacêutica envolve aspectos relacionados ao planejamento, abastecimento, produção, controle de qualidade e uso racional dos medicamentos (CONASS-b,1998).

Este conjunto de iniciativas culmina na formulação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) considerada um marco histórico importante na reestruturação da assistência farmacêutica no contexto do SUS. A PNM foi resultado de amplas discussões envolvendo diversos segmentos ligados diretamente ao campo farmacêutico bem como com setores da sociedade. Seu texto foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde o que “denota uma preocupação do legislador, em expressar que

teria ocorrido uma negociação e um consenso entre as três esferas de governo” (MAYORGA et al, 2004;p:203).

Com a institucionalização desta política, o governo brasileiro, segundo Mayorga et al (2004), revela sua intenção em relação ao setor farmacêutico, ao declarar que esta política é parte integrante da Política Nacional de Saúde e contribui para a consolidação do SUS, tendo como propósito maior “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998; p:9). No sentido de atender a este propósito a PNM estabelece diretrizes e prioridades, que, de acordo com Marin (2003), abarcam vários campos de atuação, relacionados direta e indiretamente com o alcance do referido propósito.

A Política Nacional de Medicamentos determina que o “modelo de assistência farmacêutica será orientado de modo que não se restrinja à aquisição e distribuição de medicamentos” (BRASIL, 1998; p:14). Além disso, o texto traz uma definição oficial sobre a organização da assistência farmacêutica no SUS, revelando o entendimento do governo federal sobre o tema passando a ser referência nas discussões sobre a organização do setor. Tal orientação está expressa da seguinte forma:

atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade e utilização- nesta compreendida a prescrição e dispensação. Deve estar fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia o sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos (BRASIL, 1998; p:14).

O texto da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998; p:12) esclarece que os gestores do SUS, nas três esferas de governo, deveriam concentrar esforços em parceria, no sentido de que as ações necessárias para o alcance do propósito maior da PNM estejam balizadas pelas diretrizes propostas.

O texto da PNM apresenta oito diretrizes: a) adoção de uma relação de medicamentos essenciais; b) regulamentação sanitária de medicamentos; c) reorientação da assistência farmacêutica; d) Promoção do uso racional de medicamentos; e) Desenvolvimento científico e tecnológico; f) Promoção da produção de medicamentos; g) garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; h) desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Dentre essas diretrizes a PNM apresenta como prioridades à revisão permanente da relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME); a reorientação da Assistência Farmacêutica; a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos (BRASIL, 1998).

A reorientação da assistência farmacêutica fundamenta-se na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público, e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 1998).

O processo de descentralização da gestão proposto pela PNM contempla a padronização de medicamentos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão, visando assegurar o acesso da população a esses produtos. Para o Ministério da Saúde, a premissa básica é a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais para os municípios (BRASIL, 1998).

A PNM propõe ainda as responsabilidades das três esferas de governo no âmbito do SUS, com o objetivo de regular o processo de descentralização da Assistência Farmacêutica e viabilizar seus propósitos. Assim, cabe ao gestor federal, entre outras responsabilidades, organizar e desenvolver ações de implementação da Política Nacional de Medicamentos e aquisição de medicamentos em condições especiais (BRASIL 1988).

Ao gestor estadual cabe além de realizar as ações desta Política de Medicamentos, prestar suporte técnico aos municípios e a aquisição e dispensação dos medicamentos excepcionais (FERNANDES, 2004).

Ao gestor municipal coube o papel de executor das ações de assistência farmacêutica, ficando sob sua competência a dispensação dos medicamentos de atenção básica e essenciais aos usuários do SUS, além da responsabilidade de promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores (BRASIL, 1998).

Os estados e municípios passaram a receber recursos financeiros do Ministério da Saúde para a aquisição de medicamentos, através dos incentivos criados para financiar a assistência farmacêutica (MAYORGA et al ,2004).

Com o propósito de iniciar a descentralização da gestão foi instituído o Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica através da Portaria GM n. 176/99 (BRASIL-a, 1999) como um recurso financeiro tripartite (federal, estadual e municipal).

destinado à aquisição de medicamentos essenciais que, na Atenção Básica à Saúde, deve propiciar as condições mínimas necessárias para o uso correto dos medicamentos e contribuir para a ampliação do acesso da população aos mesmos (BRASIL, 2001; p:9).

Outro incentivo criado foi o Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, através da portaria GM/MS n. 1.077/99 que prevê o financiamento de R\$ 0,17/habitante/ano, sendo 80% do gestor federal e 20% para o gestor estadual que deve assumir a responsabilidade pela aquisição e distribuição dos medicamentos selecionados para o programa (BRASIL-b, 1999).

Apesar de todas estas iniciativas de inegável importância para a reestruturação da área de assistência farmacêutica, no que diz respeito à descentralização da aquisição e distribuição dos medicamentos alguns constrangimentos são identificados. Chamam atenção, por exemplo, para as tentativas do governo federal de centralizar a aquisição de

medicamentos para diversos programas como por exemplo os medicamentos para o Programa Saúde da Família e para o Programa da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Marinho Pereira relaciona mais de dez programas que tem aquisição de medicamentos centralizado no Ministério da Saúde e distribuídos diretamente aos municípios (MAYORGA et al, 2004; MARINHO PEREIRA, 2005).

Os medicamentos adquiridos dentro dos programas estratégicos, voltados para a atenção da hanseníase, tuberculose, endemias focais (leishmaniose, tracoma, malária, peste, doença de Chagas, esquistossomose, cólera e filariose) e AIDS, são também adquiridos pelo MS e repassados aos estados (BRASIL-a,1999). Neste caso, são as secretarias da Saúde estaduais que têm a responsabilidade de programar, armazenar e distribuir tais medicamentos para os municípios.

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional apresenta mecanismo específico de financiamento pelo MS, através de ressarcimento do faturamento dos estados, tendo como referência valores dos procedimentos publicados pelo MS. Segundo Avena (2006):

O recurso financeiro é originário do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e repassado mensalmente aos estados e ao Distrito Federal, com base na média do faturamento apresentado, por meio das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC (AVENA, 2006; p:21).

Os estados e o Distrito Federal são os responsáveis pela programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação desses medicamentos aos pacientes cadastrados, ficando sob responsabilidade dos estados pactuar com os municípios sobre o fornecimento dos medicamentos para tratamento das infecções oportunistas (AVENA, 2006).

Do ponto de vista do arcabouço legal, as iniciativas e deliberação sobre a reestruturação da assistência farmacêutica continuaram. O Conselho Nacional de Saúde, a partir das orientações definidas na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência



Farmacêutica, aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) através da Resolução CNS n. 338/2004 (CNS, 2004).

O texto avança em relação à definição da assistência farmacêutica, incluindo as ações de atenção farmacêutica de acordo com a proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS,2002).

Do mesmo modo, visando superar a fragmentação dos programas sob a competência do MS, foi publicada a Portaria GM n. 2.084/2005 que estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL-a, 2005).

Esta Portaria estabelece que o elenco de medicamentos para Atenção Básica, é constituído de dois componentes, o estratégico<sup>9</sup> e o descentralizado. O primeiro corresponde a um conjunto de medicamentos e produtos, cuja responsabilidade pelo financiamento e/ou aquisição é do Ministério da Saúde. O componente descentralizado, constituído por um conjunto de medicamentos, tem o financiamento sob responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, e a aquisição é de responsabilidade dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, conforme pactuação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (BRASIL-a, 2005).

Com estas novas deliberações do MS foram elevados também os valores das contrapartidas referentes ao financiamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica<sup>10</sup>. Estes fatos revelam, portanto, que embora a reorientação da assistência

---

<sup>9</sup> O financiamento estratégico da assistência farmacêutica na atenção básica representa o conjunto de recursos do Ministério da Saúde, destinado à aquisição e distribuição de medicamentos do Componente Estratégico distribuído por grupo, assim para hipertensão e diabetes-Grupo HD - R\$ 1,15 por habitante ao ano; asma e rinite-Grupo AR - R\$ 0,95 por habitante ao ano; insulina-Grupo IN - R\$ 0,90 por habitante ao ano; saúde da mulher-Grupo SM - R\$ 0,26 por habitante ao ano; alimentação e nutrição -Grupo AN - R\$ 0,10 por habitante ao ano; e combate ao tabagismo -Grupo CT - R\$ 0,13 por habitante ao ano.(BRASIL,2006)

<sup>10</sup> Em 2006, a contrapartida do Ministério da Saúde passa a ser R\$ 1,65 (um real e sessenta e cinco centavos) por habitante ao ano; a Estadual e do Distrito Federal passa a ser no mínimo R\$ 1,00 (um real) por habitante ao ano, e a municipal também de no mínimo R\$ 1,00 (um real) por habitante ao ano, oriundas de orçamento próprio (BRASIL,2006).

farmacêutica esteja fundamentada na descentralização da gestão, esta ainda é limitada. O que vem ocorrendo de fato é a transferência de recursos financeiros para o Programa de Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica e para o Programa de Medicamentos Essenciais na Área de Saúde Mental e não para o desenvolvimento e efetivação dos serviços da assistência farmacêutica em sua totalidade.

Ainda que se reconheça ser a descentralização um processo complexo e multifacetado, cuja implantação envolve conflitos de interesses, no caso específico da assistência farmacêutica, principalmente em face da carência dos municípios, tal processo tem implicações mais desafiadoras. Por esta razão o movimento de avanços e retrocessos, próprio de estratégias descentralizadoras em contexto desiguais como o brasileiro, se verifica com mais frequência.

Assim, é possível concordar com Marinho Pereira (2005) quando afirma que, no caso da assistência farmacêutica, prevalece ainda o modelo centralizado e verticalizado de tomada de decisões, focalizado em programas isolados e pulverizados em vários setores do Ministério da Saúde, em descompasso com as mudanças que vêm ocorrerem na área de saúde, especialmente com relação ao processo de descentralização do SUS.

Essa fragmentação é inaceitável, considerando a natureza estratégica da assistência farmacêutica que se configura entre os grandes desafios para o aperfeiçoamento do SUS. Para tanto, estratégias de suprimento de insumos e de serviços farmacêuticos que permitam a realização do princípio da integralidade da atenção à saúde são orientações recorrentes nos programas voltados para o medicamento no SUS. Contudo, alguns estudos demonstram que nos estados e municípios ainda se observa “uma falta generalizada de apoio político às propostas que superem a concepção tradicional da assistência farmacêutica, qual seja, a de comprar e distribuir medicamentos” (GOMES, 2003;p:12).

Esta situação reforça as tentativas de centralização por parte da esfera federal, na medida em que reconhece um contexto frágil e por vezes desfavorável a uma transferência mais vigorosa de responsabilidades para os municípios neste campo da assistência farmacêutica.

Nesta perspectiva, é possível concordar com Menezes (2002) quando afirma que, no Brasil, tem predominado ações desconcentradoras sob a denominação de descentralizadoras, posto que simples repasse de verbas não representa efetivamente uma estratégia governamental orientada pela possibilidade concreta de transferir autoridade decisória e operativa para esferas de governos subnacionais.

Com a assistência farmacêutica, isto não é diferente, ou seja, sua descentralização está balizada principalmente no repasse de recursos financeiros para aquisição e distribuição de medicamentos e não para o desenvolvimento e efetivação do conjunto de ações que envolvem a assistência farmacêutica (AVENA, 2006).

Esta situação foi reforçada em diagnóstico recente realizado pelo Ministério da Saúde, confirmando que a organização dos serviços farmacêuticos ainda é conduzida com ênfase na disponibilização dos medicamentos, sem o desenvolvimento de ações que promovem o uso racional de medicamentos (BRASIL-b, 2005).

Este diagnóstico admite, contudo, que a gestão da assistência farmacêutica ainda está se ajustando ao processo de descentralização do SUS, deixando de ser centralizada e passando gradualmente a ser executada nas três esferas de gestão, o que tem contribuído para a existência dos problemas encontrados, tais como: (i) deficiência no sistema de abastecimento, (ii) “deficiências na gestão, (iii) nos mecanismos de financiamento e (iv) na integração das ações de assistência farmacêutica às ações de saúde, (...) sem uma estruturação e organização clara dos serviços de assistência farmacêutica, principalmente nas suas etapas finais do processo” (BRASIL-b, 2005; p:101).

Estes problemas na estruturação da assistência farmacêutica já haviam sido identificados em outro estudo, conforme revela Mayorga e col (2004), que após analisar seis estudos sobre a situação da assistência farmacêutica no Brasil conclui que os municípios e estados enfrentam “problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na infra-estrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos” (MAYORGA E COL 2004;p:208).<sup>11</sup>

Acrescentam que “a Política de assistência farmacêutica que vem sendo implementada no país ainda é incipiente, não garantindo o acesso e o uso racional dos medicamentos”, mantendo até os dias atuais a centralidade no medicamento. Isso pode ser verificado, segundo os autores, pelas diversas estratégias adotadas que visam o fornecimento do medicamento como: a criação dos incentivos financeiros para aquisição de medicamentos, o suprimento através de *kits*, a Política de Medicamentos Genéricos que visa aumentar a competitividade reduzindo os preços, o registro nacional de preços visando facilitar o processo de compras de medicamentos dos estados e municípios, a atualização da RENAME e as farmácias populares (MAYORGA et al ,2004).

Outro estudo realizado por Guerra Jr (2004), em duas regiões de Minas Gerais, sobre a disponibilidade de medicamentos essenciais constatou nos municípios estudados que a infra-estrutura é quase inexistente, assim como a capacidade técnica para executar as etapas do ciclo logístico da assistência farmacêutica. Além disso, há inadequação na execução da etapa de programação sem registros adequados sobre a demanda atendida, não atendida, e sobre o controle de estoque, o que gera, segundo Dupim (1999), indisponibilidade de alguns

---

<sup>11</sup> Mayorga e col (2004) analisaram seis estudos: (i) um estudo em 413 municípios dos 26 estados do Brasil, (ii) dois estudos em duas regiões do Estado de Minas Gerais (Vale do Jequitinhonha e norte de Minas Gerais), (iii) um estudo em 43 municípios do estado da Bahia, e dois estudos no Rio Grande do Sul.

produtos e excesso de outros, o que foi confirmado com a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais encontrada nas unidades básicas do setor público.

De outro modo, chama atenção o fato do medicamento ainda ser considerado como bem de consumo e não insumo básico de saúde. Dessa forma, segundo Marin (2003) o medicamento passa a ser:

(...) um objeto desvirtuado no Sistema de Saúde, inviabilizando o desenvolvimento de um enfoque que priorize o cuidado com a terapêutica medicamentosa, envolvendo nessa concepção a formação dos profissionais, o processo de educação continuada, a orientação à população e o acompanhamento do uso adequado e racional dos medicamentos (MARIN, 2003 p:130)

De acordo com Araújo e Freitas (2007) mesmo entre os profissionais farmacêuticos vigora a concepção da assistência farmacêutica tendo como foco o medicamento, priorizando mais o desenvolvimento de atividades burocráticas, no sentido de garantir a disponibilidade do medicamento ao usuário. A explicação para esta situação, segundo Nascimento Jr. (2000) e Fraga (2005), vão além da falta de infra-estrutura, de recursos humanos, ou de questões financeiras e orçamentárias, e podem ser explicados como resultados de atitudes e condutas de todos os atores envolvidos: gestores, prescritores, dispensadores, consumidores e da Indústria Farmacêutica. Por outro lado, tais condutas decorrem das concepções que orientam a construção da assistência farmacêutica, e que vão influenciar sua forma de organização, como se verificou na trajetória da construção deste campo de atenção a saúde até aqui analisada, e que se repete no âmbito dos estados como se verá no item seguinte deste capítulo, ao se discutir a organização da assistência farmacêutica no estado da Bahia.

### 3.1 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA BAHIA

A assistência farmacêutica na Bahia tem uma trajetória semelhante ao que se observou no âmbito nacional. Isto porque, assim como ocorreu no processo de organização do setor saúde no Brasil, os estados e municípios se colocaram na posição de receptores de propostas e projetos formulados pelo MS.

Durante a década de 80, no estado da Bahia a Empresa de Produtos Farmacêuticos da Bahia Ltda (BAHIAFARMA)<sup>12</sup>, empresa estatal, assumia a produção de medicamentos e gerenciava as ações que vieram a se constituir, a partir da implantação do SUS, na assistência farmacêutica.

No início da gestão do governo estadual no ano de 1996, a Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) criou um grupo de trabalho (GT) de assistência farmacêutica, com o objetivo de elaborar uma política de assistência farmacêutica para o Estado (BAHIA-b,1996). Para viabilizar este propósito foi definida a necessidade de: i) realização de um diagnóstico preliminar sobre a situação da assistência farmacêutica na Bahia, ii) conhecer experiências de outros estados que apresentassem um bom nível de resolutividade na área, iii) elaborar proposta com definições dos princípios norteadores da política estadual de assistência farmacêutica, iv) identificar os principais componentes do Sistema Integral de Assistência Farmacêutica e v) formular a proposta preliminar de implantação desse sistema na Bahia (BAHIA-b,1996).

---

<sup>12</sup> A BAHIAFARMA foi extinta em 1999 através de um decreto governamental (BAHIA-a, 1999), e as instalações da CEFARBA foi transferida em 1997 para as instalações do Almoxarifado Central-ALCEN/SESAB em Salvador, passando a ser vinculada tecnicamente a Coordenação de Assistência Farmacêutica – CEAF/SESAB e sua administração passou a ser controlada pelo Serviço de Administração Geral –SAG/SESAB.(BAHIA,1998)

O estado do Ceará foi selecionado como experiência exemplar na área da assistência farmacêutica em face de ter sido o primeiro estado brasileiro a incluir a assistência farmacêutica na sua estrutura (CONASS-a,1998).. A experiência do Ceará contribuiu na fundamentação teórica de um sistema de assistência farmacêutica na Bahia, com ênfase na abordagem sistêmica.

No ano de 1996, como resultado do trabalho do GT de assistência farmacêutica o foi criado o Comitê Estadual de Assistência Farmacêutica, vinculado diretamente ao gabinete do secretário, com o objetivo de coordenar o processo de implantação e implementação do Sistema Integral de Assistência Farmacêutica da Bahia, definindo competências e estrutura nos diversos níveis desse Sistema, em consonância com os princípios do SUS (BAHIA-c,1996).

Uma das primeiras atividades desenvolvidas pelo Comitê de assistência farmacêutica foram às oficinas de trabalho com objetivo de subsidiar os profissionais envolvidos para discutir o processo de desenvolvimento do Sistema Integral de Assistência Farmacêutica da Bahia (BAHIA,1998).

Quando da elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio 1996-1999 (BAHIA-a,1996), assumiu-se como uma das cinco ações prioritárias a organização da assistência farmacêutica na rede de serviços públicos. Para viabilizar a implementação dessas ações foi firmada uma parceria entre a SESAB e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), através de um convênio de Cooperação Técnica com o Instituto de Saúde Coletiva ISC/UFBA, para realização de assessoriais, inclusive na área de assistência farmacêutica (BAHIA-b,1996).

A proposta do diagnóstico preliminar realizado em 1995 teve com o objetivo :

(...) conhecimento sistemático sobre as práticas farmacêuticas desenvolvidas no estado face às novas concepções da assistência farmacêutica em

confronto com uma realidade marcada pela centralização, burocratização, alto consumo de medicamentos, falta de um planejamento baseado em critérios racionais para o processo de aquisição, armazenamento, prescrição, dispensação, etc., resultando em baixo custo e baixa eficácia (PACHECO,1998; p:7)

Os resultados do diagnóstico preliminar realizado em 1995 pelo ISC/UFBA (PACHECO, 1998) revelaram que embora a SESAB não dispunha de dados que permitissem quantificar os gastos com medicamentos, na medida em que estes gastos estavam diluídos nos custos gerais de insumos, foi possível observar que a não existência de uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica repercutia na baixa resolutividade nos hospitais, nos centros de saúde e dos programas especiais (BAHIA-b,1996), (PACHECO, 1998).

Assim, entre outros problemas, foi evidenciado neste diagnóstico a inexistência do profissional farmacêutico atuando nos municípios, as condições precárias de estocagem e armazenamento de medicamentos, e a ausência de uma lista disponível de referência para prescrição de medicamentos que representasse a definição municipal daqueles considerados essenciais, além de confirmar a irregularidade e inadequação da distribuição de medicamentos realizada pela CEFARBA (PACHECO,1998).

Este diagnóstico também revelou que a organização e estruturação dos serviços de farmácia no estado, na área hospitalar e ambulatorial, apresentaram situações bem distintas. A área hospitalar apresenta padronização de medicamentos, criação das comissões de farmácia e terapêutica nas unidades, apesar da ausência de uma referência estadual e da falta de capacitação específica da maioria dos farmacêuticos hospitalares. Já a área ambulatorial apresentou significativa ausência de recursos humanos e materiais, somada com a indefinição de atribuições relacionadas à assistência farmacêutica. Esses achados foram decisivos para definição de um modelo de assistência farmacêutica para o estado que priorizasse a atenção ambulatorial (BAHIA-CENDRHU ,1996) , (BAHIA-b,1996).



A partir deste diagnóstico e do processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde, ficaram confirmadas as deficiências crônicas na área. Com a extinção da BAHIAFARMA, que antes assumia a responsabilidade de distribuir medicamentos na rede de serviço do SUS, algumas ações tiveram que ser implementadas pelo governo do estado da Bahia e pela SESAB.

Assim, uma das primeiras mudanças observadas em relação a distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos para a rede de serviços do SUS, é que esta passou a ser função da Central Farmacêutica da Bahia (CEFARBA), por determinação do executivo do governo estadual (BAHIA-a e b, 1999). Esta decisão, possivelmente por ter sido tomada pelo executivo do governo estadual sem discussão com a área técnica da SESAB, demorou a ser assimilada como uma atividade que deveria estar sob sua responsabilidade e a SESAB, não realizava o acompanhamento necessário desta distribuição.

Diante disso, a falta de acompanhamento das ações da CEFARBA pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, agravou a ineficiência da sua estrutura, principalmente nas atividades de programação e distribuição dos medicamentos, gerando uma distribuição irregular e inadequada às reais necessidades das unidades de saúde, o que, somado às precárias condições dos municípios para estocagem e armazenamento de medicamentos, provocaram perdas expressivas seja por prazo de validade expirado ou deterioração (BAHIA-b,1999).

Neste processo de assunção pela SESAB das responsabilidades com a assistência farmacêutica, passou-se a verificar algumas iniciativas importantes. Nesta perspectiva, a parceria estabelecida entre a SESAB e a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia levou a realização de um curso de especialização em gestão da assistência farmacêutica para farmacêuticos da SESAB que atuavam na rede hospitalar da Região Metropolitana do estado. Este curso foi considerado um marco significativo para a consolidação desta área na

instituição (BAHIA/CENDRHU;1996). Isto porque, após sua finalização, um número expressivo de farmacêuticos (6) recém especializados foram convocados para atuarem na assistência farmacêutica estadual, reforçando o Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica da GT e ampliando sua atuação no estado.

Neste mesmo período é pauta de discussão nacional a Política Nacional de Medicamentos (CONASS,1997) e em março de 1998 a Bahia foi palco do I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica (CARTA DE ITAPARICA, 1988) que aprovou as seguintes propostas:

- a) Democratizar as informações, com a participação efetiva dos representantes de todas as unidades federadas nas discussões para implementação da Política Nacional de Medicamentos e de seu componente Assistência Farmacêutica, inclusive na Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do CONASS;
- b) Reorganizar a Assistência Farmacêutica, levando em consideração a equidade e acesso, tratando a saúde como direito e o medicamento como insumo;
- c) Definir por parte do MS uma coordenação da Política de medicamentos e Assistência Farmacêutica no SUS;
- d) Definir as competências referentes a AF nas três esferas de governo;
- e) Definir e indicar fonte de recursos para financiamento da AF nos três níveis de governo, assegurando a atenção integral e farmacêutica (art. 6º da Lei n. 8080/90);
- f) Implantar no SIH/SIA os procedimentos da farmácia hospitalar, estabelecendo a estruturação e organização dos serviços farmacêuticos hospitalares;
- g) Organizar e estruturar o Programa de Medicamentos de Alto Custo inserido no contexto global do Sistema Integral de AF;

- h) Normatizar e unificar os procedimentos de terapêutica medicamentosa de alto custo, contribuindo para o cumprimento efetivo destes procedimentos pelas secretarias estaduais de saúde;
- i) Reafirmar o compromisso de convocação da I Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Neste mesmo ano é instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM), através da Portaria GM n.3.916 com objetivo de garantir a promoção do uso racional e o acesso aos medicamentos essenciais seguros, eficazes e com qualidade. Esta Política, como discutido no capítulo anterior, colocou o tema assistência farmacêutica em pauta da discussão nacional, oficializando seu conceito e definindo diretrizes e prioridades para sua organização no sistema de saúde de forma descentralizada.

Neste período, na Bahia a SESAB passa por um processo de reforma administrativa. A partir dessa reforma o Comitê de Assistência Farmacêutica passa a atuar como Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica (CEAF), vinculada à Superintendência de Regulação, Assistência e Promoção da Saúde (SURAPS) através do Decreto n. 7.546/99.

As diretrizes e prioridades da PNM serviram de base para a elaboração do Plano Diretor da Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica para o quadriênio 2000-2003, com destaque para as atividades assistenciais relacionadas ao Programa de Medicamentos de Alto Custo, ao apoio aos serviços de Atenção Farmacêutica Hospitalar e Ambulatorial e a organização da assistência farmacêutica básica nos municípios (BAHIA-b,1999).

Aliado a estas ações foram também programadas as atividades técnico-científicas relacionadas aos componentes do ciclo logístico, abrangendo desde a programação/aquisição, armazenamento/distribuição e o Núcleo de Farmácia e Terapêutica (seleção, normatização, dispensação) (BAHIA-b,1999).

Neste Plano Diretor 2000-2003, a Promoção do Uso Racional de Medicamentos estava contemplada na elaboração de uma Relação Estadual de Medicamentos (RESME), que se constituiria no eixo das ações relacionadas com os medicamentos, através da educação continuada e disseminação de informações aos profissionais de saúde e à comunidade sobre uso racional de medicamentos. Além disso, foram também previstas orientações para os profissionais do setor, no sentido da construção de articulação intersetorial com o propósito de promover o uso racional de medicamentos (BAHIA-b,1999).

Para a Assistência Farmacêutica Básica foi elaborado um plano específico, dentro do Plano Diretor do setor, conforme determinava a legislação, apresentando o elenco de medicamentos para o programa, e os parâmetros e critérios<sup>13</sup> a serem cumpridos pelos municípios para adesão ao plano estadual (BAHIA-b,1999)

De acordo com este plano, eram pactuados na CIB: i) os critérios para o repasse de recursos financeiros da esfera federal, estadual e municipal a serem aplicados em medicamentos, ii) o valor mínimo da contrapartida municipal e estadual, iii) o elenco dos medicamentos referência desse programa, iv) a forma de acompanhamento da aplicação desses recursos, ou seja, da prestação de contas das aquisições realizadas dos itens do elenco (BAHIA-b,1999).

Foi pactuada também no âmbito da CIB que seria da responsabilidade dos municípios a retirada dos medicamentos adquiridos pelo Estado na CEFARBA em Salvador. No entanto, os custos com a retirada dos medicamentos são muitas vezes superiores ao valor dos medicamentos recebidos. Nesse caso, o custo de retirada de medicamentos envolve aspectos referentes a grande área territorial do estado, as condições precárias das estradas, a

---

<sup>13</sup> Os critérios a serem cumpridos pelos municípios para adesão ao plano estadual de Assistência Farmacêutica Básica definidos na Portaria GM ° 176/99 e em pactuação com a CIB- BA (Resolução 33/99) são os seguintes: a)constituir coordenação municipal de assistência farmacêutica, b) assinar o termo de adesão ao Plano Estadual, c)ter um farmacêutico como referência técnica para a coordenação das ações de assistência farmacêutica e d) elaborar um plano municipal de assistência farmacêutica como parte integrante do plano municipal de saúde (BRASIL-a, 1999).

falta no estoque da CEFARBA, a inexistência de carro adequado para transportar medicamentos, e ao fato de que o valor financeiro dos medicamentos é proporcional à população dos municípios (BAHIA/CIB, 1999).

