



Conselho
Federal de
Farmácia

O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação

Brasília-DF
2015

O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação

**Brasília-DF
2015**

ORGANIZAÇÃO:

Grupo de Trabalho sobre Saúde Pública

Lúcia de Fátima Sales Costa (CE) - Presidente

Membros:

Lorena Baía Oliveira Alencar (GO)

Silvana Nair Leite Contezini (SC)

Sílvio César Machado Santos (ES)

Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara (MT)

Márcia Regina Cardeal Gutierrez Saldanha (MS)

Israel Murakami (SP) - convidado

Autoria:

Fernanda Manzini

Lorena Baía Oliveira Alencar

Lúcia Sales

Mirtes Barros Bezerra

Patrícia Campanha

Renata Macedo

Samara Jamile Mendes

Silvana Nair Leite Contezini

Sílvio César Machado Santos

Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara

Revisão de conteúdo:

Fernanda Manzini

Impressão:

Qualytá Gráfica e Editora

O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS : diretrizes para ação / Fernanda Manzini...[et al.]. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.
298 p. : il.

ISBN 978-85-89924-11-5

1. Assistência farmacêutica. 2. Serviços farmacêuticos. 3. Profissional Farmacêutico. 4. Saúde pública. I. Título.

CDU 615.1



DIRETORIA:

Presidente

Walter da Silva Jorge João

Vice-Presidente

Valmir de Santi

Secretário - Geral

José Vílmore Silva Lopes Júnior

Tesoureiro

João Samuel de Morais Meira

CONSELHEIROS FEDERAIS:

Rossana Santos Freitas Spiguel (AC)
José Gildo da Silva (AL)
Marcos Aurélio Ferreira da Silva (AM)
Carlos André Oeiras Sena (AP)
Altamiro José dos Santos (BA)
Lúcia de Fátima Sales Costa (CE)
Forland Oliveira Silva (DF)
Gedayas Medeiros Pedro (ES)
Sueza Abadia de Souza Oliveira (GO)
Fernando Luis Bacelar de Carvalho Lobato (MA)
Luciano Rena (MG)
José Ricardo Arnaut Amadio (MT)
Angela Cristina Rodrigues Cunha Castro Lopes (MS)
Walter da Silva Jorge João (PA)
João Samuel de Morais Meira (PB)
Carlos Eduardo de Queiroz Lima (PE)
José Vílmore Silva Lopes Júnior (PI)
Valmir de Santi (PR)
Ana Paula de Almeida Queiroz (RJ)
Lenira da Silva Costa (RN)
Josué Schostack (RS)
Lérida Maria dos Santos Vieira (RO)
Erlandson Uchôa Lacerda (RR)
Paulo Roberto Boff (SC)
Marcelo Polacow Bisson (SP)
Vanilda Oliveira de Aguiar (SE)
Amilson Álvares (TO)

Apresentação	07
Prefácio	09
Introdução	11
Entrevista Especial	15
Capítulo 1	
Uso Racional de medicamentos	33
1.1 Introdução	33
1.2 Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos.....	36
1.3 Listas de Medicamentos Essenciais	36
1.4 Formulário Terapêutico	39
1.5 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas	39
1.6 Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	41
1.7 Centros de Informações sobre Medicamentos.....	42
1.8 Farmacovigilância	43
Capítulo 2	
Estruturação da assistência farmacêutica	51
2.1 Introdução	51
2.2 Financiamento dos serviços de assistência farmacêutica	53
2.3 Reorganização das farmácias no âmbito do sistema de saúde.....	55
2.4 Incentivo para estruturação da assistência farmacêutica nos municípios.....	57
2.5 Sistemas de informação.....	58
2.5.1 Hórus - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica	60
2.5.2 Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica	61
2.6 Importância da qualificação profissional.....	61
Capítulo 3	
Planejamento estratégico aplicado à assistência farmacêutica	71
3.1 Processo histórico: análise do uso do planejamento na gestão da assistência farmacêutica no Brasil	71
3.2 Cenário atual	75
3.2.1 Instrumentos de Planejamento do SUS.....	75
3.2.2 Interface da assistência farmacêutica com o planejamento no SUS	78
3.3 Planejamento Estratégico Situacional (PES): Um modelo metodológico aplicável.....	81
3.3.1 PES: da teoria à prática	83
3.3.2 Momento Explicativo: compreendendo sua realidade	85
3.3.3 Momento Normativo: formulando o plano	89
3.3.4 Momento Estratégico	89
3.3.5 Momento Tático-Operacional.....	90
Capítulo 4	
Gestão da assistência farmacêutica no SUS: uma abordagem estratégica e orientada para resultados	97
4.1 Aspectos teóricos e conceituais da gestão em saúde.....	97
4.1.1 Principais desafios para os gestores no SUS	99

4.1.2	Instâncias de gestão do SUS e a busca por novas alternativas gerenciais	101
4.1.3	A assistência farmacêutica no contexto da gestão do SUS	103
4.2	Gestão Estratégica	106
4.2.1	O Planejamento Estratégico e o Triângulo de Governo	109
4.2.2	O Ciclo PDCA e a melhoria contínua	110
4.3	Foco em resultados nas organizações públicas: desafios e determinantes de um modelo aplicável.....	113
4.3.1	A necessidade de se reinventar na gestão pública: foco no usuário-cidadão.	117
4.3.2	Gestão (estratégica) de pessoas e o papel dos gerentes no contexto do modelo orientado para resultados	119
4.3.3	Gerenciamento de projetos: um bom método para aumentar a eficiência na entrega de resultados	122
4.4	Considerações finais	127
Capítulo 5		
	Avaliação da assistência farmacêutica.....	133
5.1	Avaliação em saúde	133
5.1.1	Diferença entre diagnóstico, avaliação e monitoramento	135
5.1.2	Tipologia de avaliação.....	136
5.2	Avaliação da assistência farmacêutica.....	138
5.3	Avaliação no cotidiano dos serviços	142
5.3.1	Como conduzir um processo de avaliação no serviço	142
5.3.2	Exemplos de indicadores para avaliação da assistência farmacêutica.....	143
5.3.3	Como apresentar os resultados de uma avaliação	157
Capítulo 6		
	Acesso aos medicamentos no SUS.....	163
6.1	Dimensões e determinantes do acesso aos medicamentos.....	163
6.2	O acesso aos medicamentos essenciais no Brasil.....	169
6.3	O modelo de financiamento da assistência farmacêutica no SUS.....	171
6.3.1	Os Componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica	174
6.3.1.1	Componente Básico da Assistência Farmacêutica	175
6.3.1.2	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	178
6.3.1.3	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.....	179
6.3.2	Farmácia Popular do Brasil.....	181
6.4	O acesso aos medicamentos como parte do acesso à saúde	187
6.5	Considerações finais	189
Capítulo 7		
	Judicialização da assistência farmacêutica como garantia do direito constitucional à saúde: avanço ou retrocesso?	197
Capítulo 8		
	Pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos e a regulação do mercado em saúde no Brasil: desafios para a garantia do acesso.....	209
Capítulo 9		
	O papel do farmacêutico nas Redes de Atenção à Saúde	225
9.1	Introdução	225
9.2	Elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde.....	226

9.2.1	A população e a região de saúde	227
9.2.2	A estrutura operacional.....	228
9.2.3	O modelo de atenção à saúde.....	230
9.3	Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde	230
9.4	Redes temáticas de atenção à saúde.....	235
9.4.1	Rede Cegonha (Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil).....	235
9.4.1.1	Papel da Assistência Farmacêutica na Rede Cegonha	237
9.4.2	Rede de Atenção Psicossocial.....	238
9.4.2.1	Papel da assistência farmacêutica na Rede de Atenção Psicossocial ..	239
9.4.3	Rede de Atenção às Urgências e Emergências	241
9.4.3.1	Papel da assistência farmacêutica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	243
9.4.4	Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas.....	244
9.4.4.1	Organização da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas ..	246
9.4.4.2	A organização do processo de trabalho e o papel da assistência farmacêutica.....	246
9.4.4.2.1	Acolhimento.....	247
9.4.4.2.2	Cuidado continuado / atenção programada	247
9.4.4.2.3	Atenção Multiprofissional	248
9.4.4.2.4	Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	248
9.4.4.2.5	Regulação da Rede de Atenção	248
9.4.4.2.6	Apoio matricial.....	249
9.4.4.2.7	Acompanhamento não presencial	249
9.4.4.2.8	Atendimento coletivo.....	249
9.4.4.2.9	Autocuidado.....	250
9.4.5	Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.....	251
9.4.5.1	Papel da assistência farmacêutica na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	253
9.4.6	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	254
9.4.6.1	Composição da equipe NASF.....	255
9.4.6.2	Ferramentas tecnológicas do NASF	255
9.4.6.3	Áreas estratégicas temáticas do NASF.....	256
9.4.6.4	Atuação do farmacêutico no NASF	256

Capítulo 10

A assistência farmacêutica e o controle social	263	
10.1	Participação e controle social	263
10.1.1	Democracia representativa e democracia participativa.....	264
10.1.2	Participação Social no SUS.....	264
10.2	A Assistência farmacêutica e o controle social	265
10.3	Instâncias de Controle Social e participação dos farmacêuticos	266
10.3.1	Conselhos de Saúde	267
10.3.2	Conferências de Saúde	270
10.3.2.1	O papel do conselheiro de saúde	272
10.3.3	Mesa de negociação do SUS.....	273
10.4	Acompanhamento das atividades relacionadas à assistência farmacêutica pelo controle social	274
Histórico de Regulamentação Relacionada à Assistência Farmacêutica.....	279	

Apresentação

Desde a sua criação, há mais de 20 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) mudou o panorama da saúde, no Brasil. Nessas mais de duas décadas, o Sistema ampliou o acesso aos serviços, contribuiu para a redução de doenças, melhorou as condições sanitárias nacionais, aumentou a expectativa de vida do brasileiro e reorganizou a assistência à saúde. Mas a demanda é crescente. Hoje, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), somos mais de 200 milhões de brasileiros e, cerca de 150 milhões dependem, exclusivamente, do SUS para cuidar de sua saúde.