Diante do processo de descentralização da assistência farmacêutica em curso, previsto pela Política Nacional de Medicamentos, da regionalização proposta pela NOAS/2000 que implicava em transferência de responsabilidades e ações voltadas para o medicamento para municípios e, considerando o tempo de cinco anos do setor de assistência farmacêutica da SESAB, foi considerado necessário a atualização do diagnóstico realizado em 1995 em parceria com o ISC. Assim, em 2001, um novo diagnóstico da situação da assistência farmacêutica nos municípios foi realizado também em parceria com o ISC/UFBA no sentido de identificar avanços, pontos críticos nos serviços no âmbito dos municípios bem como dimensionar a contribuição da CEAF/SESAB nesse processo.

Um dos principais resultados desse estudo foi a melhoria de todos os indicadores<sup>14</sup> em comparação com os resultados do diagnóstico anterior, com destaque para o aumento no número de farmacêuticos nos municípios, em relação ao diagnóstico realizado em 1995 (PACHECO, 2001). Contudo, esses profissionais desenvolviam funções gerenciais em detrimento das ações técnicas/assistenciais, não contribuindo para o desenvolvimento de ações de promoção do uso racional de medicamentos e a resolubilidade da assistência farmacêutica (BAHIA, 2005).

Estes achados revelam que as propostas da PNM provocaram avanços na assistência farmacêutica dos municípios na Bahia, principalmente em relação às transferências de recursos financeiros para os municípios, referentes à contrapartida federal do programa Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica, direto para o Fundo Municipal. Este repasse

---

<sup>14</sup> Os indicadores verificados foram: média de medicamentos prescritos, percentual de medicamentos prescritos pela DCB, média de medicamentos dispensados, presença de farmacêutico, grau de informação do usuário sobre o medicamento.

exigia a existência de um farmacêutico responsável pela organização da assistência farmacêutica municipal o que fomentou a discussão sobre as atribuições e responsabilidades do farmacêutico nos serviços de saúde, e sobre a abrangência da assistência farmacêutica nos municípios e no estado.

Outro evento considerado relevante nessa trajetória de construção da política estadual da assistência farmacêutica foi a realização da I Conferência Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia, em 2003, após as conferências macroregionais e municipais. Esta contou com a participação de mais de 300 representantes dos gestores, dos prestadores de serviço, dos profissionais e trabalhadores de saúde e usuários (BAHIA-a,2003).

Neste mesmo ano a CEAF passa a ser apoiada administrativamente pela Superintendência de Promoção e Vigilância a Saúde (SUVISA), e com isto muda o processo de aquisição de medicamentos, passando os contratos, dispensas e carta-convites a serem realizados na COPEL/SUVISA. Esta nova situação, apesar de no médio prazo trazer agilidades no processo de aquisição de medicamentos, durante o período de transição provocou atrasos na aquisição devido a questões burocráticas na descentralização de recursos para a SUVISA, e ao ajuste das novas rotinas de trabalho (BAHIA-a, 2003).

Chama atenção o aumento das responsabilidades da instância regional do sistema de saúde contemplado no Plano Diretor da CEAF para o período de 2004-2007. Tal proposta buscava o fortalecimento da assistência farmacêutica, a descentralização das ações e desconcentração do acompanhamento e avaliação da assistência farmacêutica para as instâncias regionais (BAHIA, 2004).

Este conjunto de ações foi avaliado como necessário para dar início ao processo de descentralização das ações da assistência farmacêutica, segundo a lógica do Plano Diretor

de Regionalização da SESAB<sup>15</sup> (BAHIA, 2002). Para operacionalizar esta proposta, os municípios foram considerados como as instâncias prestadoras dos serviços farmacêuticos, executoras das atividades de promoção ao acesso e ao uso racional de medicamentos (BAHIA-b,2005), (BAHIA, 2004).

Em 2003 inicia-se o Projeto Saúde Bahia: REDUZINDO DESIGUALDADES (PSBA), que se constitui um Programa de iniciativa do governo do estado desenvolvido pela SESAB com recursos do BIRD (Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento - Banco Mundial). O seu objetivo é criar condições para definir um novo modelo gerencial para o sistema público de saúde do estado da Bahia, apoiando a expansão da atenção primária à saúde, recuperando lacunas de infra-estrutura na rede de serviços de saúde a nível estadual e apoiando o desenvolvimento de recursos humanos e a capacitação gerencial do sistema de saúde (BAHIA-b,2003; BAHIA-b,c,2005)

Este Projeto é composto de quatro componentes: implementação de microrregiões, fortalecimento da capacidade de regulação e implementação de políticas da SESAB, expansão da atenção básica à saúde e administração do projeto. A Assistência Farmacêutica foi incluída como um sub-componente da expansão da atenção básica à saúde. O Projeto Saúde Bahia foi o financiador da estratégia de estruturação e organização da assistência farmacêutica com o objetivo de promover o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais à população.(BAHIA-b,2003; BAHIA-b,c,2005) .

O Fortalecimento da Assistência Farmacêutica Básica foi incluído no Projeto, contemplando as seguintes atividades: desenvolvimento de sistema de banco de preços via internet, aquisição e distribuição de equipamentos de informática para as Diretorias Regionais

---

<sup>15</sup> O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é uma exigência da Norma Operacional Básica da Assistência (NOAS 01/02), constitui-se numa estratégia de regionalização, com vistas a possibilitar a distribuição equitativa entre as regiões do Estado, criando condições para uma adequação da relação entre a oferta e a necessidade de serviços de saúde, que permitam uma efetiva organização do fluxo de assistência. Nesta proposta do PDR constava a existência de 125 módulos, 32 microrregiões e 7 macrorregiões.

de Saúde (DIREs); realização de oficinas de treinamento; adequação das farmácias das DIREs; aquisição de móveis e outros equipamentos para as DIREs e os municípios; melhoria da capacidade de armazenamento dos medicamentos nas DIREs; implementação de campanha para divulgação do uso racional de medicamentos e de assessoramento técnico (BAHIA-b,2003; BAHIA-b-c,2005).

Com recursos do Projeto Saúde Bahia foram então contratados novos farmacêuticos para atuarem durante um ano em cinco DIREs selecionadas pelo Projeto: Paulo Afonso, Guanambi, Itapetinga, Feira de Santana e Cícero Dantas/Ribeira de Pombal, os quais deveriam prestar assessoria aos setenta e cinco municípios que compõem estas DIREs, e realizar atendimento aos pacientes do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional (BAHIA,2004).

A proposta de adequação das farmácias das DIREs consistia em adequação de um espaço para funcionamento da coordenação regional de assistência farmacêutica, ou seja, uma estratégia para a desconcentração da gestão da assistência farmacêutica estadual, até então centralizada na Secretaria de Saúde do Estado, em Salvador.

Dentre as atividades previstas pelo Projeto Saúde Bahia para a assistência farmacêutica, a que mais se destacou foi a de assessoramento técnico, que consistiu na disponibilização de técnicos contratados com recursos do projeto para as DIREs, contribuindo com a operacionalização do processo de desconcentração do acompanhamento e avaliação das atividades da assistência farmacêutica (BAHIA-b, 2005).

O assessoramento aos municípios se deu a partir de supervisões realizadas permitindo o levantamento da situação da assistência farmacêutica nos municípios e o assessoramento técnico através de fornecimento de orientações sobre a adequação da estrutura física e organizacional, sobre a forma e critérios para a habilitação nos Programas de Medicamentos na área de Saúde Mental, no Programa de Medicamentos com Dispensação em



Caráter Excepcional, no programa de Medicamentos estratégicos e sobre a prestação de contas do Programa Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica (BAHIA-b, 2005).

As supervisões realizadas revelaram problemas comuns aos municípios, com destaque para a ausência do farmacêutico, indefinição do elenco de medicamentos essenciais, ausência da Comissão de Farmácia e Terapêutica, inadequação dos locais de armazenamento de medicamentos, e funcionários sem qualificação (BAHIA, 2004).

Para a SESAB, o trabalho dos farmacêuticos nessas regionais provocou melhorias significativas na assistência farmacêutica dos setenta e cinco municípios (18% do total de municípios do estado) reforçando que o diferencial está no grau de comprometimento dos gestores e dos farmacêuticos com o serviço, o que já é recorrente em estudos sobre a assistência farmacêutica (BAHIA-b-c, 2005).

O apoio das DIRES e a receptividade dos gestores municipais foram apontados como fatores essenciais para a realização das atividades dos farmacêuticos regionais. Como fatores obstaculizadores ao avanço da assistência farmacêutica foram citados: (i) as freqüentes mudanças na equipe técnica dos municípios; (ii) a insuficiência de recursos materiais e de equipamentos disponíveis nas DIRES; (iii) as dificuldades de acesso a alguns municípios devido às péssimas condições das estradas; (iv) e a indisponibilidade de veículo nas regionais para a realização das supervisões nos municípios (BAHIA-b-c,2005).

O relatório de gestão da SESAB de 2005 traz um conjunto de informações que avalia a situação da assistência farmacêutica no ano de 2004, nos municípios que participaram da primeira etapa do Projeto Saúde Bahia.

Ressalta-se que, em 2004, antes da implantação do Projeto Saúde Bahia (PSBA), apenas seis municípios, que corresponde a 8% dos setenta e cinco municípios que foram depois incluídos no PSBA, estavam com a Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF)

adequada às boas normas de armazenamento. Em setembro 2005 este número subiu para 84% dos 75 municípios. Do mesmo modo revela que a formação de Comissões de Farmácia e Terapêutica aumentou de dois para dezesseis municípios, o que corresponde a 21% dos municípios assessorados. Aumentou também de oito para quarenta e nove os municípios (65% do total) que passaram a utilizar critérios técnicos ao programar a aquisição de medicamentos (BAHIA-b, 2005). Estes resultados podem ser visualizados no Apêndice B.

Dos municípios assessorados 91% passaram a utilizar instrumento de controle de estoque; em agosto de 2004 só existiam setenta e um pacientes cadastrados no PEMAC, e em setembro de 2005 este número passou para 755 pacientes cadastrados nos municípios assessorados. Em agosto de 2004 apenas dez municípios, o que corresponde a 13 % dos municípios assessorados, tinham farmacêutico atuando na assistência farmacêutica e em setembro de 2005 passou para cinquenta e cinco o número de municípios com farmacêuticos, o que corresponde a 73% dos municípios (BAHIA-b-c, 2005).

Apesar destes resultados positivos, esta proposta de trabalho sofreu uma interrupção com o término da vigência dos contratos dos farmacêuticos e a saída desses profissionais das regionais, o que trouxe prejuízos na continuidade das atividades desenvolvidas, uma vez que não existia localmente profissionais para substituí-los. A proposta de solução para esta situação foi a da realização do concurso público em dezembro de 2005 (BAHIA-c,2005). No entanto, com a mudança de governo, a partir das eleições estaduais de 2006, novas diretrizes estão em curso, o que torna precoce uma avaliação sobre os desdobramentos desta situação.

Por fim, é importante ressaltar que a análise dos resultados reconhecidos como positivos pela SESAB, aqui levantados em relação à operacionalização do Projeto Saúde Bahia nas cinco regionais citadas, evidenciam que a intermediação do profissional farmacêutico entre as instâncias estadual e municipal funciona como agente propulsor para a

articulação interinstitucional, o que contribui para a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica municipal. Contudo, a permanência de problemas relacionados à estrutura física, humano, às condições operacionais e financeiras continuam dificultando a gestão municipal da assistência farmacêutica no contexto do SUS, com impacto negativo na qualidade dos serviços prestados à população.

Estes achados reforçam a importância da gestão no processo de consolidação da área de assistência farmacêutica no contexto da descentralização da saúde, bem como da sua avaliação. Entretanto, tanto a gestão quanto a avaliação são conceitos controvertidos e complexos, e sua delimitação é importante porque são eles que informam as práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços. Por esta razão, o capítulo seguinte busca discutir a partir da revisão de literatura, os conceitos de gestão e o de avaliação que vêm sendo utilizados para acompanhar programas e políticas públicas.

#### 4 AVALIAÇÃO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: AS CONTROVÉRSIAS CONCEITUAIS

O Sistema Único de Saúde se configura no modelo público de prestação de serviços e ações de saúde no Brasil, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. Neste contexto, os vocábulos gerência e gestão passam a ser objeto de discussão com reflexos nas proposições sobre formas de conduzir o sistema de saúde e seus diversos programas e atividades (NORONHA et al ,2006).

Um primeiro aspecto que se observa na literatura da saúde, quando da discussão sobre gestão, é o de que esta está informada preponderantemente por uma matriz teórica funcionalista, ou seja, toma a categoria função como central para conceituar a gestão. Ou seja, é a partir das funções exercidas ou a serem executados no âmbito formal das organizações que o entendimento e as concepções de gestão e gerência estão balizados. Esta corrente teórica funcionalista, considerada uma das variantes do positivismo sociológico, tem em Parsons segundo (MINAYO, 1993) um dos seus representantes mais relevantes quando trata-se do estudo do tema funcionamento das estruturas das instituições.

consideradas, estas, como o nóculo da sociologia. As instituições constituem, para ele, o mecanismo integrativo fundamental dos sistemas sociais definidos ora como uma pluralidade de agentes individuais interagindo, ora como uma rede de relações entre agente (MINAYO, 1993, p: 47).

Além disso, esta corrente, ao tomar como conceitos centrais: função, integração, desvio, etc; coloca como relevante, do ponto de vista empírico, o estudo dos papéis e funções, e tudo que não ocorra dentro do funcionamento esperado e considerado como normal dentro do sistema é visto como um desvio, que requer adaptação e ajustes.<sup>16</sup>

Diante disso, não é demais supor que o excessivo número de normas e de instrumentos reguladores que se observa no processo de consolidação do SUS, ainda que necessário, pauta-se muito mais na visão de que o sistema requer regulação e integração através de definições de funções e de papéis. Assim, neste contexto, o debate sobre gestão na literatura da saúde está impregnado destes vocábulos e jargões funcionalistas e a abordagem sistêmica tem uma preponderância incontestável. Talvez por isto é que separar o conceito de gestão e de gerência, a partir de um dimensionamento funcional ou espacial, é um esforço que se observa com mais intensidade nesta literatura específica da saúde. Estas constatações fizeram com que, neste capítulo, se optasse por trazer a baila os diferentes entendimentos sobre gestão no campo da saúde para introduzir algumas iniciativas de avanço observados nestes últimos anos sobre o conceito de gestão.

#### 4.1 O DEBATE SOBRE GESTÃO EM SAÚDE

Dentre o conjunto de instrumentos técnicos e normativos que compõem o arcabouço legal do SUS, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 01/96) trouxe uma diferenciação para os termos gerência e gestão onde:

---

<sup>16</sup> Para Minayo (1993) a profícua utilização deste referencial na área de saúde decorre justamente desta possibilidade de convergência do conceito parsoniano de sistema e equilíbrio como a visão biologicista de saúde e doença, em que a noção de doença é de uma “conduta desviada” e o de doente é um personagem social que se reconhece na forma como a sociedade institucionaliza o desvio e assim o assimila e o integra. (MINAYO, 1993:pg 48)

(...) gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal (BRASIL, 1996).

Marim (2003) argumenta que os termos administração, gerência e gestão, apesar de serem etimologicamente sinônimas, são diferenciados pelas funções exercidas. Por esta razão a autora considera, bem de acordo com a perspectiva funcionalista, a ‘gestão como administração de nível superior, seja municipal, estadual ou federal; a gerência como administração de nível intermediário e a supervisão como administração de nível operacional’ (MARIM, 2003;p: 54).

Schraiber et al, (1999) relaciona os termos gestor e gerente também às funções desempenhadas, e defende esta relação a partir de uma análise histórica do planejamento e administração em saúde como resultado das políticas de saúde do Brasil.

Assim, para Schraiber et al, (1999), nos anos 30-40 o administrador público era caracterizado como o agente do Estado e da suas políticas, e teve suas funções somadas a do gerente de serviços de saúde, correspondendo ao técnico que assume a função de organizar a produção, otimizar a produtividade, manejar os problemas e os conflitos cotidianos nas unidades produtoras de cuidados de assistência médica em redes do setor público. Contudo, para a autora, a visão contemporânea de gestor público implica no entendimento de desafios práticos e possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos, uma vez que:

(...) defronta-se com uma prática de grande complexidade, resultante dos novos desafios... garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos (SCHRAIBER et al, 1999;p:224- 225).

Segundo Guimarães et. al (2004) a literatura traz um debate amplo e diversificado sobre o conceito de gestão, fundamentados em campos teóricos diversos e mais recentemente, com polarização qualitativa em dois campos teóricos: o campo da administração e o da ciência política.

Segundo os mesmos autores, no campo da administração o conceito de gestão aproxima-se da idéia de gerência, implicando numa visão procedimental, com uma função organizacional voltada para a coordenação e o controle. Já no campo da ciência política, do qual a administração pública também se aproxima, a gestão se reveste de uma racionalidade política, privilegiando “a discussão sobre o poder e sua legitimidade, politizando assim os conflitos presentes no processo de decisão no âmbito das organizações, inclusive as públicas” (GUIMARÃES et al ,2004;p:1645).

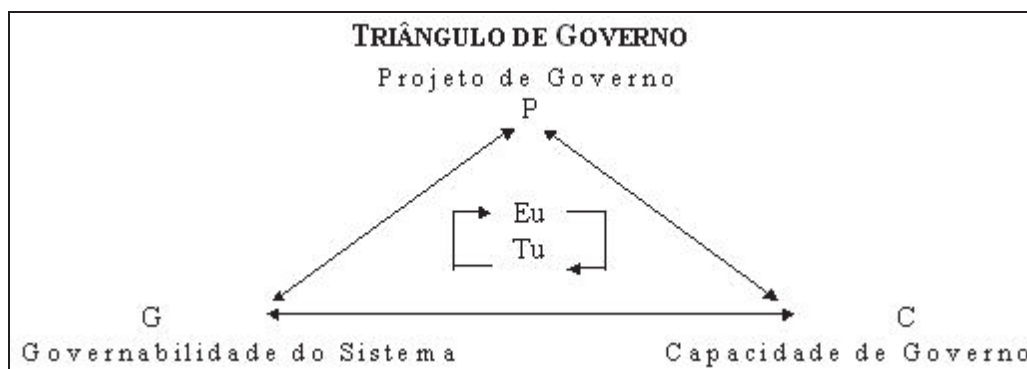
Nesse sentido, a discussão sobre a gestão contempla várias dimensões e perspectivas. A literatura mais específica da saúde já absorve a complexidade do fenômeno da gestão, que ao envolver uma dimensão política encaminha-se para um universo que transcende em muito os elementos normativos e funcionalistas. Contudo, ainda se observe uma forte aderência ao conceito de função. Assim, por exemplo, o documento da SAS (2002) admite que a atuação técnica do gestor do SUS é permeada por variáveis políticas, mas admite que ela se consolida através do exercício das funções gestora na saúde, que podem ser definidas “como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessária para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública” (BRASIL, SAS, 2002; p: 37).

Do mesmo modo, Ferreira (2004; p: 70), apesar de reconhecer que o SUS comporta dois grupos de funções gerenciais, “uma desenvolvida nas unidades de produção de serviços e outra nas instâncias de comando e coordenação de âmbito institucional em cada esfera de governo” traz a dimensão política para a função gerencial ao afirmar que nas

unidades de produção de serviços o gestor deve assumir a negociação como instrumento de gerência na condução do processo de trabalho, e no controle dos resultados do processo produtivo visando melhoria contínua da qualidade da prestação de serviço.

Esta dissertação assume o conceito de gestão construído por Guimarães et al (2004) com base na discussão levantada pelo economista chileno Carlos Matus sobre a aferição da capacidade de governar a partir de um esquema denominado Triângulo de Governo, onde Matus, de acordo com Guimarães et al (2004), consegue agregar na discussão sobre gestão conceitos que tradicionalmente estariam em campos teóricos contraditórios: o da Administração e o da Ciência Política.

Isto porque o modelo teórico triangular de governo, proposto por Carlos Matus (1991), privilegia tanto categorias normativas (existência de projetos), categorias administrativas (capacidade técnica) como categorias políticas (governabilidade do sistema). A capacidade de governar para Matus, segundo Guimarães et al (2004), se confere por meio da articulação dinâmica entre a existência de projetos de governo, o grau de governabilidade do sistema e a capacidade de governo.



**Figura 1- Triângulo de governo**

Fonte: Matus (1996; p:71).



Guimarães et al (2004) agrega a esta discussão aspectos relacionados ao tipo de gestão que se está perseguindo, ou seja, qual a imagem objetiva de gestão no contexto democrático contemporâneo. Nesse sentido define que o tipo de gestão desejada é aquele orientado por:

decisões mais partilhadas, trabalhadores e usuários satisfeitos e empregados comprometidos, maior autonomia decisória em todos os níveis, menores entraves burocráticos e distanciamentos hierárquicos, que venham conferir legitimidade aos gestores e confiabilidade à organização (GUIMARÃES et al, 2007; p:21).

Nesse sentido, Guimarães et al (2007:p: 1646) definem a gestão como a “faculdade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão”. Tal conceito de gestão assume a decisão como o elemento central do processo da gestão, e admite-se que este contempla três grandes dimensões:

(...) uma dimensão organizacional que evidencia o formato do processo decisório (quem e como se decide); uma dimensão operacional (capacidade de executar) que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos; e a dimensão da sustentabilidade (capacidade de sustentar resultados) que revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados de gestão. (GUIMARÃES et al, 2004; p:1646).

O entendimento de agregar os campos teóricos da administração e os da ciência política na discussão do conceito de gestão também é expresso por Paim (2003) quando reconhece a gestão em saúde:

(...) como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde (PAIM, 2003; p:559).

Além disso, é importante chamar atenção para o fato de que a gestão em saúde deve estar orientada pelos mesmos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, ou seja; o da universalidade, da descentralização, da integralidade da assistência, da igualdade e da participação da comunidade.

É importante registrar que no processo de descentralização da saúde as mudanças verificadas e exigidas estão concentradas no âmbito da gestão. Ou seja, as reformulações significativas encontram-se na forma de gerenciar os serviços de saúde, ao proporcionar maior poder de decisão aos municípios, responsabilizando o gestor local pela implantação de políticas e programas que deveriam ser harmônicas e coerentes com os objetivos nacionais (FRAGA, 2005).

Por esta razão, a gestão, neste contexto de descentralização, envolve uma diversidade de fatores que precisam ser traduzidos em diferentes visões e perspectivas, o que remete à necessidade de investimentos no acompanhamento e avaliação da implementação das ações prestados pela rede de serviços do SUS. Esta avaliação, em última instância, significa observar a forma o SUS está sendo conduzido, isto é, gerido ou gerenciado.

#### 4.2 AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

A avaliação, de acordo com Tanaka e Melo (2004) é considerada parte integrante do processo de gestão, tendo como um dos seus objetivos a busca de maior eficiência e eficácia dos serviços e, nesse sentido, deve-se observar a percepção e necessidade dos usuários, e utilizar no seu desenho diferentes abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas.

Com este entendimento Vieira-da Silva (2005) considera a avaliação como um componente das práticas com diversas possibilidades de expressão. Essa característica, segundo a autora, é responsável pelas diversas definições encontradas na literatura científica.

De acordo com Pastana, (2002) a análise da evolução da avaliação nos últimos cem anos realizada por Guba e Lincoln (1989) identificou quatro estágios<sup>17</sup> na história da avaliação, e evidenciou a constante evolução do conceito de avaliação que foi se tornando mais sofisticada e complexa em informações através dos tempos. Por esta razão, Pastana (2002) considera que o conceito de avaliação é “resultado de um processo de construção e reconstrução em desenvolvimento, que envolve diversas influências, que interagem entre si” (PASTANA, 2002;p:62).

Avaliar, segundo Contandriopoulos et al (1997: p: 31) consiste “em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.” Vieira-da Silva (2005) propõe a substituição da definição de intervenção pela de práticas de saúde por entender que a este vocábulo amplia o escopo da avaliação que “toma por objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho, nos seus diversos âmbitos, o que envolve as intervenções sociais planejadas” (VIEIRA-DA SILVA, 2005; p:16).

A literatura apresenta uma grande diversidade de tipologias para classificar a avaliação e isto, de acordo com Pastana (2002; p: 71), expressa as “tentativas de simplificações da realidade com o intuito de facilitar a compreensão de processos complexos”. Vieira-da Silva (2005) chama a atenção para a advertência feita por Patton sobre o risco de excessivas simplificações na tentativa de reduzir a complexidade que existe ao interior do campo de avaliação.

A avaliação, segundo Vieira-da Silva (2005), tem um espectro diversificado que varia desde a avaliação das práticas cotidianas até as práticas avaliativas, tendo entre estes

---

<sup>17</sup> Esses estágios foram classificados a partir da análise da evolução da avaliação ao longo de 100 anos, em: (i) primeira geração que estava vinculada a avaliação de desempenho escolar, tinha como característica a mensuração. (ii) segunda geração baseada na descrição, mantendo os aspectos técnicos da primeira geração. (iii) terceira geração se caracteriza pela inclusão do julgamento no ato da avaliação e a (iv) quarta geração também chamada por Guba e Lincoln por avaliação inclusiva e participativa, para os avaliadores avaliar significa emitir um juízo de valor que é influenciado pelo grupo. (PASTANA, 2002)

dois extremos: (i) uma multiplicidade de avaliação para a gestão ou avaliação administrativa em saúde ou (ii) a avaliação normativa.

A avaliação das práticas cotidianas, segundo a mesma autora, corresponde a um julgamento que se faz a partir de “técnicas não sistemáticas de observação e análise e formulação de juízos de valor dicotômicos e simplificados” (VIEIRA-DA SILVA, 2005; p:17) .

A pesquisa avaliativa de acordo com Vieira-da Silva (2005) corresponde ao julgamento sobre as práticas sociais, utilizando metodologias científicas, procurando responder a questões não respondidas na literatura especializada sobre as características dessas práticas sociais em um contexto geral ou particular.

Dentre as diversas práticas sociais, as resultantes da ação social planejadas como as políticas, os programas e os serviços de saúde são considerados por Vieira-da Silva (2005) as que freqüentemente são objetos da pesquisa avaliativa.

O tipo e a natureza da uma pesquisa de avaliação são definidos de acordo com Draibe (2004) num campo complexo de alternativas referente às distintas dimensões, momentos e etapas dos programas ou das políticas que são objetos da avaliação.<sup>18</sup>

A avaliação pode ser diferenciada de diversas formas. No entanto, Draibe (2004) chama atenção para a “relação temporal entre o programa a ser avaliado e a pesquisa de avaliação”, classificando as avaliações em *ex ante*, que precedem o início do programa, ocorre geralmente na fase de preparação e formulação, e avaliações *ex post* que são as realizadas ao mesmo tempo ou após a realização do programa (DRAIBE, 2004; p: 19)

---

<sup>18</sup> Sonia Draibe (2004) e Lígia Vieira da Silva (2005), organizadoras de dois livros lançados nesta década, serão aqui as referências mais utilizadas, pelo fato de serem produções mais recentes e contemplarem uma discussão mais aderente a avaliação no campo das políticas públicas.

Quanto à natureza as avaliações, estas podem de acordo com Draibe (2004) ser distinguidas entre avaliação de resultados e de processo. A avaliação de resultados procura responder o quanto e com que qualidade os programas cumpriram seus objetivos. Neste caso os objetivos abrangem três tipos de resultados, denominados pela autora como: resultados propriamente ditos, impactos e efeitos.

Esta diferenciação é pertinente, ainda de acordo com a autora, na seleção de indicadores adequados “para aferir cada um desses níveis de realização dos programas” (DRAIBE, 2004; p: 20). Assim no primeiro nível de realização dos programas estão os resultados propriamente ditos que correspondem aos “produtos do programa previstos em suas metas e derivados do seu processo particular de produção” (DRAIBE, 2004; p: 21).

No segundo nível encontram-se os impactos que correspondem “às alterações ou mudanças efetivas na realidade sobre a qual o programa intervém e por ele são provocados.” (DRAIBE, 2004; p:21). E por último os efeitos que correspondem a outros tipos de impactos que podem ser esperados ou não mas que vão além do grupo-alvo, afetando o meio social e institucional no qual o programa se realizou.

A avaliação de processo, na visão de Draibe (2004) tem como foco o desenho, as características organizacionais e de desenvolvimento dos programas, tendo como objetivo a detecção de fatores que ao longo da implementação facilitam ou impedem que este atinja seus resultados da melhor maneira possível.

As avaliações de processo têm como objeto o que Draibe (2004) denomina de ciclo vital das políticas e programas, o que envolve um processo de desenvolvimento, de maturação e, alguns deles, de envelhecimento e às vezes até de morte. A autora argumenta que esse ciclo tem alma e corpo, ou seja, é animado por pessoas e grupos:

(...) segundo seus valores, seus interesses, suas opções, suas perspectivas, que não são consensuais, nem muito menos unânimes, como sabemos . Ao

contrário, o campo onde florescem as políticas e programas pode ser pensado como um campo de força, de embates, de conflitos, que se sucedem e se ‘resolvem’ ao longo do tempo (DRAIBE, 2004; p:26)

Políticas e programas demandam avaliações do tipo pesquisa que respondem a objetivos distintos, o que envolve responder as seguintes questões relacionadas a: (i) conhecimento da relação entre condições, meios, resultados e impactos de uma intervenção; (ii) objetivos de verificação de eficácia, de eficiência e de *accountability* das ações; (iii) ou ainda a objetivos mais imediatos como detectar dificuldades e obstáculos e produzir recomendações que possibilitem corrigir rumos do programa ou até disseminar lições e aprendizagens (DRAIBE, 2004).

Essa característica faz da pesquisa de avaliação de políticas públicas uma pesquisa interessada (*‘policy oriented’*) uma vez que busca ao longo da implementação “detectar obstáculos e propor medidas de correção e alteração de programas, visando à melhoria da qualidade do processo de implementação e do desempenho da política” (DRAIBE, 2004; p:18). A pesquisa de avaliação de acordo com Novaes (2000), identifica as relações de causalidade, mesmo que as concepções que a oriente sejam diversificadas.

Diante do exposto, a pesquisa avaliativa foi considerada pelo NEPAF (2007) como pertinente para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica, no sentido de identificar os fatores que estão interferindo nesta gestão no âmbito dos municípios, em particular em estados considerados menos desenvolvidos e com carências sociais, técnicas e econômicas já bastante conhecidas, a exemplo dos estados do Nordeste, dentre eles o estado da Bahia. O modelo de avaliação adotado pelo NEPAF, bem como os resultados da aplicação deste modelo de avaliação em dois municípios pilotos na Bahia, a partir do Protocolo de Indicadores construído para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica, são os objetos de discussão do capítulo seguinte desta dissertação.

## **5 AVALIANDO A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS BAIANOS**

Os resultados desta dissertação foram obtidos a partir de dois estudos: um extensivo e outro intensivo. O primeiro, trata-se da avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica realizada pelo NEPAF (2007), a partir de um protocolo de indicadores construído pelo Grupo e aplicado a título de estudo piloto em dois municípios do estado da Bahia, e validado por especialistas da área. Esta análise é apresentada na primeira parte deste capítulo. O segundo estudo, apresentado no item 2 deste capítulo discute, a partir de uma pesquisa de campo mais intensiva, realizada pós avaliação do NEPAF, nos dois municípios piloto, as razões que podem explicar os resultados encontrados a partir da leitura dos indicadores (anexos B, C e D), identificando os fatores que condicionam a gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

O modelo de avaliação adotado assumiu como foco a gestão da assistência farmacêutica básica da rede SUS, tendo como princípios orientadores aqueles que são, por sua vez, basilares do modelo de assistência à saúde proposto pelo SUS:

1. maior autonomia decisória do âmbito municipal com vistas a possibilitar um processo decisório mais rápido e, por conseqüência, mais efetivo;

2. maior integração entre as esferas de governo e entre setores da Secretaria Municipal da Saúde, objetivando maior interdependência e compartilhamento na autoridade e responsabilidade com a prestação de serviços à população;

3. maior participação social e maior transparência nas decisões, ao instituir, na sua estrutura organizacional, os conselhos de saúde, com vistas a gerar decisões mais consensuais, além de instituir canais e expedientes que possam, ao divulgar e socializar estas decisões para trabalhadores e usuários, contribuir para a construção de um processo decisório mais transparente e, por consequência, sujeito a um maior controle social.

Assim, ao assumir como o foco da avaliação a gestão como processo, admitiu-se que o resultado conclusivo da análise sinalizaria para um momento específico do processo de desenvolvimento da assistência farmacêutica. Ou seja, segundo Guimarães et al (2002) a metodologia adotada não avalia uma gestão como boa ou má, evitando as armadilhas de avaliações binárias que não geram perspectivas de aperfeiçoamento, mas aponta problemas que possam ser corrigidos no curso do programa ou da política.

A escolha por um modelo de avaliação de processo se consolidou por esta ser capaz de identificar os aspectos que precisam ser aprimoradas, as que precisam ser mantidas, e as que precisam ser priorizadas na gestão para o alcance da imagem objetivo desejada além de, detectar fatores que ao longo da implementação, facilitam ou impedem que os resultados esperados sejam atingidos da melhor forma possível (DRAIBE, 2001).

Dessa forma, os indicadores que foram construídos e selecionados, e que compõem o protocolo do modelo de avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica, produto da pesquisa realizada pelo NEPAF (2007), considerando os esforços que vem sendo feito para fazer avançar a gestão do SUS, revelam os pontos críticos que produzem constrangimentos ao desenvolvimento pleno da gestão da assistência farmacêutica,



não tendo, portanto, o intuito de julgar o que não foi feito ou o que foi feito inadequadamente no passado.

O reconhecimento dos pontos críticos e pontos altos da gestão da Assistência Farmacêutica se faz a partir da leitura crítica dos resultados obtidos através dos indicadores. De acordo com a proposta do grupo de pesquisa, autor do modelo de avaliação da capacidade de gestão (GUIMARÃES et al,2004), este retorno à matriz permite, entre outros aspectos:

- identificar os indicadores que obtiveram piores e melhores resultados;
- promover discussões internas com a equipe sobre os determinantes e os condicionantes do comportamento de determinadas variáveis;
- identificar a inserção dos constrangimentos, os quais podem ser internos ou externos à organização;
- definir e articular estratégias para superação dos constrangimentos em curto, médio e longo prazo.

Assim, pretendem os formuladores do modelo metodológico de avaliação da capacidade de gestão (GUIMARÃES et al, 2004) que a avaliação proposta não se encerre em si mesma, ao contrário, possa vir a subsidiar o planejamento do presente, na direção da conquista de um desenvolvimento pleno da capacidade de gestão que se pretende alcançar.

Dessa forma, identificados os problemas a partir da avaliação realizada pelo NEPAF (2007), esta pesquisa buscou aprofundar as razões da existência de tais problemas, identificando os fatores que, em certa medida, produzem constrangimentos à gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos municípios estudados.

No modelo de análise previsto pelo modelo teórico metodológico de avaliação da capacidade de gestão proposto por Guimarães et al (2004) os indicadores são pontuados a partir de uma categorização de sua natureza, e parametrizados de forma contextualizada.

Desta mesma forma também se procedeu no modelo adotado pelo NEPAF (2007). Tal pontuação dos indicadores e seus respectivos parâmetros foram definidos:

levando em consideração o estágio em que se encontra a assistência farmacêutica no Brasil e na Bahia, bem como a importância de cada um dos indicadores para a gestão da assistência farmacêutica. Esta estratégia se orienta na concepção de que os parâmetros devem ser contextualizados, ou seja, devem estar sempre se reportando à realidade dos fenômenos que estão sendo avaliados (NEPAF, 2007,p:11).

Para a análise dos resultados da avaliação com base na pontuação dos indicadores, e nos cálculos efetuados a partir dos parâmetros previamente definidos, o que vem a se constituir no modelo de análise da proposta de avaliação, ou seja, no caminho de volta da aplicação dos indicadores, o NEPAF (2007) adotou uma escala, considerada inclusiva, com quatro pontos de corte de 25% da pontuação prevista, 50%, 75% e 100% (ANEXO III, IV e V). Contudo, para a apresentação destes resultados, o NEPAF (2007) excluiu a lógica quantitativa de percentual e/ou pontos de acertos e erros, para não alimentar uma lógica punitiva ou recriminatória. Assim, a escala numérica, com os respectivos pontos de corte, foi aplicada no primeiro momento da análise dos resultados, mas transformada numa escala de cores, no momento da sua apresentação. Para aqueles indicadores que obtiveram a pontuação máxima prevista pela parametrização o resultado é representado na cor verde. Indicadores com pontuação abaixo de 25 % tem a cor vermelha; entre 26 a 50% toma a coloração amarela, entre 51 a 75% toma a coloração roxa e entre 76 a 100% toma a coloração verde. Esta decisão se espelhou no:

modelo da sinalização utilizada no trânsito: verde (situação positiva, que deve ser, no caso mantida ou ultrapassada); amarela (situação de cuidado) e vermelha (situação de perigo), incluiu-se a cor roxa (como intermediária entre o amarelo e o vermelho) significando uma situação de alerta (NEPAF, 2007;p:11).

A leitura geral dos resultados, na pontuação global dos indicadores não se mostrou útil, uma vez que não é objetivo do referido modelo classificar o município em relação ao desempenho geral da assistência farmacêutica, mas identificar os aspectos que devem ser

objeto de priorização na gestão da assistência farmacêutica, possibilitando correções de rumos e a minimização de obstáculos além de divulgação de lições e aprendizagens.

Diante disso, comparar os pontos contabilizados pelos municípios perde o significado. Assim, o foco na leitura dos resultados passou a ser os aspectos revelados pelos indicadores individualmente e que alcançaram a pontuação total, intermediária ou nula. A estratégia de escala de cores que o NEPAF (2007) sugere para ser utilizada na apresentação dos resultados se mostra útil também na leitura desses resultados.

Contudo, observa-se ainda a necessidade do aperfeiçoamento do modelo de avaliação proposto. Esse aperfeiçoamento pode avançar para gradações de cores que possibilitem identificar as diferenças entre os indicadores nos limites de cada ponto de corte. Isto porque, para a gestão, faz diferença um indicador que se encontra no campo da coloração verde porque obteve 100% da pontuação prevista ou porque obteve 75%. Há, portanto, um intervalo que obriga o retorno à pontuação quantitativa, pois a coloração congela um intervalo de 25% em cada ponto de corte, representado por uma cor. De outra forma é importante ressaltar que, embora a análise global dos indicadores não revele os problemas que mais interferem na gestão, nenhum indicador sozinho também tem significado expressivo para a análise da gestão. É necessário estabelecer um diálogo entre os indicadores para se obter uma informação mais consistente sobre os problemas enfrentados pela gestão, identificando aqueles que precisam de intervenção imediata ou mediata, ou seja, inter-relacioná-los evidenciando uma rede de causalidade que facilita a definição de prioridades a ser assumida pelo gestor.

Assim, a leitura dos resultados ganha significado com a análise qualitativa dos indicadores, considerando o resultado individual e a inter-relação desses indicadores tendo como base às premissas que nortearam cada indicador e as dimensões.

## 5.1 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA NOS MUNICÍPIOS PILOTO

Os municípios de Salvador e Vitória da Conquista foram selecionados como piloto da avaliação realizada pelo NEPAF (2007) para validação do protocolo de indicadores em função dos seguintes critérios: condição de gestão plena do sistema municipal, critério populacional, capacidade técnica reconhecida e ser modelo de referência em inovações introduzidas no modelo de assistência à saúde, voltado para a expansão do acesso e para resolubilidade da rede do SUS.

O município de Vitória da Conquista possui uma área de 3.743km<sup>2</sup>, com a terceira maior população do estado, estimada em 290.042 hab segundo (IBGE, 2006). Desde 1997, há continuidade partidária na gestão municipal, o que provocou de acordo com Pastana (2002) uma série de mudanças político-administrativas, tanto com a organização da atenção básica como, com a conquista da Gestão Plena do Sistema municipal de Saúde em outubro de 1999.

Num período de tempo curto, houve aumento significativo dos recursos recebidos pela administração local e implementação de diversos programas e serviços de saúde, de acordo com Pastana (2002; p:57), devido “às muitas carências na área da saúde”.

O município de Vitória da Conquista é reconhecido como referência de sistema de saúde no Brasil e em outros países. Em 2001 foi pioneiro no Brasil na realização de licitação para compra de serviços conveniados ao SUS, na oferta de uma central de marcação de consultas informatizada e de um centro de atenção especializada que atendia a população local e de mais de 50 municípios (PASTANA, 2002).

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 707 km<sup>2</sup>. A sua organização político-administrativa compreende 18 regiões

administrativas e 12 Distritos Sanitários. Do ponto de vista regional, integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS) ao lado dos municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz. Segundo estimativas do IBGE para o ano de 2000, a população residente na RMS era da ordem de 3.021.572 habitantes. Em 2004 o grupo de oposição ao PFL vence as eleições municipais.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2006 a 2009, o município de Salvador encontra-se em um cenário de desigualdades de distribuição de renda com 70% da renda concentrada em apenas 20% da população mais rica, e marginalização social, em que grande parte da população perdeu os direitos a acesso a bens e serviços, bem como seus direitos político.

No estado da Bahia há uma concentração econômica e populacional da Região Metropolitana de Salvador que possui 25% da população estadual e gera 48,2% do PIB, os serviços de saúde na capital são a referência para os pacientes de todo o estado que demandam procedimentos de média e alta complexidade, dada à concentração de recursos humanos e de infra-estrutura médico-hospitalar.

Só em março de 2006 o Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador passa a ser gerido pelo município, que até então não conta com uma central de regulação para encaminhamentos de pacientes.

#### **a) Dimensão Organizacional**

A dimensão organizacional revela a capacidade da gestão da assistência farmacêutica municipal de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente.

Assume-se como premissa que o envolvimento e a participação de diferentes atores no processo de planejamento e de decisão traduzem de forma direta os princípios da

autonomia, da transparência e da descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal, bem como a melhor distribuição de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores organizacionais. Atende também ao princípio da transparência e qualifica a participação dos atores na gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal, o que soma para a capacidade de decidir.

A pontuação máxima para os dezesseis (16) indicadores da dimensão organizacional da gestão da assistência farmacêutica equivale a 127 pontos. O resultado geral desses indicadores para os dois municípios-piloto revela que o município 2, ao conseguir alcançar 79 pontos, avançou mais na implementação dos indicadores desta dimensão do que o município 1 o qual obteve 65 pontos. Contudo, o mais importante é saber quais os indicadores que obtiveram pontuação máxima ou mínima, pois é nesta situação que se encontra o problema que requer intervenção. Por esta razão, na lógica do modelo, o mais importante é o caminho de volta, ou seja, a leitura de cada um dos resultados alcançados por indicador.

Observou-se, por exemplo, que nos dois municípios a Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica (CMAF) está na condição da informalidade, e a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, com finalidade de selecionar medicamentos essenciais, assessorar a gestão da CMAF nas questões referentes a medicamentos e promover ações educativas, não estava funcionando regularmente. Também constatou-se nos dois municípios que não é o farmacêutico o profissional responsável pela programação de necessidades de medicamentos essenciais. Esta atividade é realizada sem obedecer a critérios técnicos, o que certamente compromete sua qualidade.

Essas situações funcionam como propulsoras de uma série de problemas relacionados à gestão da assistência farmacêutica no município, e de acordo com Marin (2003), a ausência do farmacêutico na elaboração da programação pode levar diretamente a

uma programação realizada sem obedecer aos critérios técnicos, e sem adotar métodos de avaliação desse processo, que tem por objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades de uma população-alvo. Por tudo isto, independente da pontuação global obtida na dimensão organizacional pelos dois municípios, o fato mais importante é que situações essenciais para a gestão da assistência farmacêutica, a exemplo das acima citadas, representam um certo atraso em relação à implementação desta política.<sup>19</sup>

Outro resultado que merece destaque é o de que nos dois municípios a CMAF foi considerada com baixo grau de autonomia decisória e esta classificação foi referida através das atividades a que esta Coordenação decide, categorizadas da seguinte forma: 1) formulam diretrizes para a organização da assistência farmacêutica no município; 2) decidem sobre as atividades do ciclo logístico e 3) decidem sobre atividades de acompanhamento, orientação e supervisão das farmácias das UBS. Os atores do município 1 apenas referiram decisões sobre atividades relacionadas ao ciclo logístico da assistência farmacêutica, enquanto que no município 2. Foram referidas também as decisões sobre atividades referentes à supervisão e acompanhamento às farmácias das UBS.

Este achado leva a supor que a assistência farmacêutica ainda é entendida como fornecedora de medicamentos, envolvendo atividades de natureza mais procedimental, ou seja, atividades meio, mais relacionadas com a aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos.

De outro modo, verificou-se que no município 1 foram revelados constrangimentos relacionados à elaboração e divulgação do Plano Municipal de Assistência

---

<sup>19</sup> A diferença na pontuação entre os dois municípios foi provocada principalmente pelo desempenho positivo do município 2 com alcance do total de pontos para os indicadores que revelaram o conhecimento dos farmacêuticos sobre a existência de Plano Municipal de Assistência Farmacêutica e para a participação dos farmacêuticos na elaboração do PMAF. Já o município 1 não pontuou nesses indicadores, e em relação a existência de incorporação das propostas para a assistência farmacêutica no PMS que o município 2 alcançou a metade dos pontos do indicador o município 1 não pontuou.

Farmacêutica, documento que define metas e estratégias das ações do setor no município. A sua elaboração teve baixa participação de gestores (gerentes de unidades e secretário da Saúde), coordenadores de programas de saúde do município e também dos farmacêuticos. Também foi referido o desconhecimento destes instrumentos por parte de farmacêuticos, gestores (gerentes de unidades e secretário de saúde) e coordenadores de programas de saúde.

Esse conjunto de indicadores evidencia ainda um frágil envolvimento dos diferentes atores no planejamento da assistência farmacêutica do município 1 e na ampliação e divulgação de conhecimentos estratégicos.

Já no município 2, os achados revelaram que a CMAF é reconhecida por gestores e outros profissionais de saúde, apesar do município não pontuar para o indicador que revelava o conhecimento dos farmacêuticos sobre a existência da CMAF, uma vez que uma minoria de farmacêuticos não a reconheceu. Este achado, embora possa até ser justificado pelo fato da CMAF não existir formalmente no organograma da Secretaria Municipal da Saúde, do ponto de vista da gestão da assistência farmacêutica é bastante significativo. O desconhecimento do profissional farmacêutico da CMAF é mais constrangedor do que o desconhecimento de outros profissionais de saúde, que não atuam tão diretamente com esta atividade.

Apesar disso, os indicadores mostraram que Os outros indicadores de participação evidenciaram nos dois municípios que o Conselho Municipal de Saúde está participando nas decisões sobre questões da assistência farmacêutica, que a Coordenação de Assistência Farmacêutica participa na elaboração do Plano Municipal de Saúde e da Programação Pactuada Integrada com o estado, o que parece traduzir que nas questões, menos específicas para o setor, que dependem da organização do município no cumprimento dos princípios do SUS de descentralização, de transparência e de flexibilidade, a participação na gestão da assistência farmacêutica é mais garantida. Este achado é reforçado com os resultados dos



indicadores que revelam o reconhecimento por parte dos gestores da coordenação de assistência farmacêutica, sem no entanto significar aumento de autonomia para a coordenação municipal de assistência farmacêutica.

Contudo, esta situação aparentemente favorável à gestão da assistência farmacêutica não foi suficiente para determinar a existência de condições normativas e técnicas importantes para o funcionamento da CFT, e para a presença do farmacêutico na execução de atividades importantes para a gestão da assistência farmacêutica nas unidades básicas, como a programação e a dispensação de medicamentos. Os indicadores que identificavam estas variáveis não foram pontuados em nenhum dos dois municípios.

A análise dos indicadores que compõem a dimensão organizacional evidenciou que estão ocorrendo avanços, embora tímidos, em termos de iniciativas para promover o envolvimento e a participação de diferentes atores no processo de planejamento e de decisão da gestão da Assistência Farmacêutica. Contudo, tais avanços parecem estar ocorrendo motivados mais pelo cumprimento de normas do que pela assunção dos princípios democráticos e do planejamento participativo. Ou seja, a participação se dá de forma burocratizada e com pouco espaço para interferências e mudanças de direção das decisões tomadas pelo Ministério da Saúde, e pelo estado.

Em síntese, é possível concluir que os resultados revelam que a assistência farmacêutica ainda é entendida como aquisição e distribuição de medicamentos, dissociada do sistema de saúde. Este entendimento está refletido no baixo grau de autonomia da assistência farmacêutica, na inexistência de funcionamento da CFT, na ausência do farmacêutico na operacionalização de atividades importantes para a gestão da assistência farmacêutica, como a dispensação e programação de medicamentos.

## **b) Dimensão da Sustentabilidade**

No que diz respeito à dimensão da sustentabilidade, seus indicadores revelam a capacidade de sustentar os resultados de gestão através da institucionalização de processos que criam um ambiente favorável para sustentar as decisões. Argumentam os formuladores do modelo metodológico que avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica (NEPAF, 2007) requer a existência de mecanismos de gestão com potencial para dar sustentabilidade às ações da assistência farmacêutica, a exemplo do grau elevado de inter-relação desta com outros setores da saúde na instituição, e do grau de satisfação com a qualidade dos serviços por usuários e/ou por trabalhadores, traduzem a construção de uma imagem positiva da gestão o que favorece o aumento da sua viabilidade e sustentabilidade no âmbito municipal.

A análise dos resultados da avaliação dos treze (13) indicadores desta dimensão, apontou, do ponto de vista da pontuação final, uma diferença relevante entre os dois municípios. Assim, por exemplo, o total de pontos possíveis nesta dimensão é de 83. O município 1 contabilizou pouco mais de 56,25 nesta dimensão, e o município 2 contabilizou menos da metade dos pontos ficando com 24,5. Em síntese, os resultados da leitura dos indicadores nos dois municípios nessa dimensão da sustentabilidade revelaram alguns paradoxos discutidos a seguir.

Os resultados do município 1, com a maior pontuação global dos indicadores da dimensão de sustentabilidade revelam avanços nas iniciativas do gestor voltadas para a socialização de informações e satisfação do usuário. O município alcançou pontuação máxima nos indicadores que revelaram a existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as unidades básicas e a unidade central da secretaria municipal de Saúde para resolução de problemas sobre medicamentos; a existência de recebimento de material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias da unidade; existência de estratégias de articulação entre a coordenação da AF e os programas PSF e existência de parceria entre a

coordenação de assistência farmacêutica do município e a coordenação estadual, como também nos indicadores que revelaram a satisfação dos usuários.

Contudo, foram detectadas fragilidades na qualidade das informações difundidas, nas parcerias implementadas e nos mecanismos de divulgação das estratégias de ausculta ao cidadão. O município 1 por exemplo não pontuou no indicador que revelava o grau de satisfação dos médicos e odontólogos com a qualidade das informações recebidas e no indicador que revela o conhecimento dos usuários quanto à existência de canais institucionalizados para receber críticas, sugestões sobre os serviços relacionados com medicamentos oferecidos na unidade e também obteve pontuação muito baixa nos indicadores que evidenciavam a diversidade de recursos incorporados a assistência farmacêutica municipal através de parceria com a coordenação estadual.

Já o município 2 apresentou pontuação máxima apenas nos indicadores que evidenciaram a existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as unidades básicas e a unidade central da secretaria da Saúde, para resolução de problemas sobre medicamentos, satisfação dos usuários em relação às condições físicas de armazenagem dos medicamentos e o tempo de espera para recebimento dos medicamentos.

Dos 13 indicadores que compõe a dimensão da sustentabilidade o município 2 não pontuou em 50% deles e obteve uma baixa pontuação em 30% deles. Apenas obteve uma pontuação alta para os indicadores que revelam: (i) existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as UBS e o nível central da SMS para solução de problemas relativos a medicamentos; e para (ii) o grau de satisfação dos usuários tanto em relação às condições físicas das farmácias das UBS quanto com o tempo de espera e o atendimento pelo profissional que dispensa medicamentos.

Embora estes achados analisados de uma forma global sejam negativos, é interessante observar que há satisfação dos usuários com os serviços farmacêuticos no

município, mesmo com as ressalvas que este tipo de indicador impõem. Contudo, chama-se atenção para a fragilidade deste grau de satisfação observado, na medida em que não houve pontuação para o indicador que revela satisfação com o recebimento do medicamento, o qual traduz o acesso ao medicamento, objetivo maior a ser perseguido pelo usuário do SUS. Isto relativiza a pontuação alta obtida pelos indicadores de satisfação anteriores, e acentua a gravidade dos problemas nesta dimensão da sustentabilidade neste município. Da mesma forma, é possível também questionar o resultado da alta pontuação para o indicador que revela existência de estratégias de comunicação entre o nível central da SMS e as UBS, na medida em que, a REMUME não é divulgada entre os prescritores, que acusam insatisfação com a qualidade das informações prestadas sobre os medicamentos existentes na unidade de saúde em que atende.

No caso do município 1 os avanços significativos encontrados nesta dimensão da sustentabilidade não contemplaram a positividade nos indicadores que sugerem a qualidade dos serviços, como a qualidade das informações emitidas pela CMAF sobre medicamentos aos prescritores. É importante lembrar que a CMAF é responsável pela coordenação da política de medicamentos no município, assumindo como objetivo a garantia do acesso e promoção do uso racional de medicamentos, e tendo como importante estratégia para este fim a disseminação de informações confiáveis e a adoção da REMUNE atualizada.

Também foram verificados nos dois municípios constrangimentos em relação à auscultação ao usuário, a qualidade de parceria interinstitucional e em relação à diversidade de recursos incorporados à assistência farmacêutica municipal através de parceria com a coordenação estadual.

De acordo com os formuladores do protocolo de indicadores (NEPAF, 2007) a imagem positiva da assistência farmacêutica, traduzida pela existência de mecanismos de gestão com potencial para dar sustentabilidade às suas ações; o grau elevado de inter-relação

da AF com outros setores da saúde na instituição, bem como a satisfação com a qualidade dos serviços por usuários e/ou por trabalhadores podem contribuir para elevar a sustentabilidade da gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal. No caso dos municípios estudados é possível que a imagem positiva da assistência farmacêutica ainda esteja em processo de construção, de acordo com o achados da avaliação realizada pelo NEPAF (2007).

### **c) Dimensão Operacional**

No que diz respeito à dimensão operacional, sustentada pela premissa de que as condições de existência de um conjunto de procedimentos e de mecanismos revelam aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da assistência farmacêutica no SUS, indica investimentos dos gestores do sistema municipal de saúde para assegurar e ampliar as condições logísticas, técnicas e gerenciais, o que soma para a capacidade de executar. Contudo, ao analisar mais detidamente tais resultados, verifica-se que alguns indicadores importantes desta dimensão tiveram pontuação máxima, a exemplo da existência de uma relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME) orientadora das prescrições; assim como satisfação com a diversidade dessa relação, apesar da REMUME não ser revisada e da quantidade de medicamentos distribuída as unidades básicas serem insuficientes para atender a sua demanda.

Ressalta-se que a quantidade de medicamentos distribuídos às unidades básicas está relacionada com a programação desses medicamentos, conforme foi revelado na dimensão organizacional, não estava sendo realizada por farmacêutico e sem obedecer a critérios técnicos. É possível que esta situação fomente uma distribuição inadequada de medicamentos, produzindo um círculo vicioso alimentado pela ausência do profissional farmacêutico à frente da gestão da assistência farmacêutica.

Apesar dos problemas identificados na programação de necessidades dos medicamentos, admite-se, segundo alguns informantes, que a seleção de medicamentos consegue atender à demanda da população, apesar da necessidade de sua atualização periódica, no sentido de atender a realidade epidemiológica do município.