A Constituição Federal garante, entre os seus princípios, que é direito de todos e dever do Estado o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre eles, a assistência farmacêutica. Tendo em vista a dimensão continental, diferenças culturais e sociais e a má gestão do financiamento em muitos municípios brasileiros, o SUS enfrenta problemas e, de certa forma, compromete a prestação de serviços de saúde de forma integral a considerável parcela da população. Ao mesmo tempo, disponibiliza tratamento de Primeiro Mundo para diversas doenças. Em uma análise mais ampla, a saúde da população brasileira apresentaria dados catastróficos, não fosse os serviços prestados pelo Sistema, mesmo com todas suas dificuldades.

A compreensão e a aplicabilidade prática do conceito de assistência Farmacêutica são essenciais para o bom funcionamento do SUS. A simples garantia de acesso ao medicamento não assegura totalmente a melhora da saúde da população. Por isso, o conjunto de ações desenvolvido pelo farmacêutico, tendo o medicamento como insumo essencial, não se restringe a esse aspecto, mas envolve, também, a promoção do seu uso racional.

No âmbito do SUS, o farmacêutico está inserido no processo de cuidado ao paciente que envolve desde a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos, a seleção, a programação, a compra, a distribuição, a garantia de qualidade, até o acompanhamento e a avaliação dos resultados, tendo sempre como objetivo principal e melhoria da qualidade de vida da população.

Experiências de gestores municipais têm comprovado que o farmacêutico, inserido nas equipes do SUS, tem contribuído de forma significativa para a melhora na saúde da população local, além de gerar economia aos cofres públicos, humanizar o atendimento e, interferir, de forma positiva, na gestão da logística dos medicamentos e dos serviços da saúde.

Ampliar ainda mais o acesso aos medicamentos, promover o uso racional, integrar a assistência farmacêutica às demais políticas de saúde como parte do

processo do cuidado, otimizar a gestão dos recursos humanos e financeiros e incorporar, de vez, o farmacêutico à rede de saúde (municipal, estadual, regional) na gestão do medicamento e no acompanhamento dos pacientes em seu processo de tratamento, são alguns dos desafios que o Sistema deve enfrentar.

Esta publicação do Conselho Federal de Farmácia não tem a pretensão de ser um guia prático de assistência farmacêutica, mas apresenta dados relevantes sobre o tema, identifica problemas e sugere soluções para otimizar a atuação do farmacêutico no âmbito do SUS, até porque foi elaborada pelos integrantes de seu Grupo de Trabalho sobre Saúde Pública, todos com reconhecida e destacada atuação nesse importante segmento da profissão farmacêutica. A saúde da população é o resultado a ser alcançado e o farmacêutico tem muito a contribuir para isso.

Valmir de Santi

Vice-presidente do Conselho Federal de Farmácia

Prefácio

Quando o Congresso Nacional aprovou, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde, que detalhava o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a farmácia já fazia parte de minha vida. Assim, posso dizer que o vi nascer e crescer.

Nas últimas duas décadas, o Brasil e o SUS passaram por profundas transformações. Um Sistema que se propõe a atender mais de 190 milhões de pessoas enfrenta, sim, grandes desafios que vão desde o desfinanciamento progressivo até a qualidade da formação de profissionais da área da saúde para prestar o melhor serviço à população.

A desarticulação da assistência farmacêutica no País, em descompasso com as mudanças que ocorreram na área da saúde, especialmente com relação ao processo de descentralização do SUS, contribuiu para a formulação de novas diretrizes para a área de medicamentos, a chamada Política Nacional de Medicamentos (PNM), apresentada pelo Ministério da Saúde, em outubro de 1998.

Os princípios e diretrizes constitucionais do SUS foram fortalecidos pela PNM, cuja principal finalidade é “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), de maio de 2004, engloba, entre os seus eixos estratégicos, a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, que inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica; e a manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS.

Entre as diretrizes do PNM e do PNAF está a reorientação da assistência farmacêutica, definida como: “um grupo de atividades relacionadas ao medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.” E em todo esse processo de aplicabilidade prática das “normas” que regem a assistência farmacêutica no SUS está sempre presente, o farmacêutico.