No município 1, os achados revelam iniciativas técnicas, logísticas e financeiras para a aquisição e distribuição regular dos medicamentos às unidades básicas, porém nos dois municípios foi evidenciada ausência de iniciativas que garantam a diversidade do medicamento, adquirido e dispensado a população. Isto significa dizer que não existem nas unidades os diferentes tipos e especificidades de medicamentos previstos na relação municipal de medicamentos, considerados essenciais para atender as necessidades básicas da população.

Em ambos os municípios são garantidos os recursos para aquisição dos medicamentos, bem como são cumpridos pela Secretaria Municipal da Saúde, os prazos para o envio da prestação de contas financeira ao estado, e a disponibilidade financeira da contrapartida municipal do Programa Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica (PIAFB). Contudo, nos dois municípios constatou-se através dos relatórios do SIFAB que a totalidade dos recursos não são aplicados na aquisição de medicamentos do PIAFB mantendo saldos financeiros maiores que os valores a serem disponibilizados para os recursos trimestrais.

Conforme a legislação do referido Programa, este recurso deveria ser aplicado em medicamentos para atender a população na atenção básica de saúde. No entanto, conforme os achados acima descritos, o processo de aquisição e distribuição de medicamentos não vem suprindo de forma suficiente as unidades básicas, o que foi reforçado através das manifestações de insatisfação dos prescritores e gestores quanto à quantidade de medicamentos disponíveis.

Outro aspecto evidenciado nos dois municípios é o desconhecimento sobre o volume de recursos destinados a assistência farmacêutica, o que revela a falta de transparência do setor financeiro e ausência de controle da assistência farmacêutica.

O município 2, diferentemente do município 1, apresentou alguns procedimentos técnicos para a execução do processo de aquisição (utilização da denominação comum brasileira (DCB), emissão de parecer técnico, cadastro de pacientes nas unidades) e suprimento/distribuição dos medicamentos às unidades básicas. Esta situação contribuiu para uma melhor avaliação do município 2 em relação à dimensão operacional.

No entanto, chama atenção o fato de que, apesar da garantia dos recursos financeiros para aquisição dos medicamentos nos dois municípios, estes apresentaram baixa pontuação nos indicadores que revelam a qualidade do serviço ou produto ofertado, como por exemplo: não garantir regularidade na revisão da REMUME; não garantir as condições físicas e ambientais mínimas/indispensáveis (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos; não garantir a presença do farmacêutico como o profissional responsável pela dispensação de medicamentos. Estes achados levam a inferir que a dispensação ocorre sem orientação ao paciente sobre o uso de medicamentos, não há garantia na distribuição de medicamentos às unidades básicas em relação, por exemplo, as condições adequadas do transporte de medicamentos com base na Resolução CIB/BA.

Foi constatado, nos dois estudos piloto, que os medicamentos adquiridos são armazenados e transportados em condições inadequadas à garantia de sua integridade. E no que diz respeito a dispensação de medicamentos, aqui entendida como “um processo informativo referente ao tratamento, acompanhamento e avaliação farmacoterapêutica da prescrição” (BRASIL,2006), e assumindo que a presença do profissional farmacêutico é um pré-requisito essencial para a dispensação. Ou seja, o ato da dispensação é um ato farmacêutico, e nesse caso, a presença de farmacêutico lotado nas unidades básicas,

atendendo nas farmácias e serviços farmacêuticos e na distribuição de medicamento é uma condição necessária para a existência da dispensação.

Os resultados evidenciaram que o profissional farmacêutico, nos dois municípios, não é o responsável pela dispensação dos medicamentos à população. Esta ausência traz entre outras conseqüências a falta de informação ao paciente sobre o uso correto dos medicamentos, que é considerada como uma das principais causas da não adesão aos tratamentos.

Apesar destes problemas, chama atenção que os achados, a partir da leitura dos indicadores da dimensão operacional, revelaram a existência de investimentos dos gestores do sistema municipal da saúde para assegurar e ampliar as condições logísticas, técnicas e gerenciais, em relação à aquisição e distribuição dos medicamentos nos dois municípios estudados. No que diz respeito às condições adequadas de transporte, armazenamento e dispensação do medicamento a ser disponibilizado à população os achados não foram muito positivo, o que evidencia o entendimento de uma assistência farmacêutica fornecedora de medicamentos com enfoque apenas na aquisição e distribuição de medicamentos.

Assumindo a gestão descentralizada da assistência farmacêutica na atenção básica da saúde como a “capacidade de formular, articular e criar condições de implementação e sustentabilidade da assistência farmacêutica na atenção básica de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal” revelada através da análise das dimensões de sustentabilidade, organizacional e operacional, constata-se que a gestão da assistência farmacêutica nos municípios estudados revela constrangimentos nas três dimensões da gestão.

Assim, ao considerar esses dois municípios piloto como os que apresentam condições técnicas, gerenciais e administrativas diferenciadas, conforme sinalizadas anteriormente, quando comparadas com os demais municípios do estado da Bahia, não é demais supor que os constrangimentos à gestão da assistência farmacêutica no conjunto dos municípios baianos possam ainda ser mais severos.



## 5.2 FATORES DE CONSTRANGIMENTOS E DE OPORTUNIDADES PARA A GESTÃO DESCENTRALIZADA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A análise dos fatores intervenientes da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica foi realizada a partir dos discursos dos gestores e farmacêuticos responsáveis pela coordenação municipal da assistência farmacêutica (CMAF), dialogando com os resultados obtidos na avaliação realizada pelo NEPAF (2007) anteriormente apresentada.

Isto significou que a análise sobre os fatores que interferem na gestão da assistência farmacêutica foi realizada tomando como base o resultado obtido na avaliação e intensificando a busca das razões que produziram tais resultados. Para tanto, buscou-se identificar aqueles aspectos que através da leitura dos indicadores foram as que apresentaram dificuldades e resultados aquém do desejável, tomando como referência os parâmetros utilizados pelo modelo de avaliação adotado.

### **5.2.1- Autonomia Decisória**

A autonomia da coordenação da assistência farmacêutica representa um aspecto importante da sua gestão. Esta autonomia obteve um resultado na avaliação, que, ao ser analisado com mais profundidade no estudo intensivo, verificou-se que a maioria dos entrevistados discordou do resultado revelado pelo indicador. Cabe aqui esclarecer que no protocolo de indicadores, esta avaliação foi gerada a partir de uma pergunta aberta, onde os

atores<sup>20</sup> responderam sobre as decisões da CMAF concernentes a assistência farmacêutica. As respostas foram distribuídas em três categorias: 1) Questões relativas à formulação de diretrizes para a organização da assistência farmacêutica no município, 2) Questões relacionadas com as atividades do ciclo logístico e 3) Questões pertinentes às atividades de acompanhamento, orientação e supervisão as farmácias das UBS. Esta categorização foi baseada no disposto na premissa que orientou este indicador, a qual assumia que quanto maior a autonomia da coordenação da Assistência Farmacêutica para decidir sobre questões relativas a formulação de diretrizes para a assistência farmacêutica no município, ao ciclo logístico da AF e ao acompanhamento, orientação e supervisão das farmácias das UBS maior a capacidade de decisão da coordenação da assistência farmacêutica municipal sobre questões de interesse da assistência farmacêutica.

O parâmetro utilizado no protocolo de indicadores foi considerado pelos validadores do modelo como inclusivo, uma vez que identificou como ausência de autonomia apenas quando nenhuma das respostas categorizadas fosse objeto de decisão da coordenação municipal da assistência farmacêutica. Um baixo grau de autonomia foi considerado quando apenas uma das categorias foi informada como objeto de decisão da coordenação. Médio grau de autonomia para dois tipos de questões e alto grau de autonomia para respostas que incluíssem todas os três tipos de categorias de questões. A avaliação desta situação indicou baixa autonomia no município 1 e média autonomia no município 2.

Considerando a importância da autonomia decisória na análise da gestão, o estudo de caso procurou explorar os fatores que condicionam os constrangimentos à autonomia e em que medida ela se constitui de fato um problema para a assistência farmacêutica municipal.

Chama atenção para as contradições observadas nos discursos dos informantes-

---

<sup>20</sup> Na aplicação do protocolo dos indicadores os atores que responderam esta pergunta nos dois municípios foram: gerentes de unidades básicas, coordenadores de programas de saúde, coordenador do setor financeiro, gestor de saúde, farmacêuticos e coordenador de assistência farmacêutica.

chave sobre o grau de autonomia da CMAF. Tais contradições estão relacionadas com o entendimento sobre quais são as atribuições da coordenação da assistência farmacêutica. Isto significa que para aqueles que entendem que a coordenação de assistência farmacêutica deve apenas decidir sobre problemas operacionais relativos ao ciclo logístico há autonomia decisória da coordenação, enquanto para que aqueles que consideram importante que este setor também decida sobre a política de medicamentos e a organização desta assistência no município há constrangimentos a esta autonomia.

Ou seja, quando se admite a existência de autonomia, ela está relacionada às decisões sobre a logística, ao ciclo de AF, e a utilização do recurso dos programas de medicamentos. Quando a autonomia sofre constrangimentos, na visão dos entrevistados isto está relacionado ao número insuficiente de farmacêuticos e a não existência de recursos que possam ser usados para sua contratação e para a organização do serviço. Os depoimentos abaixo revelam estes entendimentos:

Em relação ao funcionamento em si, eu acho que nós temos autonomia em relação ao elenco, aos recursos municipais em relação à aquisição dos medicamentos dos programas, a logística do ciclo de AF, já em relação a prazos, eu não considero que seja falta de autonomia acho que conseguimos fazer programações semestrais, licitações semestrais, mas existem problemas com fornecedores que não cumprem os prazos (...) (Munic 2, ator 1)

a gente tem muito problema organizacional, nós achamos que somos poucos farmacêuticos, e em relação a isto nós não temos autonomia ...essa falta de autonomia na unidade eu acho que é basicamente pessoal, não é porque eu não quero, mas eu também não posso estar interferindo numa estrutura que eu vou duas vezes por ano. (Munic 2, ator 1).

(...) porque nós não temos também um recurso que a gente possa falar assim: vamos tirar o recurso disso aqui para que a gente possa estar contratando para que a gente possa estar organizando o serviço (Munic 2, ator1)

“(...) o setor tem autonomia o que existe são as dificuldades operacionais, dificuldades no processo de licitação de compra, dificuldade no processo de programação porque a gente não conhece nem a demanda das Unidades de saúde,...é difícil fazer a programação porque não há um sistema de controle e como há muita inconstância no processo de abastecimento... muitas unidades não têm a menor condição de espaço físico para poder armazenar e temos muita dificuldade no controle da dispensação em todas as unidades, não temos farmacêuticos em todas as unidades e há realmente um

descontrole importante, inclusive com perdas de medicamentos...”.(Munic 1, ator 3)

(...) o setor perdeu autonomia para comprar os medicamentos, para orientar em relação à formação de processos de solicitação de medicamentos, para definir as prioridades para aquisição, para definir o que tinha que ser modificado nas unidades, tudo isto foi perdido. (Munic 1, ator 1)

(...) nós não temos número de farmacêuticos suficiente, então por própria falta de tempo que nós não fazemos supervisão às unidades, que é importante, que nós já sinalizamos da necessidade de mais profissionais farmacêuticos não só no nível central como na rede como um todo( Munic 1, ator 2)

Chama atenção ao se analisar estes depoimentos, que os principais fatores que dificultam a autonomia são: incapacidade para contratar farmacêuticos e reduzir a insuficiência de profissionais para realizar as atividades, a ausência de recursos que possam ser utilizados na organização dos serviços. Ou seja, prioriza atividades que são essenciais na dimensão operacional da gestão em especial as atividades que envolvem a aquisição de medicamentos, enquanto que as atividades relacionadas à supervisão das unidades, definição de diretrizes quanto ao acesso de medicamentos e a promoção do uso racional de medicamentos à população não são realizadas.

Contudo, aqueles discordantes em relação ao grau de autonomia da coordenação, ao atribuírem elevada autonomia referem-se às decisões relacionadas à operacionalização do ciclo logístico em especial a seleção e aquisição dos medicamentos e não refletem a condução da política de medicamentos do município, ou apenas admite a autonomia sem fornecer substrato para tal argumento:

“Discordo que a coordenação não tenha autonomia, inclusive fazem muitos cursos fazem muitas reuniões exatamente para que? Para orientar e para supervisionar” (Munic 1, ator 3).

“Acho que o grupo da coordenação tem muita autonomia para a formulação dessas diretrizes tanto para a seleção, programação abastecimento aquisição (...) houve uma preocupação constante e grande com o abastecimento no sentido de realmente oferecer a população o acesso a esse bem essencial para manutenção e recuperação da saúde” (Munic 1, ator 3).

“... eu acho que temos autonomia sim, principalmente em relação ao ciclo logístico da assistência farmacêutica” (Munic 2, ator 1).

De outro modo verifica-se que a idéia de autonomia está relacionada com decisões sobre a organização e estruturação dos serviços farmacêuticos, a definição de prioridades na alocação de recursos e aquisição de medicamentos, a orientação de processos administrativos e a programação de medicamentos.

Contudo, ainda que o entendimento sobre autonomia reforce as questões mais procedimentais e logísticas, observou-se, nos depoimentos dos informantes-chave, do município 1, que a autonomia da CAF sofreu mudanças que trouxeram avanços e constrangimentos quando comparada com a gestão da saúde no governo municipal anterior. Assim por exemplo, segundo o depoente:

“(...). a AF decidia, é claro havendo disponibilidade de recurso, o que ia ser mudado em termos de estrutura nas unidades, em relação às farmácias, podia direcionar equipamentos para determinados serviços onde havia necessidade de maior remanejamento de recursos para determinado grupo de medicamentos, relocação de profissionais de uma unidade para outra.(...)..na gestão passada onde nós tínhamos uma plena autonomia. Com a mudança de gestor a AF foi desarticulada então todo aquele serviço, todas aquelas atividades toda aquela estrutura que nós tínhamos montado foi desfeita e aí se perdeu muito em reconhecimento e principalmente em autonomia e nesta nova gestão mais precisamente ano passado teve que se buscar tudo aquilo que tinha perdido” .(Munic 1, ator 1)

“antigamente a CAD que era a coordenação administrativa antiga da COAPES, era um distanciamento com a AF e a CAD era que gerenciava o almoxarifado de medicamentos, e com a mudança de governo o gerenciamento de medicamento do almoxarifado foi encaminhado para a AF” (Munic 1, ator2).

Esta situação revela a influência do poder hierárquico superior na definição do grau de autonomia de determinados setores da instituição, e que esta autonomia nem sempre é dada *a priori*, requer ações estratégicas e é resultado do entendimento que prevalece sobre a área e o setor em questão. Esta situação explica a descontinuidade observada na administração pública e na implementação de programas com impacto na autonomia decisória de suas respectivas coordenações. Segundo o depoente abaixo, do município 1:

(...) final de gestão reduz-se recurso para aquisição de medicamentos, uma vez que as prioridades passam a ser outras e a AF começa a decair, com a chegada de outro gestor é necessário fazer todo aquele trabalho de novo, de mostrar ao gestor a importância da AF (Munic 1, ator 1).

(...) Sem o apoio do gestor você não faz nada, primeiro você tem todo aquele trabalho de convencimento de mostrar a importância do serviço, de mostrar o porquê de toda aquela estrutura no início da gestão (Munic1, ator 1)

Esta situação ilustra um achado recorrente na literatura sobre a assistência farmacêutica, já discutido em capítulos anteriores deste trabalho, que diz respeito ao grau de importância desta área nas instituições de saúde, que por ser recente, traz reflexos no grau de autonomia de sua coordenação no âmbito estadual e municipal. Por exemplo, o estudo de caso revelou que a autonomia da AF é também constrangida pela ausência da inserção da assistência farmacêutica no organograma da secretaria da saúde, verificada nos dois municípios casos.

(...) o fato de não estar inserido no organograma já é um fator que dificulta, porém se evoluiu muito o ciclo agora é com a AF, não era antes... enviaram todos os processos de solicitação de medicamentos, todos os pareceres técnicos para licitação, é responsável pelo controle de estoque, agora está com a AF (...)" (Munic 1, ator2)

Isto é, a autonomia da AF não está consolidada sendo dependente do entendimento do gestor quanto à importância da assistência farmacêutica, o que a torna mais vulnerável do que outros programas, podendo ser desarticulada com mudanças políticas e administrativas na gestão do setor saúde.

A NEPAF ao parametrizar que uma CMAF para ter um grau razoável de autonomia deveria decidir sobre a formulação de diretrizes para organização da assistência farmacêutica no âmbito municipal, e principalmente sobre as atividades de controle de recurso financeiro, aquisição, reconhece, por sua vez que tal autonomia também depende do apoio do gestor e sofre interferências com as mudanças de secretários de saúde.

Contudo, é importante registrar que tanto os achados da avaliação, quanto os do estudo de caso realizado por esta pesquisa, confirmam a existência da autonomia da CMAF

para decidir sobre questões relacionadas ao ciclo da assistência farmacêutica, principalmente na emissão de pareceres técnicos para licitação, no controle de estoque, nos pareceres em processo de solicitação de medicamentos não selecionados, no atendimento as demandas do Ministério Público, na realização de supervisão, articulações e parcerias intersetoriais. Este conjunto de atribuições, para a política de medicamentos, é revelador de certo avanço na consolidação deste campo no âmbito da instituição de saúde. Mesmo com os constrangimentos identificados, os próprios entrevistados admitem estes avanços, conforme ilustram os depoimentos.

“O fato de não estar inserido no organograma já é um fator que dificulta a autonomia, porém se evoluiu muito, agora o ciclo da AF é responsabilidade da coordenação, não era antes... enviaram todos os processos de solicitação de medicamentos, todos os pareceres técnicos para licitação, o controle de estoque” (Munic 1, ator 2).

“Nós temos autonomia e ela vem aumentando, atualmente existe um trabalho com as assistentes sociais, que tem um outro elenco a parte, onde dependendo das condições desses pacientes é adquirido mensalmente essas medicações, nós farmacêuticos fazemos uma análise para verificar se o medicamento solicitado consta na relação municipal, a partir do momento que as farmacêuticas entraram neste circuito, observamos que facilitou muito este trabalho, acabando com as aquisições por marcas, e agilizando o acesso dos pacientes” (Munic 2, ator1).

Em síntese, é possível concluir, em relação à autonomia da coordenação da assistência farmacêutica no âmbito municipal que:

- (i) Se consolida através de articulações com outros setores da secretaria e isto depende de iniciativa do profissional e do comprometimento com o trabalho que ele executa.
- (ii) É constrangida pelas dificuldades operacionais: no processo de licitação de compra, de programação, transporte inadequado de medicamentos, armazenado de forma inadequada, a dispensação e programação de forma inadequada, ausência de sistema de controle de dispensação.
- (iii) Não está consolidada sendo dependente do entendimento do gestor quanto a

importância da assistência farmacêutica, o que a torna mais vulnerável do que outros programas, podendo ser desarticulada com mudanças políticas e administrativas na gestão do setor saúde.

- (iv) É também constrangida pela quantidade insuficiente de farmacêuticos e o descompromisso desses com as atividades da AF no setor público.
- (v) A autonomia existe apenas para decidir sobre algumas das atividades do ciclo logístico, principalmente a seleção, programação, distribuição e atividades de acompanhamento, orientação e supervisão às farmácias das UBS.

Estes aspectos reforçam a idéia de que a AF é entendida como fornecedora de medicamentos, e os problemas relacionados ao transporte de medicamentos, inconstância no abastecimento, dificuldades na programação, descontroles na dispensação foram considerados dificuldades operacionais das secretarias municipais sem que os informantes atribuíssem nenhuma responsabilidade à CMAF.

Diante do exposto é possível inferir, a partir dos diferentes achados, que a discordância quanto ao grau de autonomia da gestão da assistência farmacêutica do município relaciona-se com o entendimento de cada um dos atores em relação a sua abrangência. Esta situação se confirma a partir do fato de que o único informante que concordou com o resultado da avaliação realizada pelo NEPAF (2007) quanto aos constrangimentos nesta autonomia foi aquele que demonstrou em seu discurso uma visão mais ampliada da assistência farmacêutica.

No estudo de caso nos dois municípios piloto os depoimentos dos informantes-chave revelaram que este entendimento ainda não está consolidado, principalmente quanto à importância desta coordenação nas decisões sobre formulação de diretrizes para a assistência



farmacêutica no município, ou seja, quanto ao seu papel condutor da política de medicamentos no âmbito municipal, o que será discutido no item a seguir.

### **5.2.2- Entendimentos sobre a assistência farmacêutica.**

A Política Nacional de Medicamentos- PNM determina em seu texto oficial que:

O modelo de assistência farmacêutica será orientado de modo que não se restrinja à aquisição e distribuição de medicamentos(...) e que envolva atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade e utilização- nesta compreendida a prescrição e dispensação (BRASIL, 1998;p:14).

A todas estas funções é acrescentado, de acordo com a PNAF (BRASIL, 2004) a garantia da qualidade de produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de utilização dos medicamentos na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

No entanto, apesar do disposto na legislação, foi verificado na avaliação realizada pelo NEPAF (2007) e no estudo de caso realizado pela autora desta dissertação, que ainda persiste o entendimento de que a assistência farmacêutica é responsável apenas pelo fornecimento dos medicamentos, com ênfase na sua aquisição e disponibilização com inexistente ou limitadas ações que promovem o seu uso racional. Este resultado é também recorrente na literatura, e já foi discutido anteriormente neste estudo.

Este entendimento limitado da assistência farmacêutica é um fator que constrange o apoio político em relação à institucionalização do setor, que ainda não consta na estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde dos dois municípios, apesar de constar dos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia na Programação Pactuada Integrada (BAHIA, 2004,2005, 2006). Constrange também a

implantação de estratégias que subsidiam a gestão da assistência farmacêutica municipal.

“A não inserção da assistência farmacêutica no organograma da secretaria municipal deve-se ao fato do gestor não ter entendido ainda muito bem a importância da AF, ter compreendido exatamente o que consiste a AF”(Munic1,ator1)

“(...) Essa é uma solicitação antiga da AF desde a gestão passada estamos mostrando a necessidade de recursos específicos (na programação orçamentária) para aquisição de medicamentos mas, eu não sei se foi o fato do gestor não ter se sensibilizado ou não ter reconhecido de certa forma a necessidade de alocação desse recurso isto não tem sido feito.” (Munic 1, ator 1)

“Eu acho que a assistência farmacêutica não consta ainda no organograma por falta de conhecimento do gestor sobre a gestão da AF, da importância desse setor, com impacto inclusive econômico na secretaria municipal” .(Munic.1 ator 2)

A forma como os farmacêuticos concebem a assistência farmacêutica parece influenciar seu compromisso com o setor, na medida em que também revela as crenças e valores consolidadas historicamente, através das experiências e da observação pessoal em relação à assistência farmacêutica no SUS e em relação à forma como valorizam seu trabalho.

“(...) o que facilitou essa autonomia eu acho que as próprias ações mesmo da AF, apesar do grupo ser pequeno,...todos assumiram o compromisso de buscar as coordenações e mostrar nosso trabalho” (Munic. 1, ator 2)

“(...) temos o descumprimento de carga horária, tem farmacêutico com múltiplos vínculos de trabalho, não tem carga integral na secretaria(...),o que revela mais falta de compromisso do profissional” (Munic 1, ator 3).

“(...) acredito que não houve empenho dos farmacêuticos para articular com os outros setores da secretaria, no sentido de mostrar a importância das propostas da AF no sistema de saúde, e assim, inserí-las no Plano Municipal de Saúde.”(Munic1,ator1)

“...farmacêutico é um pouco inibido não valoriza sua própria profissão, e acredito até por não saber da sua importância e do papel da AF no serviço público e na saúde pública” (Munic 1. ator 2).

A falta de clareza do gestor sobre a abrangência da assistência farmacêutica é vista como fator que constrange a institucionalização da assistência farmacêutica, impede a definição de recursos na programação orçamentária da secretaria. No entanto os depoimentos revelam que falta clareza quanto à assistência farmacêutica também para os farmacêuticos, o que segundo o depoente do município 1, constrange o funcionamento da CFT.

“(...) Acredito que a CFT não está funcionando em função da falta de reconhecimento dos farmacêuticos sobre a necessidade de colocar a CFT para funcionar”. (Munic1, ator 1)

Chama a atenção, que em reunião do Conselho Municipal de Saúde no município 1 a CFT é reconhecida como integrante da assistência farmacêutica, apesar de ser citada apenas para atualizar a relação de medicamentos essenciais, inclusive com a participação direta do CMS, conforme discurso do conselheiro de saúde:

“uma das coisas que estou preocupada nesse momento é que em dois mil, nós tínhamos uma CFT que é parte integrante nessa questão da assistência farmacêutica e ela foi totalmente destituída. Hoje existe uma relação de medicamentos que precisa ser avaliada. Alguns medicamentos poderão ser incluídos e outros excluídos e o CMS quer trabalhar nessa questão” (Reunião do Conselho Municipal de saúde, Município 1, 29/06/2005, reunião 258).

Existe um entendimento limitado sobre a função da CFT, o que inviabiliza a efetivação de sua finalidade de ser uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo de toda a equipe de saúde para selecionar medicamentos essenciais, assessorar a gestão nas questões referentes a medicamentos e promover ações educativas (BRASIL, 2006) (MARIN, 2003).

Chama atenção na operacionalização da CFT a desmotivação dos profissionais, e a priorização das atividades com enfoque nas questões relacionadas à seleção de medicamento, em detrimento de questões relacionadas a definição de diretrizes clínicas, definição de critérios para solicitação de medicamentos não selecionados, possivelmente devido ao entendimento da assistência farmacêutica apenas como provedora de medicamentos.

‘não é fácil identificar dentro da rede, profissionais que sejam realmente comprometidos com a CFT , que participem das reuniões e colaborem com as questões ali discutidas”(Munic 1, ator 2)

“neste momento está sendo priorizada a revisão da REMUME, o mais importante é fazer uma avaliação do que já existe.no elenco, a definição dos critérios para dispensação dos medicamentos, fica para um segundo momento(...)”(Munic. 2,ator1)

É importante revisar a REMUNE , porque tem que enxugar, porque não adianta ter uma relação enorme e não conseguir manter, tem que otimizar”(Munic 1; ator 2)

Por outro lado, a constituição da CFT é entendida também como um avanço para o município, mesmo com a limitação do número de farmacêuticos. Nesses casos é verificada uma visão ampliada da CFT, inclusive assumindo a importância do envolvimento do Ministério Público na definição de critérios para a dispensação de medicamentos não selecionados. No entanto, ainda prevalece o propósito de viabilizar a gestão da assistência farmacêutica no sentido principalmente de racionalizar recursos financeiros.

(...) a nossa proposta é elaborar um programa de dispensação de medicamentos não selecionados, isto é uma das funções da CFT e para poder regulamentar isto, será necessário discutir com o ministério publico, para evitar que a secretaria, adquira qualquer coisa independente de estar na REMUNE, de ter protocolo clinico ou não, o que inviabiliza qualquer gestão financeira da assistência farmacêutica (Munic 1, ator2).

(...) houve progresso, conseguimos com muita dificuldade depois de muito tempo constituir a CFT, que foi um avanço importante, agora tivemos uma limitação muito grande no quantitativo de farmacêuticos existente dentro da secretaria preparamos um concurso público que infelizmente ainda não foi possível de se realizar(...) (Munic 1, ator3).

“A CFT ativa facilita em relação a medicamentos, em relação a protocolos que é uma coisa que tem que ter uma equipe multiprofissional para que possa ser respaldada, para que seja respeitada na secretaria, e assim melhorar a aplicação dos recursos”

Outro aspecto que merece destaque é o entendimento de que a assistência farmacêutica não é um serviço de saúde e sim uma área de apoio aos serviços de saúde o que de acordo com o depoente justifica a ausência de programação orçamentária para a AF.

“até porque na lógica do orçamento por programa, os programas vêm refletir as metas da secretaria de saúde em termos de serviços de saúde e a AF é uma área de apoio a diversas ações de saúde”(Munic 1, ator3).

A ausência de previsão orçamentária facilita o descontrole sobre a aplicação dos recursos financeiros pela CMAF, possibilitando a não aquisição de medicamentos essenciais, além de dificultar o acompanhamento das metas orçamentárias e de planejamentos futuros. De acordo com os depoentes, os recursos da contrapartida federal deixaram de ser aplicados por

um determinado período devido a ausência de controle e acompanhamento da CMAF e desconhecimento do setor financeiro.

“a equipe do setor financeiro não utilizava o recurso da contrapartida federal esse continuava aplicado e conseqüentemente rendendo e aí aumentando o saldo ao longo do tempo o que vem reduzindo atualmente (Munic 1, ator 1).

eles (setor financeiro) estavam pagando a aquisição dos medicamentos da farmácia básica com outra fonte de recursos nem estavam utilizando os recursos da farmácia básica.. Porque eles realmente não sabiam... o Fundo não tinha esse conhecimento e não estavam pagando, então quando chegamos(...) fomos informar(...)”.(Munic 1, ator 2).

Logo, a ausência de definição orçamentária para a assistência farmacêutica não apenas para aquisição de medicamentos como também “orçamento específico para comprar outros medicamentos que não seja farmácia básica, não só medicamento como estruturação das farmácias” (Munic. 1, ator2) revela um entendimento da assistência farmacêutica apenas como fornecedora de medicamentos e assim não justifica a existência de planejamento orçamentário, acompanhamento e avaliação dos resultados, promovendo constrangimentos em relação à priorização do setor na instituição, e em relação à transparência dificultando o controle social.

O entendimento limitado quanto à abrangência da assistência farmacêutica leva a supor que o conceito adotado na Legislação Federal sobre assistência farmacêutica ainda não está consolidado no país. A prática dos serviços farmacêuticos revela que ainda vigora o enfoque no fornecimento de medicamentos.

Assim, questões referentes à formulação de diretrizes que garantam o acesso e promoção do uso racional de medicamentos não estão sendo priorizadas, não estão definidas diretrizes que orientem o acesso da população a medicamentos não selecionados, o que dificulta o acesso da população a medicamentos, e aumenta o número de solicitações de medicamentos por vias judiciais.

“(…) o que acontece é que nós temos processos administrativos e judiciais para aquisição de medicamentos não selecionados(...) onde não tínhamos, no

elenco da REMUNE, medicamentos que pudessem substituir (Muni 1, ator 1)

(...) as assistentes sociais encaminham solicitação de aquisição de medicamentos com o nome comercial, pois elas não sabem que aquele medicamento faz parte do elenco municipal, aí a gente tem que adquirir esses medicamentos. Agora estamos instruindo o processo”( Munic 2, ator1.)

Na verdade, não se espera do setor da Assistência Farmacêutica municipal a execução de diversas atividades que são de sua competência, como a programação e controle de estoque de medicamentos nas unidades básicas e disseminação de informações estratégicas para a dispensação e prescrição de medicamentos. Os problemas identificados nessas atividades são creditados a falta de regularidade no abastecimento de medicamentos, e na falta de prioridade dada aos medicamentos pelos profissionais das unidades, conforme depoimentos:

“Acho que é um problema de gerência de local de trabalho, porque o gerente da unidade sabe o que tem na sua unidade e o que não tem, ele faz os pedidos de abastecimento, é uma questão de estar transferindo esta informação para o conjunto dos prescritores principalmente os médicos e para enfermeiras”(Munic 1, ator 3).

“(…) as pessoas que são responsáveis pela RM (requisição de material) são pessoas que não tem qualificação realmente para estar elaborando RM, não tem conhecimento de programação” (Munic 1, ator 2).

(…) sempre tem um profissional de nível superior que assume a farmácia mas a gente sabe que ele assume mais ou menos não assume de fato, que ele já tem as suas atribuições, que não é o medicamento, ele assume porque ele é obrigado assumir, porque na unidade de saúde existe o medicamento, mas em compensação ele não assume de fato ( Munic 2, ator 1).

(…) gerente de unidade fica na dúvida se no próximo mês vai ter medicamento então faz um pedido maior, para poder se precaver aí armazena na unidade e depois o consumo é pequeno e quando chega no outro mês sobra, às vezes há problema deste tipo mas fundamentalmente é baseado na falta de regularidade e de credibilidade”(Munic 1, ator3).

De acordo com Marin para atender as novas exigências do setor de assistência farmacêutica, após a publicação da Política Nacional de Medicamentos:

há uma necessidade de adaptação urgente da farmácia e da educação farmacêutica ao novo paradigma que está emergindo, de forma inexorável, dos novos avanços da ciência e da tecnologia em todos os seus ramos. O

profissional farmacêutico necessita, para fazer frente aos novos desafios, desenvolver competências e habilidades técnicas, gerenciais, políticas e cognitivas (MARIN, 2003;p:127).

Esta necessidade de adaptação foi reconhecida neste estudo não apenas para o profissional farmacêutico, mas também para as instituições de ensino e de saúde, principalmente no depoimento do município 1:

"(...) quando saímos da faculdade a realidade é outra, você realmente não sai preparado para trabalhar no serviço público, você não sai preparado para a assistência farmacêutica, os profissionais não estão preparados para a AF, para a gestão, pois o farmacêutico seja no nível central ou na unidade de saúde é um gestor, e ele tem que atuar como gestor do medicamento, da farmácia"(Munic 1 , ator 2).

“Há problemas aí que são estruturais, a gente tem na secretaria municipal uma estrutura muito frágil do ponto de vista da sua própria equipe, são pessoas corretas dedicadas, profissionais, mas que foram durante muito tempo, pouco valorizadas, não só do ponto de vista salarial como do ponto de vista do seu desempenho técnico” (Munic.1 ator 3).

O entendimento de que a assistência farmacêutica não é um setor de saúde mas apenas fornecedora de medicamentos limitada às atividades de aquisição e distribuição, constringe a institucionalização do setor, tornando-o mais vulnerável do que outros programas, conforme revelada no item autonomia, possibilitando sua desarticulação com as mudanças políticas e administrativas na gestão do setor saúde.

A dificuldade de avançar para o entendimento de uma assistência farmacêutica mais abrangente como prevê a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica possivelmente está relacionada com enfoque no abastecimento de medicamentos, com vinculação da assistência farmacêutica com o chamado ciclo logístico ou operacional limitado à seleção, aquisição, controle de estoque e distribuição de medicamentos.

O ciclo logístico da assistência farmacêutica, apesar de representar um avanço no degrau de conhecimento e (re)conhecimento da assistência farmacêutica ainda se sustenta num modelo reducionista, influenciado pelos princípios orientadores da abordagem sistêmica

no campo das teorias das organizações. Este modelo apesar de representar didaticamente a interdependência das etapas operacionais da assistência farmacêutica, e pretender propor maneiras eficientes e racionais de organizar a assistência farmacêutica não consegue abranger todos as dimensões desse setor, uma vez que esta abordagem, de acordo com Guimarães (1983; p: 40) “ao simplificar a realidade da organização social dos serviços de saúde, não dá conta dos determinantes que interferem na problemática do setor, os quais certamente não são redutíveis a modelos esquemáticos da realidade.”

Assim, pode-se deduzir que este modelo esquemático que representa a assistência farmacêutica, conhecido como ciclo logístico ou operacional da assistência farmacêutica, reflete um entendimento ainda limitado, o qual, por sua vez, também reflete uma concepção de gestão também reducionista. Nesta perspectiva, resente-se, para o crescimento e consolidação deste campo de práticas, a incorporação de outras dimensões que envolvem a gestão de um sistema, de um programa e/ou de uma política, que ultrapassem as fronteiras administrativas e operacionais e incorpore aspectos estratégicos que venham a contribuir para a garantia do acesso e da promoção do uso racional de medicamentos essenciais com qualidade à população.

### **5.2.3 Recursos disponíveis no setor de assistência farmacêutica**

#### **5.2.3.1 Farmacêuticos**

Quanto ao número insuficiente de farmacêuticos na execução das atividades da assistência farmacêutica, tanto nas atividades gerenciais como nas atividades mais operacionais nas unidades básicas de saúde é recorrente em outros estudos realizados no país



sobre sua avaliação, e reconhecido no depoimento dos atores nesta pesquisa como um fator que constrange o desenvolvimento da assistência farmacêutica municipal.<sup>21</sup>

“(…) em função mesmo do tamanho da equipe da AF, são muitas unidades, o serviço é grande, a demanda é muito grande, e o número de profissionais é bastante reduzido”(Munic 1, ator 1).

(…) a maioria das unidades de saúde não tem farmacêutico(…)(Munic 1, ator 2).

(…) só vai conseguir melhorar esse ponto geral de programação, aquisição, armazenamento e distribuição e dispensação a partir do momento que a gente efetivamente tiver pelo menos um pouco mais de farmacêutico nessa estrutura” (Munic. 2 , ator1).

Esta centralidade na presença do farmacêutico é reconhecida pela OMS e outras organizações internacionais ao afirmar que este é “o profissional de saúde com o melhor perfil para a condução de todas as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos.” (MARIN, 2003; p:127) .

O CONASS (2007) reconhece o farmacêutico como o profissional responsável legalmente pelo medicamento, considerando como imprescindível sua presença para o desenvolvimento das etapas relacionadas à assistência farmacêutica.

(…) tais como seleção, programação, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. Também é estratégica a participação do farmacêutico no processo de aquisição de medicamentos, em especial na elaboração das especificações, estabelecimento de critérios técnicos e emissão de parecer no julgamento das propostas (CONASS, 2007 p.27).

Esta importância também foi referida pelos informantes dos municípios estudados:

“(…) sinalizamos sobre a necessidade de mais profissionais farmacêuticos não só no nível central mais na rede como um todo” (Munic 1, ator 2).

---

<sup>21</sup> Gomes (2003) avaliação em 27 Estados brasileiros, Mayorga e col (2004) analisaram seis estudos realizados em Minas Gerais, Bahia, Rio Grande do Sul, Guerra Jr e col(2004) em duas regiões de Minas Gerais entre outros concluíram que os municípios e estados encontraram problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, ausência ou insuficiência de farmacêuticos, e debilidade na infraestrutura

“(...) existem problemas com o estoque de medicamentos das unidades, problemas organizacionais devido a falta de farmacêutico lá mensalmente ou semanalmente que ele possa tá acompanhando de perto se realmente está saindo, mas penso que é insuficiente, e posso ter falhas aí nesse processo, precisava ter farmacêutico o tempo todo fazendo essas atividades de programação, controle de estoque, dispensação(...)”(Munic 2, ator1)

Do mesmo modo, esta situação foi também reconhecida pelo Conselho Municipal de Saúde do Município 1, conforme se detectou no texto da ata da Reunião do Conselho no ano de 2005:

Nós sabemos que, há uma deficiência de profissionais. O medicamento não pode ser dispensado por outro profissional que não seja farmacêutico. E as unidades de saúde, não estão contempladas com a presença desse profissional em todas elas. O concurso público se faz necessário. (Reunião do Conselho Municipal de saúde, Munic.1,29/06/2005, reunião 258).

No entanto nas unidades básicas de saúde, as atividades de programação, dispensação e armazenamento são realizadas sem a presença do farmacêutico, e devido ao número reduzido desse profissional até mesmo as supervisões não tem periodicidade definida, o que constringe inclusive a atuação do setor nessas unidades.

Nós somos poucos farmacêuticos (...) nós fazemos supervisão semestral nas unidades, nós não estamos no dia a dia das unidades de saúde. Então assim, é complicado para nós, mesmo enquanto coordenação estar interferindo no dia a dia de uma unidade que efetivamente não participamos (Munic 1, ator 1).

“(...) a maioria das unidades não tem farmacêutico então este é um dos principais problemas que leva a uma falta de gerenciamento efetivo na unidade, a uma programação inadequada”( Munic 1, ator 2).

“É importante ter alguns farmacêuticos a mais na estrutura operativa porque não adianta a gente ter farmacêutico só na parte organizacional e a operação a gente ficar fazendo essas supervisões só semestrais , só anuais a gente não vai conseguir um retorno”(Munic 2, ator1)

A insuficiência de profissionais farmacêuticos somados a valorização das ações de aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos, provoca o afastamento do farmacêutico e da equipe de saúde de outros aspectos que integram a Assistência Farmacêutica contribuindo para uma “visão fragmentada dos serviços quanto à questão medicamentos” (MARIN, 2003;p:130)

Apesar dos problemas provocados pela insuficiência do farmacêutico na execução de atividades da assistência farmacêutica no município, não há priorização na sua contratação, o que pode ser constatado ao se comparar o quantitativo desse profissional com outros profissionais de saúde como médicos e enfermeiros, o que leva a supor que ainda não está clara a importância do trabalho desse profissional para os serviços de saúde.

#### 5.2.3.2 Inadequação da estrutura física

Os resultados da avaliação e o estudo de caso revelaram que a gestão da assistência farmacêutica também é constrangida pela inadequação da estrutura física da farmácia, da central de abastecimento farmacêutico (CAF).

“(…) muitas unidades não têm a menor condição de espaço físico para poder armazenar e temos muita dificuldade no controle da dispensação, não temos farmacêuticos em todas as unidades e há realmente um descontrole importante, inclusive com perdas de medicamentos(Muni 1;ator 3);

(…) atividades técnicas da AF não são realizadas de forma satisfatórias em função da própria estrutura da AF, quando falo em estrutura é estrutura física, em relação RH e também estrutura logística e em função da conjuntura política também atual que acaba influenciando” (Munic1, ator 1).

“(…) têm unidades que são ótimas excelentes a parte estrutural com estantes com pallets e tem unidades que faltam tudo(…)a estrutura precisa ser urgentemente melhorada” (Munic 2, ator 1)

De acordo com Marin (2003; p: 124) a OMS organizou diversas reuniões com especialistas para discutir o papel do farmacêutico na atenção à saúde. Logo na primeira reunião, realizada em Nova Delhi, em 1988, foi destacado pelo diretor da OMS, a inutilidade de se empreender esforços no sentido de racionalizar a atenção à saúde, de alocar recursos e modernizar as instituições se a prestação dos serviços fracassam pela ausência de infraestrutura adequada. A OMS chama atenção que é no abastecimento de medicamentos que

se evidencia a necessidade de infra-estrutura para a atenção aos pacientes, e recomenda ainda que só é possível organizar os serviços com a inserção do farmacêutico como membro vital na equipe de atenção à saúde.

Mesmo com o entendimento de que a assistência farmacêutica é apenas fornecedora de medicamentos, foi verificada nos dois municípios uma inadequada infra-estrutura para garantir as boas práticas de armazenagem dos medicamentos, seja nas centrais de abastecimento farmacêuticos (CAFs) municipais, seja nas unidades básicas de saúde, ou seja no transporte desses medicamentos.

(...) realmente os locais de armazenamento das unidades, eu visitei muitas unidades não visitei todas, de modo geral (...) há problemas estruturais se não em todas, na grande maioria das unidades” (Munic 1, ator 3)

(...) os medicamentos estão sendo transportados de forma inadequada, armazenado de forma inadequada, a dispensação e programação de forma inadequada (...) temos problemas em toda a cadeia desde o momento da programação das necessidades passando pelo processo de aquisição, armazenamento, distribuição, condições de dispensação nas unidades e orientação, prescrição problema também de falhas aí dos profissionais, de controle da dispensação nas unidades enfim é o processo de AF é uma cadeia em que há problema nos diversos elos dessa cadeia” (Munic 1, ator 3)

Desse modo as condições físicas e ambientais mínimas/indispensáveis (iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos não são garantidas na CAF nem durante transporte às unidades básicas, assim como não esta garantida a presença do farmacêutico responsável pela dispensação de medicamentos, que leva a falta de orientação ao paciente sobre o uso de medicamentos.

Destaca-se nos achados deste estudo que a temperatura inadequada e a falta de espaço físico e de prateleiras e pallets nos locais de armazenamento dos medicamentos, afetam a estabilidade do medicamento, uma vez que a temperatura é uma condição ambiental diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações, podendo acelerar a

indução de reações químicas, ocasionando a decomposição dos produtos e alterando a sua eficácia (BRASIL, 2001)

Mesmo com o reconhecimento de que essas condições trazem prejuízos ao serviço farmacêutico, a CMAF não tem autonomia para resolvê-los devido ao entendimento de que se trata de problemas estruturais da secretaria e não são da competência da CMAF, que inclusive não dispõe de recursos financeiros para estruturação, até mesmo para aquisição de aparelhos de ar condicionado.

“Na CAF (almoxarifado) na época era complicado(...) existia uma empresa, terceirizada, que não cumpria as normas, nem de boas práticas de armazenamento, os medicamentos ficavam armazenados em temperatura inadequada, não obedecia ao método de dispensar de acordo com a validade, não existia um controle de estoque eficiente, o armazenamento dos medicamentos não estavam subordinados a AF e isso gera uma programação inadequada” (Munic 1, ator 2).

“(...) é importante se já tivesse orçamento específico para a assistência farmacêutica, não só para medicamento, mas para a estruturação das farmácias. Porque nós precisamos de ar condicionado, mas vai tirar recursos de onde? Não existem recursos específicos. Nós temos conhecimento dos problemas da ponta em relação a estrutura, mas aí vem a parte dos recursos, agora nossa esperança é que a portaria que prevê o bloco de gestão e dentro desse bloco tem o componente de estruturação dos serviços da AF(...)” (Munic 1, ator 2)

“(...) muitas unidades não tem a menor condição de espaço físico para poder armazenar e temos muita dificuldade no controle da dispensação em todas as unidades não temos farmacêuticos em todas as unidades e há realmente um descontrole importante, inclusive com perdas de medicamentos. Esses problemas são devidos a dificuldades estruturais da secretaria não estão relacionados com a autonomia da coordenação da assistência farmacêutica.” (Munic 1, ator 3)

“(...) seria muito válido, se tivesse um recurso destinado em Portaria para a parte organizacional, para que efetivamente o município possa estruturar o serviço de AF tanto na coordenação como nas unidades”(Munic 2, ator 1).

Outro aspecto que chama atenção é a ausência de controle de estoque dos medicamentos, que traz um grande prejuízo à gestão da assistência farmacêutica, provocando programação e aquisições inadequadas, que levam a perdas de medicamentos por validade e desperdício de recursos.

“(…) houve um aumento muito grande no fornecimento, no abastecimento, agora neste momento em que se aumentou a oferta aumentou o abastecimento houve uma perda de medicamentos por esta falta de controle.” (Munic 1, ator3)

“(…) inclusive tinha medicamento vencidos no almoxarifado, claro hoje ainda tem como herança que foi comprado de forma absurda, já tinha estoque no almoxarifado consumo baixo e foi comprado quantidade elevada e acabou vencendo (…) até hoje temos no almoxarifado, alguns venceram, outros não(…) por causa dessa programação inadequada só que isto agora não mais acontece” (Munic 1, ator 3).

“(…) não temos um controle efetivo dos estoques nas unidades, porque só fazemos supervisão semestral, e os pedidos são feitos por eles, assim, se esta unidade não está fazendo as anotações sobre o consumo de medicamentos, como realmente deve ser, a AF tem problemas a programação de compras de medicamentos do município” (Munic 2, ator1)

### 5.2.3.3 Articulação e construção de parcerias

As articulações e parcerias, de acordo com a avaliação indicam iniciativas de gestão voltadas para o aperfeiçoamento da relação entre os setores, e se revelou neste estudo como um dos fatores que facilitam a gestão da assistência farmacêutica.

“As articulações interpessoais, intersetoriais são extremamente importante eu acho que foi este um dos fatores que fez com que a AF crescesse dentro da secretaria, hoje todos os setores nos procuram...” (Munic. 1 , ator 2).

No entanto, a ausência de articulação se revelou como um fator que dificulta essa gestão, conforme foi constatado entre o setor financeiro da Secretaria Municipal de Saúde e o setor de assistência farmacêutica, que somada a ausência de provisão orçamentária promoveu, no Município 1, descontrole da aplicação dos recursos financeiros pela CMAF, levando a não aplicação desses recursos na aquisição de medicamentos essenciais, e dificultando o acesso da

população.

“(...) por falta de orientação mesmo da equipe do setor financeiro não utilizava o recurso da contrapartida federal esse continuava aplicado e conseqüentemente rendendo e aí aumentando o saldo ao longo do tempo o que vem reduzindo atualmente”. (Munic 1, ator 1)

Apesar do reconhecimento da importância das articulações e parcerias sua efetivação não é tão simples, segundo os informantes do Município 1, principalmente devido ao número insuficiente de profissionais uma vez que isto depende da sua motivação e do seu investimento, além do apoio do gestor municipal.

“é muito difícil para o profissional trabalhar na coordenação, na programação, na parte administrativa e ao mesmo tempo ser executor. No momento que você começa interagir com outras coordenações...isto vai demandar tempo para reuniões ou discussões. Como a demanda da AF é muito grande e são poucos farmacêuticos praticamente não sobra tempo para essa articulação que é muito importante”.(Munic. 1, ator 1)

“(...) motivadas pela própria necessidade do setor. É tão importante esse vínculo com as instituições de ensino e serviço público... depende mais do setor de nos abrir e procurar ficar próximo do ensino, das universidades(...)” (Munic1, ator 2) .

“a gente tem buscado este tipo de parceria, mas temos uma serie de dificuldades justamente em função do tamanho da equipe” (Munic 1, ator1)

“ficávamos esperando que o Estado tomasse essa postura, essa iniciativa juntamente com o Ministério da saúde. Tínhamos aquela mentalidade de esperar os níveis superiores de gestão que é o estadual e o federal propor parcerias ao município” (Munic 2, ator1)

Outra dificuldade para consolidar as parcerias e articulações está no entendimento equivocado de que articulação pode significar delegar a outros setores, atividades ou atribuições que o setor de assistência farmacêutica não tem condições de realizar por falta de pessoal. Assim, no município 2, as articulações foram vista como não trazendo resultado de consolidação e crescimento para o setor de assistência farmacêutica.

“(...) achávamos que podíamos resolver os nossos próprios problemas, que não precisávamos de ninguém,...e achávamos que essas supervisões semestrais eram suficientes... que não ia faltar medicamento, mas continuava faltando. Assim, a gente passou algumas atividades, que deveria ser nossas da AF, para a coordenação da atenção básica(...). Passamos a nos articular

com esta coordenação e eles começaram a desempenhar, muitas vezes, um papel que seria da AF, pela nossa falta de pessoal, e impossibilidade de estar mais rotineiramente na unidade de saúde.”.(Munic. 2, ator 1)

Chama atenção que tanto nos resultados da avaliação realizada pelo grupo NEPAF (2007) quanto as observadas neste estudo, com exceção da referência para o envio da prestação de contas financeira do Programa Assistência Farmacêutica Básica e o recebimento dos medicamentos referentes às contrapartidas gerenciadas pelo estado, não foram encontradas evidências de macro articulação ou parceria entre a coordenação municipal de assistência farmacêutica a instância estadual e a Federal.

Cabe supor que não está instituída uma rede que permita o compartilhamento de informações e conhecimentos entre as instâncias de governo, o que contribui para a desarticulação da assistência farmacêutica, e para a ausência de clareza quanto à abrangência do referido setor. Assim, a depender do entendimento do gestor a assistência farmacêutica pode ou não ser priorizada no plano de governo, ou seja, os municípios ou assumem o ônus na adoção de estratégias locais para solucionar problemas comuns no cenário nacional, que muitas vezes não são eficazes e até já foram testados em outro cenário, ou ficam aguardando que as instâncias Federal ou estadual tomem uma providência quanto aos problemas locais, que muitas vezes podem ser resolvidos com estratégias simples e de baixo custo. Na verdade, nenhuma dessas atitudes é benéfica para a gestão, podendo trazer prejuízos econômicos e sociais à instituição e à população.

Ainda em relação à construção de parceria entre as instâncias de governo, para o município 1 esta pode vir a ser constrangida se os executivos locais forem de partidos de oposição ao governo estadual ou federal, ficando dependentes da postura dos profissionais e técnicos, com atuação no setor. Assim por exemplo:



“Na época já tínhamos uma relação boa (...) os técnicos apesar de ser da gestão oposta, os técnicos eram técnicos mesmos e do nosso lado também ai tínhamos uma relação normal”(Munic. 1, ator 2)

Diante do exposto, é possível identificar que as parcerias e articulações foram os principais fatores que parecem facilitar a gestão, ainda que os depoimentos apontem para uma articulação inter-pessoal ou intra-setorial, e não revelem macro articulações, o que permite sustentar o resultado baixo encontrado na dimensão da sustentabilidade para o grau de inter-relação da assistência farmacêutica . Contudo, as iniciativas de parcerias podem desenvolver permutas de informações e conhecimentos entre diferentes pessoas e organizações e estabelecer uma rede que assuma soluções partilhadas em termos de produtos e serviços, cooperações técnicas, logísticas, entre outras. Estas iniciativas fazem parte do elenco de outras ações de natureza mais política e estratégica e que estão sendo consideradas como essenciais na gestão de programas e políticas públicas na sua concepção mais contemporânea adotada por esta pesquisa.

#### 5.2.3.4 Participação

Um número maior de atores participando do processo de planejamento revela, de acordo com o modelo de avaliação proposto pelo NEPAF (2007), a ampliação do processo decisório sobre questões relativas à assistência farmacêutica, com transparência e em ambiente democrático. No entanto, os atores envolvidos com a assistência farmacêutica nos municípios estudados ainda não incorporaram o planejamento participativo nas suas práticas.

“(...)não houve tempo para se articular com outros profissionais para elaborar este plano, então ele se restringiu a equipe e mais alguns outros profissionais que colaboraram, acredito que em função da conjuntura política daquele momento” (Munic 1, ator 1).

Assim não foi privilegiada a composição multiprofissional na realização do planejamento, particularmente do Plano de Assistência Farmacêutica, que foi realizado sem levar em consideração os atores que iriam executá-lo nas unidades básicas de saúde.

“O plano que tem lá, não posso nem opinar muito, porque na época eu também era farmacêutica do centro de saúde e também não participei de sua elaboração” (Munic.1, ator 2).

Considerando que o foco desse estudo é a gestão descentralizada da assistência farmacêutica no contexto atual do SUS e que este prevê um planejamento participativo com controle social, uma vez que estes instrumentos de planejamento dão visibilidade sobre o desempenho das responsabilidades do gestor, sua elaboração é considerada estratégica para a organização do setor e para a consolidação do SUS. Tal assertiva é também partilhada por (MARIN, 2003; p:57), que afirma que “Quem mais conhece a realidade é quem dela participa.... quem planeja deve ser o executor do plano a ser elaborado e conhecedor da realidade que se pretende transformar”.

Por outro lado já se percebe nos dois municípios estudados uma preocupação em garantir a participação de diversos atores no processo de planejamento e decisão da assistência farmacêutica principalmente em relação à composição da CFT. Buscam ter maior respaldo entre os profissionais do serviço e também em relação à elaboração do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica, envolvendo não só os farmacêuticos das unidades mas também os gerentes de unidades, prescritores, enfermeiros e demais profissionais de saúde.

“(…) foi elaborado um novo plano e para elaboração desse plano, todos os farmacêuticos estão participando não só farmacêuticos porque estamos realizando oficinas nos distritos sanitários”(Munic 1, ator 2)

“(…) e para elaborar o plano não pode ser algo de cima para baixo, tem que esta envolvendo todos os atores que vai operacionalizar, não só os farmacêuticos, como os gerentes de unidade, os atendentes, os médicos ne, os coordenadores da vigilância sanitária dos distritos sanitários, e isso é o que está ocorrendo.”(Munic 1, ator 2)

“(…)fizemos várias reuniões para elaboração do PMAF, eu não lembro de ter médico nas reuniões, agora em relação a farmacêutico todos os farmacêuticos da rede participaram. Tiveram representante das coordenações, pessoas que trabalham aqui no nível central. Na minha opinião é o seguinte, os profissionais da ponta, da unidade não se viram representados nestas reuniões,(…)é a dificuldade que você tem” (Munic 2,ator1)

No âmbito do Conselho Municipal de Saúde ainda prevalecem as decisões sobre questões relacionadas ao abastecimento de medicamentos, seja em relação à falta de medicamentos, seja em relação a pactuação quanto à sua aquisição, ou até a problemas provocados pela dispensação inadequada, conforme se constatou nas atas das reuniões dos conselhos dos dois municípios :

“(…)o que estava causando descontentamento na comunidade era falta de medicamentos na unidade (Reunião do Conselho Municipal de saúde, Munic 2, reunião 13/2005)

Diz que é muito grave a questão da dispensação equivocada de medicamentos” (Reunião do Conselho Municipal de saúde; Munic 2,Reunião 07/2005)

“resultado de acordo feito entre municípios do Estado da Bahia e o Governo do Estado, determinando quem compra .medicamentos para DST e quem compra medicamentos de infecções oportunistas, dentre os medicamentos de DST pactuados que serão comprados pelo município, estes serão com recursos próprios” (Reunião do Conselho Municipal de saúde; Munic 1, Data: 23/03/2005, Reunião251)

Estes achados evidenciam que questões relacionadas com a gestão da assistência farmacêutica estão sendo pauta de discussão nas reuniões do CMS. Chama atenção por exemplo que os conselheiros estão solicitando a implementação de atividades relacionadas com a organização da assistência farmacêutica, com ênfase na interação do farmacêutico com o paciente como: i) a atenção farmacêutica, ii) presença de farmacêutico orientando as dispensações de medicamentos, iii) sala apropriada para orientação farmacêutica, iv) visita domiciliar para acompanhamento do uso de medicamentos para pacientes que estão com problemas de locomoção. Essas discussões, no âmbito dos Conselhos de Saúde, em particular do Conselho do Município 1, são relevantes, pois evidenciam sinais de avanço sobre o entendimento da assistência farmacêutica.