Sempre acreditei no SUS e no quanto nós, farmacêuticos, podemos contribuir para o crescimento e real afirmação do Sistema como um dos maiores e mais eficientes do mundo. Com os tópicos apresentados nesse livro, o Conselho Federal de Farmácia espera contribuir para que os gestores, farmacêuticos, outros profissionais da saúde e toda a sociedade conheçam um pouco mais sobre a atuação do farmacêutico no SUS, seja na dispensação direta ao usuário de medicamentos, na gestão da assistência farmacêutica ou subsidiando a tomada de decisões clínicas.

O livro é dividido em 10 capítulos, escritos por diferentes autores, todos, diretamente ligados à saúde pública. Eles abordam temas como o uso racional de medicamentos, a estruturação da assistência farmacêutica, o acesso aos medicamentos – dentro desse tema, a judicialização também é abordada – o desenvolvimento de novos fármacos, o papel do farmacêutico e o controle social.

Com este livro, o Grupo de Trabalho sobre Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia apresenta a realidade do farmacêutico no SUS, as possibilidades de atuação e ainda pretende despertar o interesse do leitor sobre a saúde pública brasileira com todos os seus problemas, mas também com todas as suas soluções que têm salvado vidas brasileiras por esses 25 anos.

Uma boa leitura a todos

Walter da Silva Jorge João
Presidente do Conselho Federal de Farmácia

Introdução

Toda atividade profissional exercida por farmacêuticos, no Brasil, está sob a jurisdição do Conselho Federal de Farmácia (CFF), que regulamenta e disciplina o seu exercício, com base na Lei nº 3.820, assinada, no dia 11 de novembro de 1960. Os conselhos são formados com o objetivo de zelar pelos princípios da ética e da disciplina da classe dos que exercem qualquer atividade farmacêutica no Brasil. Dentre as suas atribuições, os conselhos devem colaborar com autoridades sanitárias para uma melhor qualidade de vida do cidadão, além de zelar pela saúde pública, promovendo a difusão da assistência farmacêutica no país.

Com a visão de que os conselhos de classe podem e devem colaborar como parceiros para o desenvolvimento e a consolidação das políticas públicas do país, é que o Grupo de Trabalho (GT) de Saúde Pública do CFF vem trabalhando no sentido de subsidiar os gestores e farmacêuticos do Sistema Único de Saúde (SUS) com informações, incentivos, regulamentações, e estímulos para que os serviços farmacêuticos, efetivamente, atendam as reais necessidades da população brasileira e colaborem na efetividade da gestão pública, para a consolidação dos princípios das políticas de saúde.

Recentemente, o GT de Saúde Pública do CFF promoveu um amplo debate, envolvendo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Ministério da Saúde (por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos) a respeito das atribuições do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no SUS. Essa atividade, apesar de amplamente reconhecida pela sociedade e de seu grande impacto no SUS, ainda não contava com regulamentação profissional específica. Como resultado, foi construída e aprovada a Resolução CFF nº 578, de 2013, que regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Essa Resolução aponta as diretrizes para o papel relevante do farmacêutico na política de saúde nos diversos níveis de atenção, definindo como atribuições:

- Participar na formulação de políticas e no planejamento das ações, em consonância com a política de saúde de sua esfera de atuação e com o controle social;
- Participar da elaboração do plano de saúde e demais instrumentos de gestão em sua esfera de atuação;

- Utilizar ferramentas de controle, monitoramento e avaliação, que possibilitem o acompanhamento do plano de saúde e subsidiem a tomada de decisão em sua esfera de atuação;
- Participar do processo de seleção de medicamentos;
- Elaborar a programação da aquisição de medicamentos em sua esfera de gestão;
- Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde e das demais etapas do processo;
- Participar dos processos de valorização, formação e capacitação dos profissionais de saúde que atuam na assistência farmacêutica;
- Avaliar, de forma permanente, as condições existentes para o armazenamento, a distribuição e a dispensação de medicamentos, realizando os encaminhamentos necessários para atender à legislação sanitária vigente;
- Desenvolver ações para a promoção do uso racional de medicamentos;
- Participar das atividades relacionadas ao gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde, conforme legislação sanitária vigente;
- Promover a inserção da assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dos serviços farmacêuticos.

Fica evidente que o farmacêutico, na gestão da assistência farmacêutica, assume um papel de liderança técnico-científica na área, sendo corresponsável, ainda, pela qualificação das equipes, dos serviços de saúde e do controle social da saúde.

Essa regulamentação, porém, é apenas um dos fatores determinantes da prática profissional e do reconhecimento social. Por ela, o profissional precisa estar preparado para enfrentar e dar respostas para os desafios de um imenso sistema de saúde como o nosso. As adversidades precisam ser enfrentadas com pró-atividade do profissional na busca de informação e de condições para aplicar as políticas vigentes e fazê-las realidade em seu local de trabalho, além de criar novas políticas para o setor.

A literatura e a prática já evidenciam que, quando há investimento em serviços farmacêuticos, os resultados são muito compensadores em termos de melhoria de condições de saúde, de estruturação do sistema de saúde e de melhoria na aplicação dos recursos públicos. A publicação, pelo CFF, da revista “Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS” (julho/2013 e junho/2014) é um pequeno retrato desta realidade: farmacêuticas e farmacêuticos de todo o Brasil relatam grandes impactos dos serviços farmacêuticos na atenção básica, em serviços clínicos e em farmácia hospitalar.

Em 2014, quando se comemoram os 10 anos da publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – um marco para a categoria farmacêutica e para o direito social à saúde –, o CFF iniciou a preparação desta publicação como forma de colaborar para a qualificação no modo de atuar do farmacêutico na assistência farmacêutica, no âmbito do sistema público de saúde.

Esta publicação está estruturada em dez capítulos, tendo por finalidade apresentar aos colegas farmacêuticos as questões mais relevantes, pautadas para a organização da assistência farmacêutica e para a atuação profissional, identificando as principais políticas vigentes, as oportunidades de avanços e as necessidades de investimentos e melhorias na atuação profissional e nos serviços farmacêuticos.

Estamos no segundo semestre de 2015, um ano de grandes feitos e muito questionamentos quanto à transparência nas esferas administrativas, em especial, quanto à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, antes mesmo da apresentação desta publicação, decidimos (re) publicar uma entrevista dos três principais gestores do SUS, ao final de 2014: o ministro da Saúde, Arthur Chioro, o presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Wilson Duarte Alecrim, e o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Antonio Carlos Nardi. Uma oportunidade para refletirmos sobre o SUS que temos e o SUS que a população precisa.

Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia

Entrevista publicada na edição de número 13, ano IV, de outubro, novembro e dezembro de 2014, da Revista Consensus, publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, devidamente autorizada.

Entrevista ESPECIAL

**Arthur Chioro,
Wilson Duarte Alecrim e
Antônio Carlos Nardi**

Chegamos ao fim de mais um governo e, em quatro anos de gestão, o Sistema Único de Saúde contabilizou inúmeros avanços, mas inegavelmente manteve-se estável em muitas outras áreas importantes para o seu aperfeiçoamento e sustentabilidade. Passada a eleição, vem agora a expectativa de novos rumos para o SUS, com novos gestores, mas também com a permanência daqueles que já trabalham no dia a dia nas secretarias estaduais e municipais de saúde em todo o país.

Para compreender melhor os progressos do SUS nessa gestão, que em breve se encerra, e colocar em pauta os desafios que estão postos para os próximos gestores, a revista Consensus ouviu os representantes das três esferas de gestão: o ministro da Saúde, Arthur Chioro, o presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Wilson Duarte Alecrim, e o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Antonio Carlos Nardi.

Nas próximas páginas, eles falam sobre temas como o subfinanciamento do sistema, a problemática dos Recursos Humanos, o enfrentamento de epidemias e outros pontos importantes para a saúde pública brasileira.

Em sua opinião, quais foram as principais realizações do SUS nos últimos quatro anos?

Arthur Chioro - O Sistema Único de Saúde (SUS) atende 200 milhões de brasileiros, com 11 milhões de internações ao ano e é o maior sistema público de transplante de órgãos do mundo, representando quase 100% dos procedimentos desse tipo no país. Nesses últimos anos podemos destacar a criação do Programa Mais Médicos, que conseguiu atender 100% da demanda apresentada pelos municípios. Com a chegada do médico no município, é possível completar equipes multiprofissionais da área da saúde ou mesmo formar novas equipes e, assim, ampliar o atendimento à população. Podemos destacar também a incorporação de novos medicamentos e vacinas para a população. Em 2014, com a incorporação DTPa, HPV e Hepatite A, o SUS passou a ofertar 17 vacinas de rotina no calendário nacional.

Além disso, melhoramos a assistência aos usuários do SUS, garantindo um atendimento qualificado. Ampliamos o SAMU 192, o programa Brasil Sorridente, e temos investido na implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e na reforma, ampliação e construção de 26 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS). Avançamos na formação de trabalhadores qualificados, no domínio de tecnologias de ponta, na indústria de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares garantindo soberania. A ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) é realidade em todo o território nacional.

Outro avanço foi o direito ao tratamento em liberdade, com espaços coletivos de decisão e com o envolvimento de usuários, familiares, trabalhadores e da comunidade como um todo na garantia de um cuidado humanizado e em liberdade. Hoje temos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em todo país. Também avançamos na política de promoção da Saúde que reforça o empenho do Ministério em assegurar o acesso da população, sobretudo às mais vulneráveis, à educação em saúde, à melhoria da qualidade de vida e ao envelhecimento saudável. Ela incorpora o saber popular e tradicional às práticas em saúde e valoriza a formação e a educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores.