(...) existe uma preocupação dos farmacêuticos na simples dispensação onde apenas o paciente recebe e leva um monte de medicamentos para casa e às vezes tomam de forma inadequada, é necessário que exista algo mais que amplie a qualidade de vida para esse paciente que vai fazer uso desses medicamentos, de forma racional, segura e com qualidade, que é a atenção farmacêutica, e que se faça um acompanhamento do uso destes medicamentos, nas residências dos pacientes (Reunião do Conselho Municipal de saúde Munic 1,23/03/2005; reunião 251).

(...) É preciso definir a política de medicamento de assistência farmacêutica. Nessa questão da assistência farmacêutica, o acesso não é tão importante, pois não podemos trabalhar apenas com produtos, mas com o serviço da assistência farmacêutica. O paciente precisa ter segurança na aquisição desse medicamento. Então, o uso racional deve ser trabalhado na sua íntegra, o acompanhamento desse paciente no uso e utilização desse medicamento. (Reunião do Conselho Municipal de Saúde”; Munic1,29/06/2005; reunião 258)

Chama atenção que o planejamento dos serviços de assistência farmacêutica não incluem ainda os usuários dos serviços de saúde, o que pode ser comprovado inclusive ao se constatar que a divulgação dos instrumentos de escuta aos usuários e trabalhadores foi recebida como uma estratégia importante a ser ainda implantada no sentido de subsidiar o planejamento e tomada de decisão. Quando essas estratégias existem, não há uma preocupação se sua divulgação está atingindo o público alvo e nem no sentido de utilizá-las para subsidiar o planejamento ou avaliar o serviço, apenas como um canal de reclamações do usuário.

“(...) as unidades de saúde como um todo não existe canal de reclamação, sugestão; eu acho que é interessante colocar uma urna, para a população expor suas críticas, sugestões, não importa o que seja. Eu acho, que não só em relação a AF, mas em relação aos serviços como um todo(...) Estes resultados podem mostrar coisas que não estava planejado e que é prioridade para a população e pode levar a um redirecionamento de nossas ações(...)”(Munic 2, ator1)

“Existe ouvidoria e nós recebemos já solicitação de informação por parte da ouvidoria para esclarecer ao paciente. A principal reclamação é a falta de medicamento. Em todos os postos de saúde tem um cartaz com o número da ouvidoria(...)” (Munic 1, ator 2)

“(...) os números de reclamações , sugestões referente à AF é grande. Nas unidades os murais tem os numero da ouvidoria. Me espantou que até os profissionais da unidade desconhecem(...)”(Munic.1, ator 1)

Conclui-se que apesar dos constrangimentos evidenciados tanto na avaliação realizada pelo grupo NEPAF (2007) e confirmadas e analisadas a partir do estudo mais

intensivo em relação aos fatores condicionantes de uma gestão orientada por decisões mais partilhadas, a assistência farmacêutica apresenta avanços no sentido de incorporar práticas mais democráticas de planejamento, possibilitando a participação mais diversificada de atores. É possível que parte destes avanços observados seja decorrente daqueles observados no processo de descentralização do SUS, embora verifica-se que, no caso das decisões sobre medicamentos, ainda não se observa a inclusão dos usuários do serviço, o que evidencia a prevalência do enfoque da assistência farmacêutica centrada no medicamento e não no paciente/usuário. Esta situação reforça a tendência tecnicista predominante nesta área, o que leva a priorização de aspectos mais administrativos e técnicos e que tem no ciclo operativo (logístico) da assistência farmacêutica sua representação mais emblemática. Esta visão fortalece o entendimento desse setor como aquele fornecedor de medicamentos, e não favorece uma gestão pautada em estratégias de ausculta mais ampla envolvendo diferentes atores, inclusive o paciente/ usuário do Sistema Único de Saúde.

## **6 DESAFIOS DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE**

A assistência farmacêutica se constitui num território de várias outras disciplinas, teorias e modelos analíticos, com objetivo de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais à população através do Sistema Único de Saúde. Assim, sua gestão incorpora os princípios da descentralização, transparência, autonomia e participação orientadores do SUS, tendo o indivíduo como centro de sua atuação e o medicamento como objeto de trabalho.

Neste percurso, chama atenção a abrangência do entendimento sobre a assistência farmacêutica. Observa-se que ainda vigora um entendimento minimalista, ou seja, esta é vista como um setor responsável apenas pelo fornecimento de medicamentos com enfoque na sua aquisição e distribuição, orientado portanto, em princípios organizacionais com forte viés burocrático. Estes princípios, ainda que sustentem a organização do campo da assistência farmacêutica no âmbito do sistema de saúde, limitam de forma excessiva seu campo de atuação, levando a uma fragmentação das atividades com impacto na construção de uma prática centrada no medicamento, e apoiada na garantia do seu acesso e do seu uso racional. Esta situação propicia, por exemplo, a não responsabilização pela CMAF de problemas operacionais relacionados ao transporte de medicamentos, inconstância no abastecimento,

programação, dispensação e armazenamento. Nesse sentido, o grau de autonomia da assistência farmacêutica passa a ser uma variável dependente da concepção que o gestor máximo ainda detém sobre a área, deixando-a vulnerável às mudanças políticas e administrativas na gestão do setor saúde, e constrangida pelas dificuldades operacionais, pelo número insuficiente de farmacêuticos e pelo comportamento desse profissional. A falta de clareza sobre a abrangência da assistência farmacêutica também provoca constrangimentos ao apoio político para a institucionalização e previsão orçamentária do setor, e ao apoio técnico para a operacionalização da CFT.

Quanto ao comportamento dos farmacêuticos, com características de menos comprometimento com a construção de novas práticas no campo da assistência farmacêutica, este revela a forma como historicamente a assistência farmacêutica vem sendo concebida, cuja ênfase encontra-se no medicamento como insumo ou meio, e pouca ou nenhuma ênfase no paciente/cidadão, tendo o medicamento apenas como um instrumento de trabalho, contrário ao previsto na Política Nacional de assistência Farmacêutica.

Conclui-se que a visão minimalista sobre a assistência farmacêutica e sua abrangência, traz constrangimentos significativos para a área, reduzindo-a ao ciclo logístico, o que leva a um enfoque centralizado no medicamento, priorizando as atividades operacionais com prejuízos das atividades de formulação de diretrizes para organização da assistência farmacêutica no município, supervisão às unidades básicas e principalmente as de orientação ao paciente e a comunidade sobre o uso racional de medicamentos.

O propósito maior da gestão da assistência farmacêutica é a garantia de acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. No entanto, os achados revelam uma preocupação apenas no fornecimento de medicamentos. E mesmo as atividades do ciclo logístico da assistência farmacêutica, que diretamente contribuem para o uso racional de medicamentos como a seleção, programação e dispensação dos medicamentos foram

constrangidas pelo entendimento da AF com enfoque no fornecimento de medicamentos. Tais achados confirmam o disposto nos pressupostos desse estudo e revelam uma realidade ainda bastante insuficiente em relação a este campo de atividades voltado para o medicamento e seu uso racional. Isto aponta, do ponto de vista prospectivo, para uma trajetória que ainda requer definições de prioridades, no sentido de construir oportunidades efetivas para promoção de mudanças no quadro da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

Um achado que reforça esta assertiva é o número insuficiente de farmacêuticos atuando na assistência farmacêutica municipal, seja na coordenação (instância central da SMS) para o desenvolvimento das atividades de articulação, de parcerias e de supervisão, seja nas unidades básicas, principalmente no desenvolvimento de atividades de programação, armazenamento e dispensação de medicamentos. Municípios na condição de gestão plena do sistema municipal, não ter, num período de mais de cinco anos, efetuado um concurso público para contratação de farmacêuticos, e contar apenas com quatro farmacêuticos atuando na rede pública do SUS são resultados que falam por si. Ou seja, revelam a prioridade dada a este campo de atividades e ao papel que este profissional tem a desempenhar neste campo. Se tal situação foi observada em município na condição de gestão plena do sistema municipal, referência inclusive de modelo de organização de sistema de saúde local no estado da Bahia, não é demais supor que esta é a realidade predominante neste estado, e, possivelmente, na maioria dos estados brasileiros. Alguns estudos de caso realizados têm apontado nesta direção.

Aliado a esta situação encontram-se os problemas relacionados à falta de estrutura física e de equipamentos adequados para garantir as boas práticas de armazenamento, o que por sua vez coloca em risco a estabilidade dos medicamentos e a qualidade do tratamento dos pacientes. A constatação da precariedade das condições físicas dos serviços públicos é um achado recorrente.



Contudo, o que se pretende chamar atenção nesta pesquisa é que, apesar de avanços observados com a consolidação do SUS, com o aporte de recursos da esfera federal para a saúde nos municípios, e em particular para a assistência farmacêutica, os espaços físicos destinados ao armazenamento e dispensação de medicamentos nas unidades de saúde continuam sendo os mais reduzidos do ponto de vista da área física, além de não contarem com requisitos essenciais em termos de temperatura, luminosidade e outras condições essenciais para preservar a qualidade do medicamento. Por outro lado, a não destinação de um espaço adequado para o funcionamento do serviço farmacêutico inviabiliza a prática da dispensação e da atenção farmacêutica, que requer uma relação mais próxima, inclusive física, com o paciente, dificultando ou inviabilizando o exercício de uma atividade voltada para a garantia do uso racional do medicamento.

Esses achados revelam que há ainda um caminho relativamente grande para ser construído em termos de capacidade operativa dos municípios no processo de descentralização da gestão da assistência farmacêutica. Observa-se ainda um grande distanciamento entre o disposto na legislação sobre a assistência farmacêutica e o que efetivamente vem sendo compreendido pelos gestores e pelos próprios farmacêuticos, gerando os equívocos ainda observados no âmbito da organização dos serviços de saúde municipais.

Confirmando o pressuposto inicial desse estudo, ainda prevalece sobre a assistência farmacêutica uma visão mais procedimental, de atividade meio, lhe conferindo a condição de fornecedora de medicamentos, o que leva a priorização de atividades voltadas para a aquisição e distribuição dos medicamentos para as unidades básicas, em detrimento de um conjunto de ações que garanta o seu uso racional. Esta situação, associada ao entendimento ainda parcial sobre a assistência farmacêutica, favorece a condução da sua gestão para atender mais as atividades de natureza técnica-administrativa-gerencial do que as

de natureza estratégica ou aquelas que fomentem maior participação, autonomia e sustentabilidade dos seus resultados.

Apesar de este percurso ser longo, é importante ressaltar que os avanços observados são reveladores de que a construção deste campo de atividade está em pleno curso. Assim, é importante observar a autonomia das Coordenações Municipais de Assistência Farmacêutica para decidir sobre o ciclo da assistência farmacêutica, principalmente nas atividades relacionadas à aquisição, supervisão, articulações e parcerias, apesar de serem constrangidas pelo número insuficiente de profissionais. Ainda que estas decisões tenham, na maioria das vezes, um caráter meramente administrativo, como já dito anteriormente, do ponto de vista histórico contextual é inquestionável que tal autonomia representa um avanço para a construção do campo da assistência farmacêutica.

Nesta perspectiva, as articulações e construções de parcerias entre órgãos do setor saúde e órgãos públicos municipais, entre unidades de saúde e entre esferas de governo se afirmaram como fatores que facilitam a gestão da assistência farmacêutica e que apesar de todos os constrangimentos revelados, são achados que também indicam progressos que apontam oportunidades para a construção deste campo de práticas. Cabe aqui ressaltar que as articulações e parcerias são dependentes diretamente do comportamento dos farmacêuticos, o que significa dizer que apesar do ainda insuficiente número de farmacêuticos observado, e de denúncias de descomprometimento deste profissional com o desenvolvimento desta área, algumas iniciativas, a exemplo das acima citadas, são reveladoras de oportunidades para o crescimento e consolidação da assistência farmacêutica no SUS no âmbito municipal.

Por fim, é possível concluir, ainda que de forma provisória, como todo estudo de caso, que a assistência farmacêutica dos municípios estudados apresentam avanços no sentido de incorporar práticas mais democráticas, que possibilitam a participação mais diversificada de atores, apesar de ainda não incluir os usuários do serviço, o que evidencia a prevalência do

enfoque mais tecnicista da gestão da assistência farmacêutica, centrada no medicamento e não no usuário. Esta prevalência tem como principal fator o entendimento minimalista da assistência farmacêutica, como fornecedora de medicamentos, cuja representação encontra-se no modelo do ciclo logístico da assistência farmacêutica, que tem sido a referência utilizada com mais ênfase nestas últimas décadas.

A reversão desta lógica tecnicista para uma lógica pautada numa concepção de gestão que incorpore dimensões técnicas, políticas e estratégicas ainda está em construção no bojo do processo de consolidação de novas práticas e modelos assistenciais de saúde, o que significa dizer que a construção de novas práticas de gestão é um processo social e histórico e transcende portanto mudanças de arranjos formais e logísticos.

## REFERENCIAS

ACURCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. v. 1. 124 p.2003

ARAUJO, Aílson da Luz André de; FREITAS, Osvaldo de. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** , São Paulo, v. 42, n. 1, 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 02 Ago 2007.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 19 jan 2006.

AVENA,J.P. **Assistência farmacêutica no Estado da Bahia: regionalização ou desconcentração?**. Monografia de Especialização em Gestão Pública. – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006, Orientador: Prof. Dr.Uaçai de Magalhães Lopes. (Mimeo).

BAHIA-a. **Plano Estadual de Saúde- 1996/1999**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador. 1996. (mimeo)

BAHIA-b. **Relatório de atividades do GT de assistência farmacêutica**. Secretaria da Saúde do estado da Bahia. Salvador. 1996. (mimeo)

BAHIA/CENDRHU. **Organização da assistência farmacêutica no SUS/BA**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 1996(mimeo)

BAHIA. **Relatório de Atividades 1998**. Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica. SESAB. (Mimeo)

BAHIA/CIB. **Resolução nº 33/99**. Estabelece critérios para descentralização da contrapartida federal do Programa Incentivo a assistência farmacêutica básica ao fundo municipal de saúde. Comissão Intergestora Bipartite. 1999. (Mimeo)

BAHIA-a, Secretaria da Saúde. **Decreto nº 7.565**, de 05 de maio de 1999, Extingue a Empresa de Produtos Farmacêuticos da Bahia Ltda – BAHIAFARMA e dá outras providências, Diário Oficial do Estado, Salvador, 6 abr.1999.

BAHIA-b. **Plano Diretor da Assistência Farmacêutica 1999-2002**. Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 1999. (Mimeo)

BAHIA. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde**. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da gestão Descentralizada de Saúde - SUDESC, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 2002. (Mimeo)

BAHIA-a. **Relatório de Gestão 2003**. Coordenação Estadual de assistência Farmacêutica. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. 2003. (mimeo)

BAHIA-b, Governo da Bahia. **Projeto de Reorganização do Sistema de Saúde do Estado da Bahia - FASE I**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 2003, (versão preliminar 13/08). (Mimeo)

BAHIA. **Relatório de Gestão 2004**. Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. 2004. (mimeo)

BAHIA-b. **Relatório Assistência Farmacêutica**: Missão do Projeto Saúde Bahia. Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. 2005. (mimeo)

BAHIA-c Secretaria da Saúde. **Relatório Projeto Saúde Bahia**: assistência farmacêutica. Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. 2005. Salvador. (Mimeo)

BARATA, LRB; TANAKA, Oswaldo Yoshimi e MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. [online]. mar. 2004, vol.13, no.1 [citado 02 Agosto 2007], p.15-24. Disponível na www: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo>.

BERMUDEZ, J.A.Z., 1995. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**. Crítica da Política de Medicamentos no Brasil. São Paulo: Ed. Hucitec/ Sobravime.

BRASIL, **Lei 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. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS - NOB - SUS 01/96**. Publicada no D.O.U.de 6/11/1996.

BRASIL-b. Farmácia Básica. Programa 1997/98. **Ações e metas prioritárias**. Ministério da Saúde. 1997(mimeo)

BRASIL-c. **Manual de normas e procedimentos**. Farmácia Básica. Ministério da Saúde. 1997(mimeo)

BRASIL, **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: MS, out.1998.

BRASIL-a , **Portaria nº 176**, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados no incentivo a Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 47-E, 11 mar. Seção 1,pt1.

BRASIL b, **Portaria nº 1.077**, de 24 de agosto de 1999. Estabelece critérios para a implantação do Programa para aquisição de Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde mental. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 163-E, 25 ago. Seção 1,pt1.

BRASIL.a. **Assistência farmacêutica na atenção básica:** instrução técnica para sua organização. Ministério da Saúde, secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de atenção básica, Gerencia técnica de Assistência Farmacêutica. 1º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL-b. **Incentivo à assistência farmacêutica básica:** o que é e como funciona. Departamento de Atenção Básica. Elaborado por: Luchesi, Geraldo; et al. Brasília: Ministério da Saúde. Serie A. Normas e manuais técnicos nº112. 40p. 2001.

BRASIL,(SAS). **Seminário Internacional:** tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. São Paulo, 11-14 de agosto 2002. Oficina n 2: Relação entre Níveis de Governo na Gestão dos Sistemas de Saúde. Texto-base para debate (mimeo). Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/documentos/seminario internacional](http://www.ensp.fiocruz.br/documentos/seminario_internacional). Acesso em: 09/2007.

BRASIL-a. **Portaria GM nº. 2084,** 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.DOU. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 20 fev. 2006.

BRASIL-b. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil:** estrutura, processo e resultados. OPAS/OMS; Ministério da Saúde.Brasília. Serie técnica medicamentos e outros insumos para a saúde. 2005.260p.

BRASIL. **Assistência farmacêutica na atenção básica:** instrução técnica para sua organização. Ministério da Saúde, secretaria de Ciência, tecnologia e Insumos estratégicos, Departamento de assistência farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 . 100p.:il. serie A Normas e Manuais Técnicos.

CARTA DE ITAPARICA. **Documento do I encontro Nacional de Assistência Farmacêutica.** Itaparica-Bahia. 12 de março de 1988. (mimeo).

CEARÁ. **Relatório assistência farmacêutica nos locais de saúde do Ceará.** 1996. Mimeo.

CFE. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 308.** Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias. 2 de maio de 1997.

CNS. Conselho Nacional de Saude. **Resolução Nº 338,** Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de 06 de maio de 2004. Brasília.

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Câmara técnica de assistência farmacêutica- Relatório. **IV oficina de Trabalho e 6º Assembléia Ordinária do CONASS.** Recife, Pernambuco, 12 a 14 de novembro de 1997.(mimeo).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final.** Assistência Farmacêutica. p.91-113.1998-a (mimeo).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Câmara técnica de assistência farmacêutica-**Relatório reunião extraordinária.** Brasília. 25 e 26 de ago de 1998-b.(mimeo).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006.

CONSENDEY, M.A.E.; BERMUDEZ, J. A. Z.; REIS, A.L.A et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.171-182, jan/mar 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 02 Ago 2007.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre at al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira (Org). **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 2.ed. Rio de Janeiro:Fiocruz,1997.p.29-47.

DRAIBE, Sonia Miriam. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas, In: **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo, Instituto de Estudos Especiais, 2004. p.15– 42.

DUPIM.JAA. **Assistência farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: Editora Segrac;1999.

FENAFAR - Federação Nacional dos Farmacêuticos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 10ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 1996, 2p.

FERNANDES, Ana Márcia; CASTRO, Claudia; LUIZA, Vera, Arcabouço legal da Política Nacional de Medicamentos no Brasil: Uma revisão. In: GARCIA, Márcia(Org.)... et al.. **Vigilância em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004.v.1, trabalho 1, p.13-42.

HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Eletrônico**. Século XXI - Versão 3.3 Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. CD-ROM. dicionário Aurélio Eletrônico (AE) versão 3.0 que corresponde a versão integral do Dicionário Aurélio - Século XXI.

FERREIRA, Avilmar.S. Competências gerencias para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva** [online], 2004, vol.9, no.1, p.69-76. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Acesso em: 14 de Maio de 2006.

FRAGA, F.N.da Rosa. **A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal**. 2005. 157f. Dissertação de mestrado profissionalizante em Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Defesa em 29.09.2005. Orientador: Prof. Dr.Paulo Eduardo Mayorga Borges.

GOMES, C.A. P **Formação de Recursos Humanos para a Área Farmacêutica**. A Assistência Farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectivas. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos-CGEE, 2003. 15p. Disponível em: <http://www.cgee.org.br/atividades/index.php>. Acesso em: 12 de Abr de 2006.

GUERRA JR, Augusto Afonso, ACURCIO, Francisco de Assis, GOMES, Carlos Alberto Pereira *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Mar. 2004, vol.15, no.3, p.168-175. ISSN 1020-4989.

GUIMARÃES M. C. L. et al. **Relatório do projeto: avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica.** Grupo de pesquisa NPGA. Escola de Administração. Universidade Federal da Bahia, e a Superintendência de Gestão Pública – SAEB/Governo do Estado da Bahia, 2007. (mimeo).

\_\_\_\_\_. **Os impasses da modernização em saúde: o caso da regionalização**, 1983. 182f. Dissertação de mestrado em Saúde Comunitária. Instituto de Saúde Coletiva:Universidade Federal da Bahia, Salvador, Orientador: Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim.

\_\_\_\_\_. **Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais**, Bahia, 1993- 1998 [Tese de Doutorado]. Salvador: Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia; 2000.

\_\_\_\_\_ et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1642-1650, nov-dez, 2004.

MARTINS JUNIOR, Fernando. Análise do processo de implantação do SUS no Brasil.In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.**Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS**. CONASS Documenta. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2004. N°6, p.62-86.

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana M. C.; TEIXEIRA, Jorge J.V.(org.) **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul (RS):EDUCS,2000.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, 2003, vol.8, no.2, p.439-448. ISSN 1413-8123.

MARIN, Nelly. (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**./Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003. [373]p., ilu

MAYORGA, P. ; FRAGA, Flávia ; BRUM, Carolina Karan ; CASTRO, Édison Fernando de . Assistência Farmacêutica no SUS: quando se efetivará? . In: Maria Ceci Misoczky; Ronaldo Bordin. (Org.). **Gestão Local em Saúde: Práticas e Reflexões**. 1 ed. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004, p. 197-215. Disponível em :[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_local\\_em\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_local_em_saude.pdf). Acesso em: 13 de Abr de 2006.

MENEZES, A.M.F. **O Processo de Descentralização e as Contas Públicas**: um estudo sobre as bases financeiras municipais baianas.Salvador: 2002,187p.

MINAYO, Cecília. **O Desafio do Conhecimento- Pesquisa: Qualitativa em Saúde**. 2ª Edição. São 1993:48-49

MOTTA,FP. **Teoria das Organizações: evolução e crítica**. São Paulo: Pioneira . 1986.



\_\_\_\_\_. **Teoria Geral da Administração**: uma introdução. São Paulo: Livraria Pioneira, 11ª edição, 1984

NASCIMENTO Jr.J.M. **Avaliação da assistência farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis/SC**. Dissertação de Mestrado, Departamento de Pós-Graduação em Saúde Pública:Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,2000.

NEPAF. Resumo Executivo. Projeto: “**Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**: um modelo em construção”. Guimarães. Maria do Carmo Lessa. Coordenadora. 2007. (Mimeo).

NORONHA, J. C de; LIMA, L.D de ; MACHADO. C.V. A gestão do Sistema único de saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. 2. ed.Brasília: Ministério da Saúde. 2006.304p.: il.Série B. Textos Básicos de Saúde.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde **Rev. Saúde Pública**, Oct. 2000, vol.34, no.5, p.547-549. ISSN 0034-8910.

OMS **Promovendo o uso racional dos medicamentos: principais componentes**. Geneva:2002.Traduzido por Carlos Vidotti , Rogério Hoefler e Emília Silva. Disponível: <http://www.cff.org.br/revistas/36/farmacoterapeutica.pdf>. Acesso em 18/abr/2006.

\_\_\_\_\_. **Estratégia farmacêutica de la OMS - Lo esencial son los países**,2004-2007. Ginebra: OMS, 2004.12p. disponível em: <http://www.who.int/medicinedocs/collect/edmweb/pdf/s5522s/s5522s.pdf> Acesso em : 12 jun de 2007.

OPAS. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: 2002. 24p.

PACHECO, F; AGUIAR. M.G.; QUEIROZ A M., **Diagnóstico de Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia**. Universidade Federal da Bahia -Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia ISC/UFBA,Secretaria de Saúde do estado da Bahia- SESAB. Salvador, 1998. (mimeo).

PACHECO, F; AGUIAR. M.G.; **Diagnóstico de Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia**. Universidade Federal da Bahia -Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia ISC/UFBA,Secretaria de Saúde do estado da Bahia- SESAB. Salvador, 2001. (mimeo).

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência Saúde Coletiva**, 2003, vol.8, no.2, p.557-567. ISSN 1413-8123.

PAIM.J. S. Quando a municipalização não é o caminho. In: **Tema/RADIS**. Fundação Oswaldo Cruz, p.27-28,1991.

PASTANA, C.F. **Práticas de Avaliação na gestão descentralizada de saúde** : a experiência de Vitória da Conquista 1998-2001. 154f. Dissertação de Mestrado em Administração – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Suzana Moura.

PEREIRA, A. **A Produção descentralizada de medicamentos essenciais no instituto de tecnologia em fármacos do Estado do Rio de Janeiro** : Um diagnóstico estratégico de sua implementação Dissertação de Mestrado. Escola de Administração Pública. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro. 1995.

MARINHO PEREIRA, L.A M. **Análise de programas e ações em assistência farmacêutica para a disponibilidade de medicamentos essenciais no programa Saúde da Família**. 2005.102p. Dissertação de Mestrado. Curso de mestrado em Gestão da Assistência Farmacêutica do Programa de Pós-Graduação em Ciências farmacêuticas/UFRGS, Porto Alegre, 17 de jun de 2005.

PERINE, E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACÚRCIO, F.A. (Org.) **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Editora Medica, 2003.136p.

REHEM SOUZA a R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001; vol.6, n.º 2, p.451-455.

RENAME. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais**: RENAME. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 5.ed.Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 286p:il.serie B. Textos Básicos de Saúde.

SANTICH, I.R. Bases conceptuales para la estructuración y organización. In: SANTICH, IR, GALLI A. **La Asistencia Farmaceutica en el Sistema Unico de Salud de Ceará: elementos para su transformación**. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde; 1995.

SANTOS, S.C, Guimarães, M.C.L e Araujo Filho, V.F. **Governança e Políticas Públicas: Reflexões sobre uma proposta em construção de estrutura de gestão de políticas públicas no âmbito estadual**, Salvador, 2006 (mimeo).

SCHRAIBER, Lilia Blima, PEDUZZI, Marina, SALA, Arnaldo *et al*. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência Saúde Coletiva**, 1999, vol.4, no.2, p.221-242. ISSN 1413-8123.