Wilson Duarte Alecrim - Podemos falar do Programa Mais Médicos que contempla um segmento de trabalho que é a Atenção Primária em Saúde (APS). Hoje, temos aproximadamente 12 mil médicos trabalhando no programa, o que representa a presença do médico de forma mais efetiva nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Equipes de Saúde da Família (ESF). Atualmente, esses

médicos, na sua maioria absoluta, cumprem a sua carga horária e trabalham com dedicação exclusiva ao programa, possibilitando a realização de milhões de consultas médicas e orientações na área de vigilância e prevenção, e isso não acontecia antes. No entanto, é bom considerar que os outros segmentos da Média e Alta Complexidade (MAC) não tiveram os mesmos ganhos e ainda respondem pela demanda oriunda da APS.

Outro ponto foi a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), que representou o resgate da dignidade no que diz respeito à infraestrutura das UBS, tanto para quem nelas trabalha quanto para quem delas precisa. E, no segundo ciclo, a adesão ao programa foi extraordinária, com mais de 5 mil municípios. Assim, os gestores municipais, claro que com participação dos gestores estaduais, passaram a dar credibilidade e acreditação ao PMAQ. No entanto, creio que ainda é preciso discutir melhor a sustentabilidade de financiamento do programa.

Outro ponto a ser considerado positivo é a facilitação do acesso à saúde por meio da re-regionalização e das redes de atenção. O processo de regionalização praticamente concluiu-se no país com mais de 400 regiões de saúde. Agora, para que essas regiões possam ofertar o princípio fundamental da regionalização que é a melhoria do acesso com qualidade, é preciso que tenhamos assegurados a programação de instalação e o funcionamento das redes temáticas. De todas as redes temáticas que foram propostas e cujas portarias e políticas estão aprovadas, acredito que duas caminharam bastante nas regiões em que foram instaladas: Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Rede Cegonha. As demais ainda estão sendo trabalhadas e ainda temos de fazer mais esforços para que elas ocorram.

Outra realização importante foi a introdução, por parte da Vigilância em Saúde, da vacina contra o HPV. Essa medida com certeza vai beneficiar milhões de mulheres para que elas, ao chegarem à idade adulta, não padeçam do câncer de colo de útero. E, além disso, vai retirar um peso social muito grande para as famílias e, por desdobramento, para as políticas públicas, porque existem doenças e agravos que podem ser resolvidos com um único procedimento e não causam tanto problema nem têm taxa de letalidade elevada. Nesse caso, trata-se de doença que causa problema social, médico e que tem taxa de letalidade elevada. Essa medida é com certeza um exemplo de política de Estado e não de governo.

Antônio Carlos Nardi - O fortalecimento da municipalização da saúde acabou sendo uma das grandes conquistas e, com esse fortalecimento, o acesso dos usuários ao sistema. Nesse contexto, a organização e o fortalecimento

da Atenção Básica (AB) foram talvez o principal avanço. Quando nós falamos em organização, temos de falar dos vazios assistenciais que ainda existem e da organização no sentido da formatação da rede. A formatação das redes de atenção que priorizam na AB a questão da Rede Cegonha, que muitos estados e municípios estão implementando, nos faz pensar nessa questão do acesso, que começa com o pré-natal da gestante e indo até a criança. Dessa maneira, estamos trabalhando com dois grandes indicadores que pactuamos todos os anos. Nesses últimos quatro anos, a melhoria dos indicadores de saúde foi muito veemente nessas duas vertentes: na diminuição da mortalidade materna e na diminuição da mortalidade infantil. Exatamente pela questão das redes e pelo fortalecimento da Atenção Básica.

Nessa lógica, também foram muito importantes os programas do Ministério da Saúde, em parceria com muitas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que estão apoiando e fazendo um complemento financeiro do Piso de Atenção Básica (PAB), e também com o apoio de construções de Unidades Básicas de Saúde, somadas ao PMAQ, dando melhores condições de trabalho. Porque esse é outro problema que nós tínhamos e continuamos a ter em menor grau que é a questão da força de trabalho no SUS e que também teve esse processo de melhoria, no sentido de se desmitificar e descentralizar exclusivamente da pessoa do médico o atendimento profissional e pensar na equipe multiprofissional. Então, acho que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) tiveram papel extremamente importante nesses últimos quatro anos. O acesso, para mim, incluindo todos esses processos paralelos, foi extremamente importante.

Outro processo que temos de citar como grande avanço foi a priorização das Redes Temáticas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Nós passamos a pensar no contexto do país e isso significou implementá-las em primeiro lugar nas regiões com maiores lacunas e vazios assistenciais.

Essa é a grande diferença que a gente vê. Ainda temos problemas, mas temos de pensar em tudo que evoluímos. Isso é outro grande benefício que a gente conseguiu ter como grande balanço.