SOBRAVIME. **O que é o uso racional dos medicamentos**. São Paulo: SOBRAVIME. AIS-LAC.2001.

SOUZA-a, Celina. **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 06 Set 2007.

SOUZA-b.Celina. **Políticas Públicas: Conceitos, tipologias e sub-áreas**. São Paulo. 2002. trabalho elaborado para a fundação Luiz Eduardo Magalhães.

TANAKA, Oswaldo, MELO, Cristina. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. MAGALHÃES, M. L. & MERCADO, F. J (ORG). Petrópolis: Vozes, 2004, 607p, p 121-136.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria, HARTZ, Zulmira M. Araújo, CHAVE, Sônia Cristina Lima *et al.* Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Feb. 2007, vol.23, no.2, p.355-370. ISSN 0102-311X.

VIEIRA-DA SILVA, Ligia Maria. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Zulmira de Araújo Hartz, Ligia Maria Vieira-da Silva (Orgs). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p15-41.

## **APÊNDICE A - Roteiro de perguntas ao Gestor municipal de Saúde e Coordenador da AF municipal**

---

(Estas questões foram formuladas com base nos resultados obtidos pela avaliação realizada pelo Grupo de pesquisa -NEPAF)

### **Questões:**

#### **Dimensão Organizacional - 5 questões**

1. A que a Sra atribui o fato da AF não fazer parte do organograma da SMS?
2. Por que as reuniões da CFT não vêm ocorrendo com regularidade?
3. Na opinião da Sra o quê dificulta a participação dos profissionais envolvidos na AF na elaboração do PMAF?
4. A que a Sra atribui o fato de que apesar do Coordenador da AF referir ter participado da elaboração do PMS, as propostas da AF não são incorporadas ao referido plano?
5. A que a Sra atribui o fato da CMAF possuir baixa autonomia para decidir sobre questões relativas a formulação de diretrizes para a AF no município, ao ciclo logístico da AF e ao acompanhamento, assessoramento e supervisão das farmácias das UBS?

#### **Dimensão Operacional – 6 questões**

1. Porque o município vem realizando regularmente aquisição de medicamentos que não constam na REMUNE?
2. Estes medicamentos foram avaliados pela CFT?
3. A que a Sra atribui o fato das atividades técnicas como as referentes à operacionalização do ciclo logístico da AF não estarem sendo realizadas de forma satisfatórias ?
4. Porque não são contratados profissionais farmacêuticos em número suficiente para atender as necessidades da AF municipal?
5. Na sua opinião que fatores dificultam a aplicação do valor financeiro total disponível no SIFAB para aquisição de medicamentos do PIAFB?
6. Na sua opinião porquê a SMS mesmo aplicando um volume financeiro considerável para aquisição de medicamentos ainda não disponibiliza recursos para este fim na programação Orçamentária?

#### **Dimensão da Sustentabilidade – 5 questões**

1. A que a Sra atribui a ausência de divulgação de forma sistematizada de informações estratégicas para a prescrição e dispensação de medicamentos?
2. Na sua opinião quais os fatores que interferem negativamente na articulação entre CMAF, PACs e PSF
3. Na sua opinião quais os fatores que dificultam as parcerias entre a AF municipal e a estadual e/ou federal e outras instituições (Ex. ensino,) visando incorporar apoio técnico, financeiro ou logístico a AF municipal?
4. A que a Sra atribui a dificuldade que os técnicos referem quanto à aprovação das demandas de treinamentos na área de AF?
5. Na sua opinião porquê a SMS não disponibiliza canais institucionais nas UBS para receber críticas e sugestões dos usuários sobre AF.

**APÊNDICE B- Comparação da situação nos 75 municípios contemplados pela Assistência Farmacêutica Regional através do Projeto Saúde Bahia**

Informação Regionais de: Cícero Dantas/Ribeira do Pombal, Itapetinga, Guanambi, Paulo Afonso e Feira de Santana	Situação em 08/ 2004		Situação em 09/2005	
	Número absoluto	percentual	Número absoluto	percentual
<b>universo = 75 municípios</b>				
Nº de municípios com Plano Operativo de AF	0	0%	46	61,3%
Grau de adequação da CAF microrregional	0	0%	5	100%
% de municípios com CAF adequada	3	4%	34	45%
% de municípios com CAF em processo de adequação	3	4%	29	39%
% de municípios que realizam Programação de Aquisição de Medicamentos com critérios técnicos	8	10,6%	49	65%
Implantação da CFT municipal	2	2,6%	16	21%
% de municípios que realizam controle de estoque de medicamentos	18	24%	68	91%
Nº de usuários cadastrados no PEMAC	71	N/A	755	>1000 %
% de usuários cadastrados no PEMAC em acompanhamento farmacoterapêutico.	0	0%	145	19%
% de municípios com farmacêuticos atuando na AF	10	13%	55	73%

Fonte: Adaptação da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (BAHIA- b, 2005)

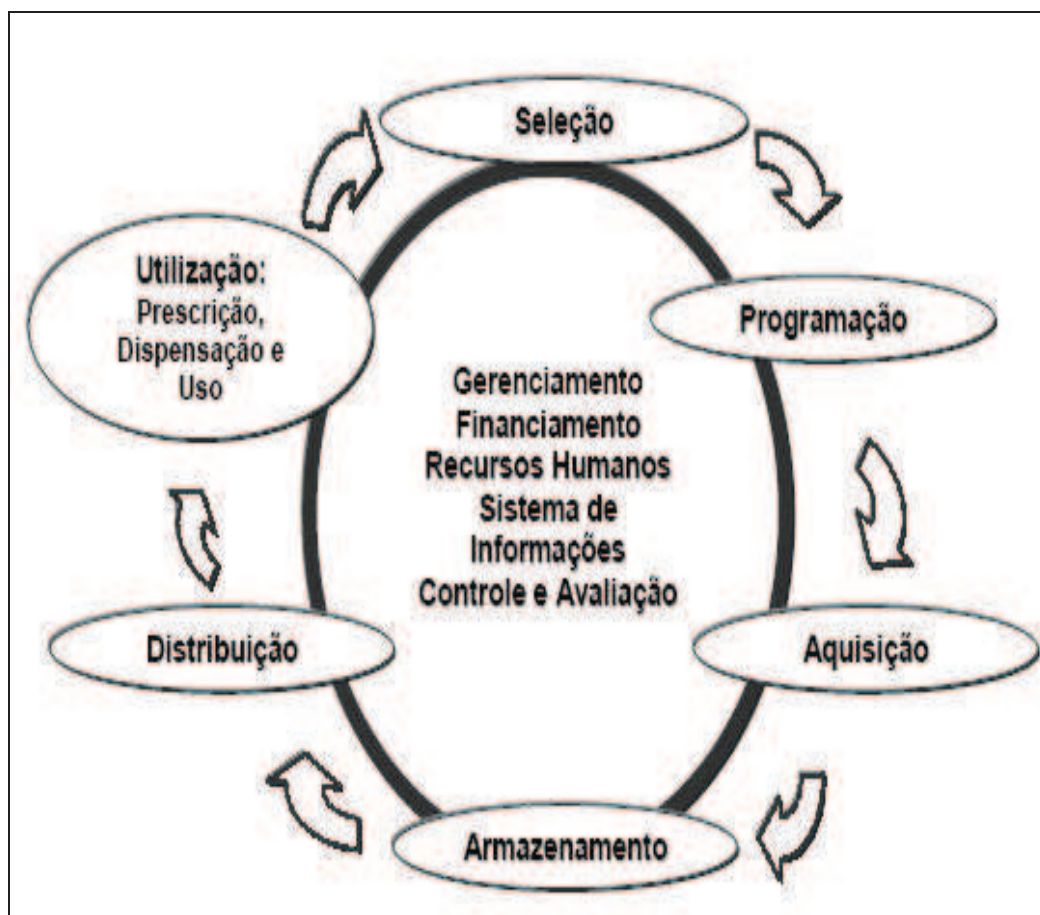
**ANEXO A - Duas apresentações do Ciclo da Assistência Farmacêutica**

Figura 1- Ciclo da Assistência Farmacêutica

Fonte: MARIN (2003,p:130)

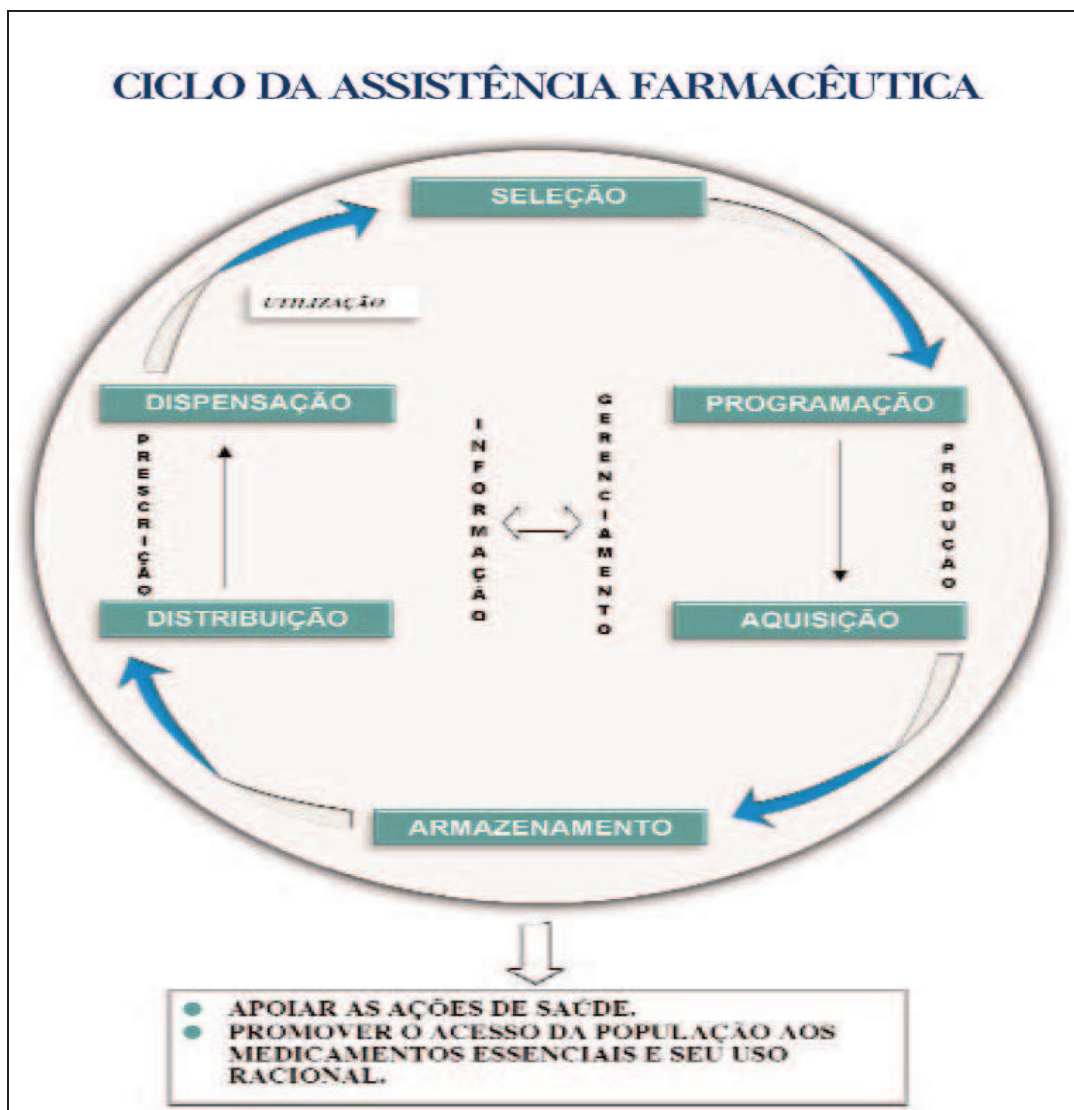


Figura 2- Ciclo da Assistência Farmacêutica.  
 Fonte: BRASIL, 2001-a.

## ANEXO B - Protocolo de indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica

### DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

Capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente  
Função Planejamento e Marco Regulatório em Ambiente Democrático e Participativo  
Resultados dos pilotos

#### PREMISSA

O envolvimento e a participação de diferentes atores no processo de planejamento e de decisão traduz de forma direta os princípios da autonomia, da transparência e da descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal bem como a melhor distribuição de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores organizacionais atende ao princípio da transparência e qualifica a participação destes na gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal, o que soma para a capacidade de decidir.

Perguntas	Indicadores	Fórmulas	Parâmetro	Município 1	Município 2	Premissas
A Coordenação da Assistência Farmacêutica está instituída formalmente na estrutura de Secretaria Municipal de Saúde?	1- Condição de existência da Coordenação Municipal da Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde.  <b>Indicador de Existência (Condição normativa)= 5 pontos</b>	Existe Formalmente= 100% Existe informalmente= 50% Não existe= não pontua	75 a 100= verde; 50 a 75= amarelo; 25 a 50= roxo; 0 a 25= vermelho  Existência formal (Consta do organograma e/ou está instituída por portaria) = <b>100% dos pontos/ Verde</b>  Existência informal (Não consta do organograma nem existe portaria) = <b>50%/Amarelo</b>	Amarelo	Amarelo	A coordenação da assistência farmacêutica municipal incorporada formalmente à estrutura da secretaria municipal de saúde ou funcionando informalmente embora assumindo seu papel de órgão responsável pela assistência farmacêutica indica o reconhecimento da área pela instituição e garante maior capacidade de decidir da gestão assistência farmacêutica
Os farmacêuticos conhecem a existência da CAFB?	2-% de farmacêuticos que conhecem a existência da CAFB  <b>Indicador de Conhecimento= 8 pontos</b>	Nº de farmacêuticos que conhecem a existência da CAFB/Total de gestores informantes x100	100% de respostas positivas= <b>100%/Verde</b>  Abaixo de 100%= <b>0/Vermelho</b>	Verde	Vermelho	Maior percentual de gestores e farmacêuticos que conhecem a existência da Coordenação da Assistência Farmacêutica indica maior visibilidade da coordenação, atende ao princípio da transparência e amplia sua capacidade de decidir

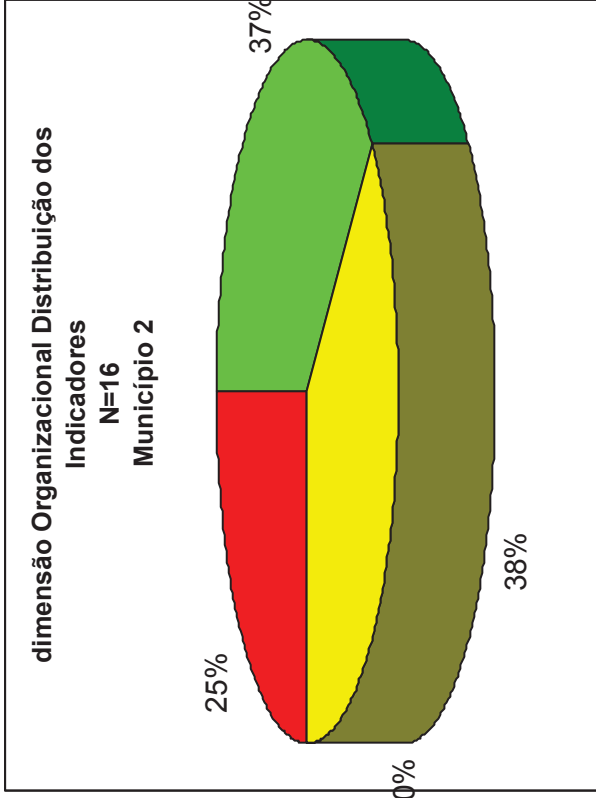
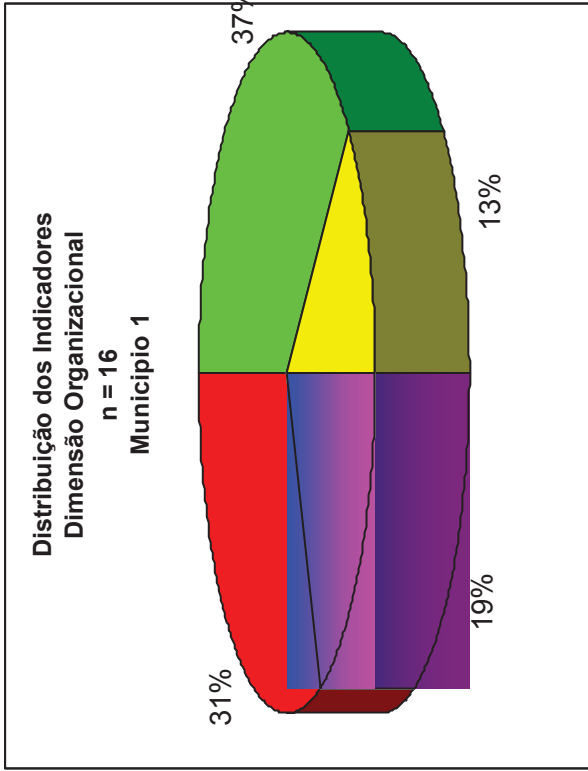


Perguntas	Indicadores	Fórmulas	Parâmetro	Município		Premissas
				1	2	
Os gestores conhecem a existência da CAFB?	3-% de gestores(secretário, coordenadores de programa e dirigentes de unidades básicas) que conhecem a existência da CAFB <b>Indicador de Conhecimento= 8 pontos</b>	Nº de gestores que conhecem a existência da CAFB/Total de gestores informantes x100	75 a 100= verde; 50 a 75= amarelo; 25 a 50= roxo; 0 a 25= vermelho Acima de 75%respostas positivas= <b>100%/Verde</b> Abaixo de 75% de respostas positivas= <b>0%/Vermelho</b>	Verde	Verde	
A Comissão de Farmácia e Terapêutica na Secretaria de Saúde do Município funciona regularmente?	4-Regularidade no funcionamento da CFT <b>Indicador de Existência (Condição normativa)= 5 pontos</b>	Regular/ Irregular	1-Regulamente= <b>100%/Verde</b> 2- irregularmente= <b>0%/vermelho</b>	Vermelho	Vermelho	A existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica municipal funcionando com uma regularidade mensal, indica o reconhecimento institucional das questões relativas a medicamentos e garante maior capacidade de decidir da gestão assistência farmacêutica.
O Conselho Municipal de Saúde participa de decisões sobre questões concernentes a AF?	5-Participação do CMS nas decisões sobre questões concernentes a AF no município  Indicador de participação= 10 pontos	Sim/ Não para as seguintes questões: 1-Estruturação e operacionalização da Assistência Farmacêutica no município 2-Aprovação do Plano de Assistência Farmacêutica do município 3-Análise e aprovação da prestação de contas relacionadas com o plano de Assistência farmacêutica	Sim para as três questões = <b>100%/Verde</b> Qualquer outra situação= <b>não pontua/Vermelho</b>	Verde	Verde	A participação do CMS nas decisões sobre questões relacionadas a medicamentos revela decisões compartilhadas e garante maior capacidade de decidir da gestão assistência farmacêutica.
Os gestores conhecem o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica?	6-% de gestores que conhecem o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica <b>Indicador de Conhecimento= 8 pontos</b>	Nº de gestores e que conhecem a existência do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica /Total de gestores informantes x100	Acima de 75%= <b>100%/Verde</b> De 50 a 74%= <b>50%/Amarelo</b> De 25 a 49%= <b>25%/Roxo</b> Abaixo de 25%= <b>0%/Vermelho</b>	Amarelo	Amarelo	Maior percentual de gestores e farmacêuticos que conhecem o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica indica maior visibilidade dos seus instrumentos de planejamento o que amplia sua capacidade de decidir da gestão assistência farmacêutica.

Perguntas	Indicadores	Fórmulas	Parâmetro	Município 1	Município 2	Premissas
Os farmacêuticos conhecem a existência do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica?	7-% de farmacêuticos que conhecem a existência de Plano Municipal de Assistência Farmacêutica  <b>Indicador de Conhecimento= 8 pontos</b>	Nº de farmacêuticos que conhecem a existência do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica /Total de farmacêuticos informantes x100	75 a 100= verde; 50 a 75= amarelo; 25 a 50= roxo; 0 a 25= vermelho  100% de respostas positivas= <b>100%/Verde</b> De 75% a 99% de respostas positivas= <b>50%/Amarelo</b> Abaixo de 75% de respostas positivas= <b>não pontua/Vermelho</b>  (Se apenas um farmacêutico não conhecer o PMAF não terá 100% dos pontos)	Vermelho	Verde	
Os gestores e coordenadores participam da elaboração do PMAF?	8-% de gestores (gerentes de unidades e coordenadores de programa) que participam da elaboração do PMAF  <b>Indicador de Participação= 10 pontos</b>	Nº de gestores e que participam da elaboração do PMAF/Total de gestores e farmacêuticos informantes	Acima de 50%= <b>100%/Verde</b> Entre 25% a 49%= <b>50%/Amarelo</b> Abaixo de 25%= <b>25%/Roxo</b>	Roxo	Amarelo	Maior percentual de gestores e farmacêuticos participando da elaboração do PMAF indica ampliação do processo decisório sobre questões relativas a assistência farmacêutica e soma para a capacidade de decidir, com transparência e em ambiente democrático
Os farmacêuticos participam da elaboração do PMAF?	9- % de farmacêuticos que participam da elaboração do PMAF  <b>Indicador de Participação= 10 pontos</b>	Nº de farmacêuticos que participam da elaboração do PMAF/Total de farmacêuticos informantes	Nenhum= <b>0%/Vermelho</b> Acima de 75%= <b>100%/Verde</b> Abaixo de 75%= <b>0%/Vermelho</b>	Vermelho	Verde	
Em que medida a Coordenação da AF considera que as propostas para a assistência farmacêutica estão incorporadas no PMS?	<b>10-Grau de Incorporação das propostas para a assistência farmacêutica no PMS segundo a sua coordenação.</b>  Indicador de Existência = Condições Estratégicas= 7 pontos	a) Totalmente b) parcialmente c) não incorpora	a) Totalmente= <b>100%/Verde</b> b) parcialmente= <b>50%/Amarelo</b> c) não incorpora = <b>não pontua/Vermelho</b>	Vermelho	Amarelo	Maior grau de incorporação de propostas para a Assistência farmacêutica no plano Municipal de Saúde indica priorização da área na agenda das ações de saúde municipal o que soma para a capacidade de decidir

Perguntas	Indicadores	Fórmulas	Parâmetro	Município		Premissas
				1	2	
A coordenação da Assistência Farmacêutica participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde?	11- Participação da coordenação da assistência Farmacêutica na elaboração do PMS Indicador de participação= 10 pontos	Sim/Não	75 a 100= verde; 50 a 75= amarelo; 25 a 50= roxo; 0 a 25= vermelho Sim=100%/Verde Não=0%/Vermelho	Verde	Verde	Coordenação da Assistência Farmacêutica participando da elaboração do PMS e da PPI indica ampliação, compartilhamento e transparência no processo decisório o que soma para a capacidade de decidir em ambiente democrático.
A coordenação da Assistência Farmacêutica participa da PPI do Estado?	12-Participação da Coordenação de Assistência Farmacêutica na PPI do Estado. Indicador de participação= 10 pontos	Sim/Não	Sim=100%/Verde Não=0%/Vermelho	Verde	Verde	
É realizada de necessidades medicamentos essenciais nas unidades básicas de saúde da rede municipal?	13-% de unidades básica que realizam programação de necessidades de medicamentos essenciais Indicador de Existência = Técnica Gerencial=6 pontos	Número de unidades básicas que realizam programação de necessidades de medicamentos essenciais / Total de UBS x 100	100% de UBS que realizam programação = 100%/Verde Entre 75% 99%= 50%/Amarelo Abaixo de 75%= não pontua/Vermelho	Verde	Amarelo	A realização de programação de necessidades de medicamentos essenciais nas unidades básicas, realizada com base em critérios técnicos recomendados indica condições favoráveis ao atendimento das necessidades dos pacientes da unidade com vistas a assegurar o acesso a medicamentos, o que soma para a capacidade de decidir da assistência farmacêutica
A programação de necessidades de medicamentos é feita com base em critérios técnicos?	14- % de informantes que referem a utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de necessidades de medicamentos Indicador de Existência = Condições Técnica Gerencial= 6 pontos	N. de gestores farmacêuticos que referem utilizar os seguintes critérios na programação de necessidades de medicamentos na UBS: a)demanda reprimida b)consumo histórico c)consumo médio e)condições epidemiológicas/ Total de informantes x 100	1-Acima de 75% de respostas contemplando pelo menos 2 critérios=100% dos pontos/Verde 2-Entre 50 a 74% de respostas contemplando pelo menos 2 critérios=50%/Amarelo 3-Entre 25% a 49% de respostas contemplando pelo menos 2 critérios=25%/Roxo 4-abaxo de 25 em qualquer situação= não pontua/Vermelho	Roxo	Vermelho	

Perguntas	Indicadores	Fórmulas	Parâmetro	Premissas		
				Município 1	Município 2	
O responsável pela elaboração da programação de medicamentos essenciais na unidade básica de saúde é o profissional farmacêutico?	15- % de UBS em que o farmacêutico é o responsável pela elaboração da programação de necessidades de medicamentos essenciais. Indicador de Existência Técnica/Operacional =6 pontos	Número de UBS em que o farmacêutico é o responsável pela elaboração da programação de necessidades de medicamentos essenciais/Total de UBS x 100	75 a 100= verde; 50 a 75= amarelo; 25 a 50= roxo; 0 a 25= vermelho 1-Acima de 75% de respostas positivas= 100% <u>Verde</u> 2-Menor que 75% não pontua/ <u>Vermelho</u>	Vermelho	Vermelho	Maiores número de UBS em que o farmacêutico é referido como responsável pela elaboração da programação de necessidades de medicamentos essenciais, indica condições organizacionais e técnicas adequadas na unidade de saúde com o profissional farmacêutico desenvolvendo atividades concernentes a assistência farmacêutica, o que soma para elevar a capacidade de decidir da gestão da assistência farmacêutica
A Coordenação de Assistência Farmacêutica decide sobre questões relevantes concernentes a assistência farmacêutica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde?	16-Grau de autonomia decisória da Coordenação de Assistência Farmacêutica <b>Indicador de Autonomia= 10 pontos</b>	Sim/Não Tipos de questões referidas: 1-Formulação de diretrizes para a organização da assistência farmacêutica no município; 2- Seleção , programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos para as unidades de saúde= 3-Acompanhamento, orientação e supervisão as farmácias/unidades de saúde sobre as ações da assistência farmacêutica	Sim para todas as questões= alto grau= 100% <u>Verde</u> Sim para pelo menos dois tipos de questões= médio grau= 50% <u>Amarelo</u> Sim para uma das questões = baixo grau=25% <u>Roxo</u> Nenhuma das questões referidas= autonomia inexistente = não pontua/ <u>Vermelho</u>	Roxo	Amarelo	Quanto maior a autonomia da coordenação da Assistência Farmacêutica para decidir sobre questões relativas a formulação de diretrizes para a assistência farmacêutica no município, ao ciclo logístico da AF e ao acompanhamento e orientação e supervisão das farmácias das UBS maior a capacidade de decidir em áreas de interesse da assistência farmacêutica



## ANEXO C - Protocolo de indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica

### DIMENSÃO OPERACIONAL CAPACIDADE DE MANTER E AMPLIAR OS RECURSOS LOGÍSTICOS E GERENCIAIS Resultados dos pilotos

#### PREMISSA

A existência de um conjunto de procedimentos e de mecanismos que revelem aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da assistência farmacêutica no SUS, indica investimentos dos gestores do sistema municipal de saúde para assegurar e ampliar as condições logísticas, técnicas e gerenciais, o que soma para a capacidade de executar.

Pergunta	Indicador	Fórmula	Parâmetro	Resultados	Premissas
Os gestores, farmacêuticos e prescritores conhecem a Relação Municipal de Medicamentos com base na RENAME e no elenco do programa de incentivo à assistência farmacêutica básica (PIAFB)?	1-% de gestores, farmacêuticos e prescritores que conhecem a Relação Municipal de Medicamentos com base na RENAME e no elenco do programa de incentivo à assistência farmacêutica básica (PIAFB)	Nº de gestores, farmacêuticos e prescritores que conhecem a RENAME/Total de informantes x 100	75 a 100= verde; 50 a 75= amarelo; 25 a 50= roxo; 0 a 25= vermelho Acima de 75% de respostas positivas=100% <u>VERDE</u> Entre 50 a 74%=50% <u>AMARELO</u> Abaixo de 50%=0% <u>VERMELHO</u>	Município 1 Município 2	
Os medicamentos prescritos pelos usuários das unidades básicas são aqueles previstos na REMUME?	<b>Indicador de Conhecimento</b> 2-% de medicamentos prescritos com base no elenco pactuado de medicamentos para a atenção básica	Total de medicamentos prescritos que constam do elenco pactuado/Total de medicamentos prescritos por paciente dia x 100	Acima de 75% = 100% <u>VERDE</u> Entre 50 a 74%= 50% <u>AMARELO</u> Abaixo de 50%= 0% <u>VERMELHO</u>	Amarelo Verde	Maior percentual de gestores, farmacêuticos e prescritores que conhecem a REMUME indica maior visibilidade dos instrumentos técnicos necessários para o desenvolvimento da assistência farmacêutica o que soma para a capacidade de executar na gestão da assistência farmacêutica  Um número maior de medicamentos prescritos com base na REMUME, bem como a revisão com regularidade recomendada desta lista pela CFT asseguram a diversidade e adequação necessárias dos medicamentos à situação de saúde do município o que contribui para a garantia do acesso ao medicamento e pertinência da Relação como documento orientador das prescrições médicas, contribuindo para a capacidade de executar na gestão da assistência farmacêutica

Pergunta	Indicador	Fórmula	Parâmetro	Resultados	Premissas
A CFT procede revisão da lista de medicamentos do município, com regularidade?	3-Regularidade recomendada na revisão da lista de medicamentos do município pela CFT	Regularidade recomendada: 1-Regularidade de 2 a 3 anos Regularidade aceitável 2-Regularidade acima de 3 anos até 5 anos.	75 a 100= verde; 50 a 75= amarelo; 25 a 50= roxo; 0 a 25= vermelho Se sim: 1-Regularidade de 2 a 3 anos= 100% dos pontos/ <b>VERDE</b> 2-Regularidade de 3 anos até 5 anos= 50% dos pontos/ <b>AMARELO</b> 3-Qualquer outra situação –não pontua/ <b>VERMELHO</b>	Município 1 Vermelho Município 2 Vermelho	
Existe medicamentos fora do prazo de validade no estoque da unidade?	<b>Indicador de Existência Condições técnicas e gerenciais</b> 4- Existência de medicamentos fora do prazo de validade no estoque da unidade	Sim/Não	Existência de pelos menos um medicamentos fora da validade = não pontua/ <b>VERMELHO</b> Não Existência de pelos menos um medicamentos fora da validade = 100%/ <b>VERDE</b>	Verde	A existência de medicamentos fora do prazo de validade no estoque da UBS revela ausência de controle adequado, necessário e suficiente do estoque de medicamentos, o que compromete o acesso do medicamento pelo paciente e repercute na capacidade de executar a gestão da assistência farmacêutica
As condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos nas UBS minimamente adequadas?	<b>Indicador de Existência Condições Técnicas e Gerenciais</b> 5-Existência de Condições físicas e ambientais mínimas/in dispensáveis (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos	Sim/ Não	Sim= 100% de itens considerados Indispensáveis/ <b>VERDE</b> Não= Se não existe pelo menos 1 item considerados indispensáveis= não pontua/ <b>VERMELHO</b>	Vermelho	Existência de condições operacionais (físicas e ambientais, externas, e internas) mínimas/indispensáveis previstas para armazenamento de medicamentos indica preocupação dos gestores em garantir as condições favoráveis à preservação e segurança dos medicamentos o que soma para a capacidade de executar a gestão da assistência farmacêutica.
A dispensação de medicamentos nas unidades básicas de saúde é feita por farmacêuticos?	<b>Indicador de Existência Estratégica</b> 6-% de UBS em o farmacêutico é o profissional responsável pela dispensação de medicamentos	Nº de UBS em que o farmacêutico é responsável pela dispensação de medicamentos /Total de UBS x 100	1-100% de respostas positivas=100%/ <b>VERDE</b> 2-Se pelo menos 1 referir outro profissional= pontua/ <b>VERMELHO</b>	Vermelho	Quanto maior o número de UBS com farmacêuticos realizando dispensação de medicamentos, interpretando o recetário e fornecendo orientação adequada no momento da entrega do medicamento aos pacientes do SUS indicam condições técnicas adequadas na oferta da assistência farmacêutica na rede básica do SUS o que soma para a capacidade de executar a gestão da assistência farmacêutica

Pergunta	Indicador	Fórmula	Parâmetro	Resultados	Premissas
Os pacientes acusam receber orientação do farmacêutico, no momento da dispensação dos medicamentos, quanto a posologia, o modo de uso dos medicamentos e período do seu retorno a unidade?	7-Tipo de orientação fornecida pelo farmacêutico ao paciente no ato de dispensação do medicamento <b>Indicador de Existência Condição Técnica/gerencial</b>	Referência sobre as seguintes orientações: a) Posologia (dose, intervalo) b) Retorno do paciente c) Modo de uso	<b>75 a 100= verde;</b> <b>50 a 75= amarelo;</b> <b>25 a 50= roxo;</b> <b>0 a 25= vermelho</b> <b>75% ou mais dos usuários que referem ter recebido pelo menos um(1) tipo de orientação selecionada = 100% dos pontos/VERDE</b> Entre 50 a 74% ou mais dos usuários que referem ter recebido <b>pelo menos um(1) tipo de orientação</b> dentre as selecionadas = <b>75%</b> dos pontos/ <b>AMARELO</b> Entre 25 a 49% dos usuários que referem ter recebido <b>pelo menos um(1) tipo de orientação</b> dentre as selecionadas = <b>25%</b> dos pontos/ <b>ROXO</b> Qualquer outra opção = não pontua/ <b>VERMELHO</b>	Município 1 Município 2	
As UBS contam com cadastros de pacientes em uso regular de medicamentos?	8-% de UBS que conta com cadastro do paciente em uso regular de medicamentos <b>Indicador de Existência Condições Técnicas/Gerenciais</b>	Nº UBS que conta com cadastro do paciente em uso regular de medicamentos/Total de UBS x100	Acima de 75%= <b>100%/VERDE</b> Abaixo de 75% = não pontua/ <b>VERMELHO</b>	Verde	UBS com cadastros de pacientes em uso regular de medicamentos indica iniciativas de gestão voltadas para a qualidade da organização da assistência farmacêutica o que soma para a capacidade de executar.
Para orientar a aquisição de medicamentos existe banco de preços?	9-Existência de banco de preços para orientar a aquisição de medicamentos <b>Indicador de Existência Condições Técnicas e Gerenciais</b>	Sim/Não	Sim=100%/ <b>VERDE</b> Não = não pontua/ <b>VERMELHO</b>	Vermelho	A observância de especificações técnicas, a existência de banco de preços e de parecer técnico no processo de aquisição de medicamentos bem como o planejamento e aquisição de medicamentos baseada na Denominação Comum Brasileira, revelam condições técnicas adequadas no processo de planejamento e de aquisição de medicamentos, garantindo a qualidade dos medicamentos adquiridos o que soma para elevar a capacidade de executar da gestão da assistência farmacêutica
A coordenação da AF municipal utiliza a Denominação Comum Brasileira no processo de programação e aquisição de medicamentos?	10-Existência do uso da Denominação Comum Brasileira no processo de programação e aquisição de medicamentos Indicador de Existência = <b>Condições Técnicas e gerenciais</b>	1-%Sim 2-%Não	Sim=100%/ <b>VERDE</b> Não = não pontua/ <b>VERMELHO</b>	Vermelho	



Pergunta	Indicador	Fórmula	Parâmetro	Resultados	Premissas
No processo de aquisição de medicamentos são elaborados pareceres técnicos?	11-Existência de parecer técnico para aquisição de medicamentos fornecidos pela coordenação de AF <b>Indicador de Existência Técnica/Gerencial</b>	Sim/Não	75 a 100= verde; 50 a 75= amarelo; 25 a 50= roxo; 0 a 25= vermelho Sim=100%/VERDE Não = não pontua/VERMELHO	Município 1 Vermelho	
Com que frequência a SMS adquire medicamentos fora da lista dos pactuados?	12- Frequência da aquisição de medicamentos fora da lista dos pactuados. Indicador de Existência = Condições Técnicas e Gerenciais	Referência de aquisição de medicamentos fora da lista com frequência recomendada pelas normas SUS	a) Quando há necessidade de atender a demanda= 100%/VERDE b) Com Frequência= 50%/AMARELO c) Não adquire=25%/VERMELHO	Amarelo	A aquisição de medicamentos fora da lista básica de medicamentos (excluindo aqueles oriundo de ações judiciais) em pequena proporção e de forma ocasional, indicam adequação da lista de medicamentos à situação de saúde do município, o que soma para a capacidade de executar da gestão da assistência farmacêutica
Qual regularidade do suprimento de medicamentos das UBS pelo nível central da SMS?	13- % de gestores que referem a existência de regularidade do fluxo de abastecimento de medicamentos da unidade central para as unidades básicas Indicador de Existência Técnica/ Gerencial	Nº de gestores que referem a existência de regularidade do fluxo de abastecimento de medicamentos da unidade central para as unidades básicas /total de gestores informantes x 100 Regularidade recomendada: mensal/quinzenal e semanal. Diferente desta situação= irregular	Acima de 75% = regular (mensal, semanal, quinzenal)= 100%/VERDE Entre 50 a 74%= 50%/AMARELO Abaixo de 50%= não pontua/VERMELHO Qualquer outra situação não pontua	Município 2 Verde	Uma regularidade adequada no abastecimento de medicamentos das farmácias das UBS pelo nível central da SMS, realizado através de meios de transportes em condições recomendadas pela CIB, bem como um abastecimento suficiente em quantidade e diversidade de tipos de medicamentos das farmácias das unidades básicas para o atendimento dos pacientes, revelam iniciativas de gestão voltadas para garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e sua qualidade, assegurando melhores condições de execução da assistência farmacêutica na rede básica de saúde do município.

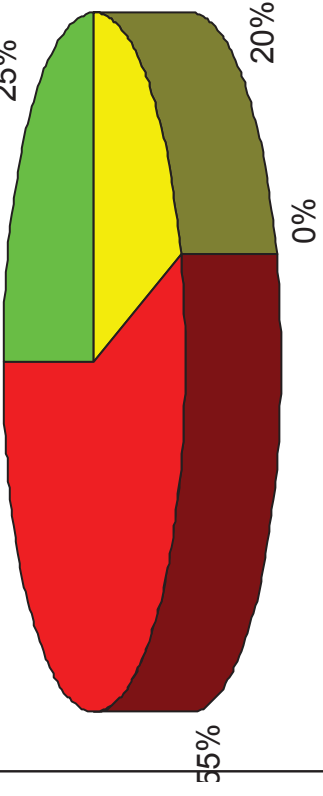
Pergunta	Indicador	Fórmula	Parâmetro	Resultados		Premissas
				Município 1	Município 2	
A quantidade de medicamentos nas UBS, segundo os diferentes atores envolvidos, é suficiente para atender a demanda da UBS?	14-% de gestores, farmacêuticos e prescritores que consideram a quantidade de medicamentos suficientes nas unidades básicas para atendimento da demanda Indicador de Satisfação	Nº de gestores farmacêuticos e prescritores que consideram a quantidade de medicamentos suficientes nas unidades básicas para atendimento da demanda /total de informantes x 100	75 a 100= verde; 50 a 75= amarelo; 25 a 50= roxo; 0 a 25= vermelho Acima de 75%= 100% <u>VERDE</u> Entre 50 a 74%= 50% <u>AMARELO</u> Abaixo de 50%= não pontua/ <u>VERMELHO</u>			
A diversidade de tipos de medicamentos disponível nas unidades básicas é adequada para atendimento da demanda?	15-% de gestores, farmacêuticos e prescritores que consideram adequada a diversidade de tipos de medicamentos disponível nas unidades básicas para atendimento da demanda. Indicador de Satisfação	Nº de gestores que consideram a quantidade de medicamentos suficientes nas unidades básicas para atendimento da demanda /total de gestores informantes x 100 1-Sim/Adequadas 2- Não/Inadequadas	Acima de 75% = 100% <u>VERDE</u> Entre 50 a 74%= 50% <u>AMARELO</u> Abaixo de 50%= não pontua/ <u>VERMELHO</u>			
A distribuição de medicamentos nas UBS é feita através de transportes em condições recomendadas pela CIB?	16-Condições adequadas do transporte de medicamentos para distribuição nas unidades básicas com base na Resolução CIB Indicador de Existência = <b>Condições Técnico gerencial</b>	1-Sim/Adequadas 2- Não/Inadequadas	1-Sim = 100% <u>VERDE</u> 2-Não = 0% <u>VERMELHO</u>			
O orçamento municipal para a saúde prever recursos orçamentários específicos para aquisição de medicamentos?	17-Existência de recursos orçamentários específicos destinados a aquisição de medicamentos dentro do orçamento global da saúde Indicador de Existência = <b>Condições Estratégicas</b>	Sim/Não	1-Sim = 100% 2-Não = 0% 1-Sim = 100% <u>VERDE</u> 2-Não = 0% <u>VERMELHO</u>			A existência de recursos orçamentários específicos destinados a aquisição de medicamentos, bem como da contrapartida financeira municipal do PIAPB, revelam prioridade para a assistência farmacêutica, elevam a visibilidade desta prioridade, favorecem o controle social ampliando a capacidade de executar da gestão da assistência farmacêutica.

Pergunta	Indicador	Fórmula	Parâmetro	Resultados	Premissas
			<p>75 a 100= verde; 50 a 75= amarelo; 25 a 50= roxo; 0 a 25= vermelho</p> <p>1-Sim = 100%<b>VERDE</b> 2-Não = 0%<b>VERMELHO</b></p>	<p>Município 1</p> <p>Município 2</p>	
O município destina recursos financeiros de contrapartida para aquisição de medicamentos, conforme prevê a legislação?	18-Existência de contrapartida financeira municipal do PIAFB exigida pela legislação para aquisição de medicamentos pactuados  Indicador de Existência = Condições Estratégicas	Sim/Não			
Os recursos orçados no PIAFB para aquisição de medicamentos essenciais foram gastos em sua totalidade pela SMS?	19-% dos recursos do PIAFB gastos com aquisição de medicamentos pactuados em relação ao orçado  Indicador de Existência = <b>Condições Técnicas e Gerenciais</b>	<p>Total de recursos do PIAFB gastos em aquisição de medicamentos pactuados/ano/ orçados pelo PIAFB para gastos com aquisição de medicamentos pactuados/ano x 100</p> <p>Acima de 75% do orçamento do PIAFB para aquisição de medicamentos, gastos com medicamentos essenciais= 100% dos pontos<b>VERDE</b>  Abaixo de 75% =não pontua<b>VERMELHO</b></p>			Um elevado percentual de gastos com aquisição de medicamentos pactuados em relação aos valores orçados indica iniciativa eficiente de gestão no sentido garantir o acesso do medicamento aos pacientes do SUS sem descontinuidade na provisão de medicamentos nas unidades básicas da rede municipal o que soma para a capacidade de executar da assistência farmacêutica
A prestação de contas dos recursos destinados a aquisição de medicamentos é enviado ao Estado pelo município com a regularidade recomendada pelas normas?	20- Observância de regularidade recomendada no envio da prestação de contas dos recursos aplicados em aquisição de medicamentos pelo município para o Estado segundo recomendações previstas em normas  Indicador de Existência = Condições Normativas	<p>Sim/Não</p> <p>Regularidade recomendada: trimestral</p>	<p>Trimestral=100% dos pontos<b>VERDE</b>  Irregular = não pontua<b>VERMELHO</b></p>		A regularidade exigida no envio pelo município ao Estado da prestação de contas dos recursos recebidos para serem aplicados em aquisição de medicamentos indica condições gerenciais favoráveis e necessárias à manutenção do fluxo de recursos para o desenvolvimento das atividades de assistência farmacêutica o que eleva a capacidade de execução.

Dimensão operacional  
Distribuição dos Indicadores

N=20

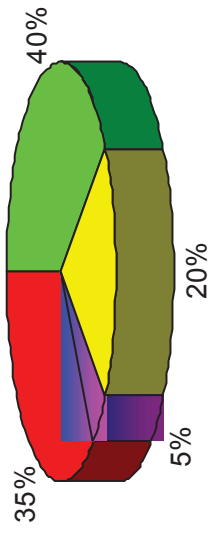
município 1



Dimensão operacional  
Distribuição dos Indicadores

N= 20

Município 2



## ANEXO D - Protocolo de indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica

### DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE

#### Capacidade de sustentar os resultados de gestão

#### Institucionalização de processos que criem ambiente favorável para sustentar às decisões Resultados dos pilotos.

#### PREMISSA

A existência de mecanismos de gestão com potencial para dar sustentabilidade às ações da assistência farmacêutica, e o grau elevado de inter-relação da AF com outros setores da saúde na instituição, bem como de satisfação com a qualidade dos serviços por usuários e/ou por trabalhadores, traduz a construção de uma imagem positiva que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade da gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

Perguntas	Indicadores	Fórmula	Parâmetro	Premissas	
				MUNICIPI 0 1	MUNICIPI 02
Existem estratégias sistêmicas de comunicação entre as UBS e o nível central da SMS para solução de questões relativas a medicamentos?	1- % de gestores e farmacêuticos que referem a existência de estratégias sistêmicas de comunicação entre as unidades básicas e a unidade central da secretaria municipal de saúde para resolução de questões sobre medicamentos  <b>Indicador de Existência Condições Estratégicas</b>	No. de gestores e farmacêuticos que referem a existência de estratégias sistêmicas de comunicação entre as unidades básicas e a unidade central da secretaria municipal/total de gestores informantes x 100	Acima de 75% de respostas positivas = <b>100% Verde</b> De 50 a 74% de respostas positivas = <b>50% Amarelo</b> Abaixo de 50% de respostas positivas = <b>não pontua/ Vermelho</b>	Verde	Verde
				A existência de estratégias sistêmicas de comunicação entre as UBS e o nível central da SMS, para resolução de problemas relativos a medicamentos, mecanismos de divulgação da REMUME para os prescritores, bem como um percentual de respostas positivas de prescritores referindo o recebimento de material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS e um alto grau de satisfação destes com a qualidade das informações produzidas sobre medicamentos indicam a existência de recursos estratégicos importantes para elevar a capacidade de sustentar os resultados de gestão da assistência farmacêutica.	

<p>Os prescritores que atendem nas UBS recebem material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das UBS?</p>	<p>2- % de prescritores que referem receber material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias da unidade.</p> <p><b>Indicador de Existência</b> <b>Condições Estratégicas</b></p>	<p>Nº de prescritores que referem receber material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias da unidade/Total de prescritores informantes-</p>	<p>Acima de 75% de respostas positivas = <u>100%/Verde</u> De 50 a 74% de respostas positivas = <u>50%/Amarelo</u> Abaixo de 50% de respostas positivas = <u>não pontua/Vermelho</u></p>	<p>Verde</p>	<p>Amarelo</p>	
<p>Existe mecanismo de divulgação da RENAME para os prescritores?</p>	<p>3-% de gestores que referem a existência de mecanismos de divulgação da RENAME para os prescritores</p> <p><b>Indicador de Existência</b> <b>Condições Estratégicas</b></p>	<p>Nº de gestores que referem a existência de mecanismos de divulgação da RENAME para prescritores/Total de gestores informantes x 100</p>	<p>Acima de 75% referem positivamente = <u>100%/Verde</u> De 50 a 74% = <u>50%/Amarelo</u> Abaixo de 50% = <u>não pontua/Vermelho</u></p>	<p>Amarelo</p>	<p>Vermelho</p>	
<p>Os prescritores estão satisfeitos com a qualidade da informação para se tomar decisão sobre medicamentos?</p> <p>Atributos essenciais para informações com qualidade:</p> <p>a) tempestividade c) confiabilidade d) precisão</p> <p><b>Indicador de Satisfação</b></p>	<p>4- Grau de satisfação de prescritores com a qualidade da informação para a prescrição de medicamentos</p>	<p>N. de prescritores satisfeitos com a qualidade das informações/ total de informantes x 100</p>	<p>Acima de 75 % dos prescritores satisfeitos com os tres atributos da informação = Alto grau = <u>100% dos pontos/Verde</u> Entre 50% e 74% dos informantes satisfeitos com os tres atributos da informação = média satisfação = <u>50% dos pontos/Amarelo</u> Qualquer outra opção = insatisfeitos = <u>não pontua/Vermelho</u></p>	<p>Vermelho</p>	<p>Vermelho</p>	
<p>A AF atua de forma articulada com as coordenações de programas estratégicos de saúde a exemplo do PSF e PACS para o desenvolvimento de ações que envolvem medicamentos?</p>	<p>5- % de gestores que referem a existência de Estratégias de articulação entre a coordenação da AF e os programas PSF e PAC</p> <p><b>Indicador de Existência</b> <b>Condições Estratégicas</b></p>	<p>Nº de gestores que referem a existência de alguma estratégia de trabalho articulado ente CASFB e o PSF/ PACS/Total de gestores informantes</p>	<p>Acima de 75% referem positivamente = <u>100%/Verde</u> De 50 a 74% = <u>50%/Amarelo</u> Abaixo de 50% = <u>não pontua/Vermelho</u></p>	<p>Verde</p>	<p>Amarelo</p>	<p>A articulação sistemática entre a CMAFB e as coordenações de programas estratégicos do SUS, bem como a existência de parcerias entre a coordenação municipal e a estadual com a incorporação de recursos diversos, indica iniciativas de gestão voltadas para o aperfeiçoamento da relação entre o âmbito municipal da coordenação da assistência farmacêutica e o estadual o que soma para a capacidade de sustentar resultados de gestão.</p>

<p>A AF do município conta com parceria com a coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área da assistência farmacêutica?</p>	<p>6-Existência de parceria entre a coordenação de assistência farmacêutica do município e a coordenação estadual</p> <p><b>Indicador de Existência Estratégicas</b></p>	<p>Sim/Não</p>	<p>Sim= <u>100%/Verde</u> Não = não pontua/<u>Vermelho</u></p>	<p>Verde</p>	<p>Vermelho</p>
<p>Que tipos de parcerias são estabelecidas entre a coordenação municipal e estadual da assistência farmacêutica?</p>	<p>7- Tipo (diversidade) de recursos incorporados a assistência farmacêutica municipal através de parceria com a coordenação estadual.</p> <p><b>Indicador de Existência Estratégicas</b></p>	<p>Tipos de Recursos/apoio incorporados: a)Recursos/Apoio Técnico b)Recursos/Apoio Financeiro c)Recursos/Apoio Logístico</p>	<p>Sim para os três tipos= <u>100%/Verde</u> Sim para dois tipos= <u>50%/Amarelo</u> Sim para apenas um tipo= <u>25%/Roxo</u> Não = não pontua/<u>Vermelho</u></p>	<p>Azul</p>	<p>Vermelho</p>
<p>Os farmacêuticos participam de treinamento à SMS em assistência farmacêutica?</p>	<p>8- % de farmacêuticos que participam de treinamento na área de assistência farmacêutica</p> <p><b>Indicador de Participação</b></p>	<p>Nº de farmacêuticos que participam treinamento à SMS na área de assistência farmacêutica/ total de farmacêuticos x 100</p>	<p>Acima de 75% atendimento= <u>100%/Verde</u> De 50 a 74%= <u>75%/Amarelo</u> De 49 % a 25%= <u>25%/Roxo</u> Abaixo de 25 % = não pontua/<u>Vermelho</u></p>	<p>Amarelo</p>	<p>Azul</p>
<p>As UBS contam com espaços institucionalizados para receberem críticas e sugestões dos usuários sobre as ações que envolvem dispensação de medicamentos?</p>	<p>9- % de gestores que referem a existência de canais institucionalizados nas unidades para receber críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos</p> <p><b>Indicador de Existência Condições Estratégicas</b></p>	<p>Nº de gestores que referem a existência de canais institucionalizados nas unidades para receber críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos /Total de informantes x100</p>	<p>Acima de 75% de respostas positivas= <u>100%/Verde</u> De 50 a 74%= <u>50%/Amarelo</u> Abaixo de 50% = não pontua/<u>Vermelho</u></p>	<p>Amarelo</p>	<p>Vermelho</p>

Maiores percentuais de farmacêuticos que participam de cursos área de assistência farmacêutica ofertados pela instituição apontam para iniciativas de gestão em qualificar continuamente os profissionais da área o que soma para a capacidade de sustentar os resultados de gestão.

Maiores percentuais de gestores e de usuários que acusam a existência, reconhecimento e adequação de canais institucionalizados para receberem críticas e sugestões, sobre os serviços ofertados nas UBS envolvendo medicamentos indicam preocupação da gestão com a melhor utilização dos serviços pelos usuários, o que soma para sustentar resultados de gestão.

<p>Os usuários referem conhecer a existência de canais institucionalizados para receber críticas e ou elogios sobre o serviço recebido relacionado com medicamento?</p>	<p>10- % de usuários que referem conhecer a existência de canais institucionalizados para receber críticas, sugestões sobre os serviços relacionados com medicamentos oferecidos nesta unidade?</p> <p><b>Indicador de conhecimento</b></p>	<p>Nº de usuários que refere conhecer a existência de algum canal institucionalizado nas unidades para receber suas críticas e sugestões sobre os serviços relacionados com medicamentos oferecidos nesta unidade/Total de usuários informantes x100</p>	<p>Acima de 75% de respostas positivas= 100%<b>Verde</b> De 50 a 74%= 50%<b>Amarelo</b> Abaixo de 50% = não pontua<b>Vermelho</b></p>	<p>Vermelho</p>	
<p>Os usuários estão satisfeitos com condições da dispensação de medicamentos na UBS?</p>	<p>11-Grau de satisfação do usuário em relação as condições físicas da unidade em que dispensa medicamentos</p> <p><b>Indicador de Satisfação</b></p>	<p>% de usuários que atribuíram satisfação as condições físicas da unidade em que dispensa medicamentos /Total de usuários x 100</p>	<p>Acima de 50% de média de quatro a cinco= alto grau de satisfação= 100%<b>Verde</b> Entre 25 a 49% de média 4 a 5= Médio grau= 50%<b>Amarelo</b> Qualquer outra opção= Baixo grau = não pontua<b>Vermelho</b></p>	<p>Verde</p>	
<p>Os usuários estão satisfeitos com condições de dispensação de medicamentos na UBS?</p>	<p>12-Grau de satisfação do usuário em relação ao tempo de espera e atendimento pelo profissional na dispensação de medicamentos</p> <p><b>Indicador de Satisfação</b></p>	<p>% de usuários que atribuíram satisfação em relação ao tempo de espera e atendimento pelo profissional na dispensação de medicamentos /Total de usuários x 100</p>	<p>Acima de 50% de média de quatro a cinco= alto grau de satisfação= 100%<b>Verde</b> Entre 25 a 49% de média 4 a 5= Médio grau= 50%<b>Amarelo</b> Qualquer outra opção= Baixo grau = não pontua<b>Vermelho</b></p>	<p>Verde</p>	<p>Maior percentual de usuários satisfeitos com as condições da dispensação de medicamentos indica uma situação favorável na condução da assistência farmacêutica, o que soma para a capacidade de sustentar resultados gestão</p>
<p>Os usuários estão satisfeitos com condições de dispensação de medicamentos na UBS?</p>	<p>13-Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos</p> <p><b>Indicador de Satisfação</b></p>	<p>% de usuários que atribuíram satisfação em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos/Total de usuários x 100</p>	<p>Acima de 50% de média de quatro a cinco= alto grau de satisfação= 100%<b>Verde</b> Entre 25 a 49% de média 4 a 5= Médio grau= 50%<b>Amarelo</b> Qualquer outra opção= Baixo grau = não pontua<b>Vermelho</b></p>	<p>Verde</p>	