No Conasems, o avanço que tivemos foi em relação à organização e à qualificação da gestão municipal e tudo isso passando pela qualificação e pelo fortalecimento dos Conse-lhos Municipais de Saúde (Cosems). Essa foi uma bandeira que levantei como presidente do Conasems: de que cada Cosems deste país fosse fortalecido como instrumento e ferramenta da boa gestão municipal, oferecendo ferramentas para ele exercer uma gestão técnica com qualificação. E a qualificação da gestão foi essencial, pois hoje há credibilidade dos Cosems, do Conasems, nas CIRs, todo mundo sabe o que é o CONASS, o Conasems, o que

são os Cosems, as Bipartites Estaduais e as Comissões Intergestores Regionais (CIR). Isso foi grande avanço. Nós mostramos o que é o pacto federativo para cada Ente Federado do Brasil. Cada gestor hoje conhece e pode se expressar na CIR ou na CIB ou na CIT e, perpassando tudo isso, nos Conselhos.

Quais são os principais desafios para a implementação do SUS nos próximos quatro anos?

Arthur Chioro - Um dos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde é exatamente a melhoria do acesso e da qualidade do serviço, resolvendo de forma humanizada os problemas de saúde da população. Implantar as medidas estruturantes do Mais Médicos, no que se refere à formação e especialização na residência médica, avançando-se na regulação do trabalho do SUS e ajudando a resolver definitivamente a necessidade de mais médicos no país.

Também é preciso ampliar a produção de medicamentos e equipamentos pelo fortalecimento do complexo industrial brasileiro de saúde; cuidar com dignidade e em liberdade dos pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos; modernizar e qualificar o processo de gestão do SUS. Uma agenda central para os próximos quatro anos é ampliar a oferta de serviços especializados, com a implantação do Mais Especialidades. Um grande desafio, em todas as esferas de governo, é encantar os trabalhadores para o nosso projeto ético-político para o SUS. Este projeto está sempre em disputa e é preciso defendê-lo em cada território. Ou seja, avançamos muito nesses 25 anos de história e o nosso compromisso é melhorar cada vez mais.

Wilson Duarte Alecrim - Os desafios na realidade são sinônimos de problemas. Nós continuamos com o crônico problema que representa um dos maiores, se não o principal desafio, para a consolidação do SUS, que é o financiamento. Esse problema vem se agravando ano a ano porque, em anos anteriores, os estados e os municípios, claro que não na totalidade, mas na grande maioria, foram suprindo com recursos próprios. Há estados que já ultrapassam 20% da aplicação dos seus recursos em saúde. Municípios, da mesma forma; e agora eles não têm mais como acrescentar despesas na área da saúde por receita própria. E embora o orçamento da União tenha crescido, não houve aumento da sua participação nos recursos para as necessidades do SUS. Então, esse é um problema crônico, mas é urgente e necessária a sua solução.

Outro problema que é parte consequente do financiamento diz respeito às alternativas de gestão que devem ser buscadas e ampliadas - algumas já existentes em poucos estados brasileiros -, para que possamos otimizar a aplicação dos recursos. É preciso ficar bem claro que a nossa luta não é somente por mais

recursos, é por mais recursos e melhoria da gestão. Essas duas coisas combinadas certamente farão que a população passe a ter a oferta para as demandas que são necessárias e assim viva melhor e avalie melhor a política pública de saúde do país. Nessa parte da gestão, é importante que seja mencionado que gestores municipais e estaduais, principalmente no que diz respeito a secretários estaduais e municipais, devem ser nomeados a partir de critérios técnicos e políticos. E que seja evitado o rodízio precoce desses gestores. Não é possível fazer gestão de uma SES, de uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com secretário de “plantão”. Secretário tem de estar no exercício da função do cargo, para seu desempenho ser avaliado pelo maior tempo possível dentro de um período de governo. Cada período de governo, em um estado e em um município, dura quatro anos. Não é possível que se tenha uma boa gestão em uma SES ou SMS se em quatro anos ocorreu um rodízio acentuado desses gestores. Aliás, os estados e os municípios que têm razoável ou melhor capacidade de gestão são aqueles em que o gestor permanece por mais tempo e é capaz de cumprir um período de governo. Então, esses dois assuntos, financiamento e gestão, são fundamentais para que nós possamos avançar.

Outro desafio importante diz respeito à tecnologia. Muitas vezes nós temos dificuldades em implantar determinados programas ou realizar determinados procedimentos por problemas de dependência tecnológica, porque não temos implantado no país, embora esteja em fase de implantação, um modelo tecnológico que priorize a inovação e não a invencionice que são coisas antagônicas para a área da saúde. Essa absorção e implantação de tecnologia são desafios que precisam ser superados, e outro desafio ainda que está à nossa frente e não depende exclusivamente da área da saúde, mas de políticas de outros ministérios, incluindo os Ministérios da Saúde e da Educação, é a parte de Recursos Humanos, entre eles os médicos.

Antônio Carlos Nardi - Não se fala em desafios se não falarmos em quem vai exercer a gestão. Temos de continuar a qualificação da gestão, independentemente do nível de governo, e também a questão da força de trabalho no SUS, da fixação de profissionais. Com o Programa Mais Médicos, que foi talvez o maior avanço deste governo e foi apoiado integralmente pelo Conasems, muitos municípios no Brasil que não tinham médicos um dia na semana sequer, com o Mais Médicos passaram a ter 24 horas por dia, residindo nesse município. Esse é talvez o maior desafio que teremos: dar continuidade a esse avanço, para assim pensar que nossos indicadores irão melhorar. Não podemos esquecer que, no dia 31 de dezembro, encerra-se o prazo para alcançarmos os objetivos do milênio e vamos entrar o ano que vem no grande desafio mundial que é o desafio do desenvolvimento sustentável. Em relação aos objetivos do

milênio, nós ainda estamos com a mortalidade materna alta, a mortalidade infantil ainda não chegou a um indicador melhor, o combate à Aids, a vacinação e os outros indicadores do combate à fome e tantos outros que estavam nos objetivos do milênio ainda precisam melhorar.

E para falarmos em objetivos do desenvolvimento sustentável, nós temos de falar na epidemia do acidente de trânsito, na epidemia da violência, da drogadição, do alcoolismo, porque esse é o grande desafio da gestão do ano que vem, do próximo governo. As questões que não estão ligadas diretamente à saúde pública da população, mas que estão onerando a saúde pública, sobrecarregando os serviços, dificultando o acesso e fazendo que nós repensemos o sistema, porque não estamos preparados para essa realidade.

É claro que, como estava falando do Mais Médicos e as coisas vão se entrelaçando, nós temos de consolidar isso como uma política de Estado e não de governo. As questões da formação profissional, a fixação do profissional e a consolidação do aumento da oferta do número de vagas do curso de medicina também são desafios, porque faltam médicos no Brasil e essa é uma realidade nua e crua, doa a quem doer e nós temos de continuar levantando essa bandeira. Contudo, não basta abrir curso por abrir curso. É abrir curso com qualidade, com condição de plena docência e qualificação desses profissionais e, além de formar médicos, formar especialistas, porque senão vamos continuar com o grande gargalo de estrangulamento na atenção que é a Média e Alta Complexidade (MAC). E a MAC não é exclusivamente pelo último grande desafio ou talvez o primeiro que é o financiamento. Nós temos que aprovar o Projeto de Lei de Iniciativa Popular que prevê mais recurso para o SUS.

As últimas décadas foram marcadas por inúmeras mudanças no mercado de trabalho na área da saúde e conseqüentemente isso acabou gerando enormes desafios em relação aos Recursos Humanos no SUS. Quais são, em sua opinião, as principais soluções e medidas que devem ser adotadas para resolver a questão dos Recursos Humanos no SUS?

Arthur Chioro - O Ministério da Saúde promove diversas ações na área de capacitação, qualificação e educação permanente de profissionais. Desde 2004, apresenta uma política específica de financiamento e apoio a elaboração de planos de educação permanente nos estados e municípios, numa perspectiva de garantir que os processos formativos sejam baseados nas necessidades percebidas cotidianamente pelos próprios trabalhadores. Além destas ações junto aos estados e municípios, desenvolve uma série de parcerias com instituições de ensino e sociedades científicas. A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

oferece cursos gratuitos para os profissionais de saúde da rede pública. A rede de ensino é composta por 36 instituições de nível superior, e, desde 2011, recebeu cerca de 130 mil matrículas nos cursos diversos da área de saúde que oferece. Médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, gestores, entre outros trabalhadores do SUS, são certificados em diversos níveis de capacitação. São oferecidos pela UNA-SUS os cursos de especialização em Atenção Básica que integram os programas Mais Médicos e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), ambos com o objetivo levar médicos para o interior e para as periferias. Com isso, os médicos vão se qualificando a medida que prestam o atendimento nas unidades de saúde. Em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, o Ministério da Saúde desenvolve vários outros processos formativos voltados para áreas prioritárias, gerando oportunidade adicional de formação para mais de 140 mil trabalhadores só neste ano.

Também estão sendo expandidas, com o Programa Mais Médicos, as vagas e os cursos de medicina, de modo a garantir mais profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). Serão abertas, até 2018, 11,5 mil vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência médica em áreas prioritárias. Recentemente, o Ministério da Educação autorizou a implantação de 39 novos cursos de medicina em cidades fora do eixo das grandes capitais, de modo a interiorizar a formação médica, estimulando a fixação desses profissionais em locais com escassez histórica de médicos. Em 2010, o Ministério da Saúde ofertou 785 bolsas de residência médica. Em 2014, esse número chegou a 5.125 bolsas. Também houve ampliação na oferta de bolsas de residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, saltando de 499 bolsas (2010) para 2.875 (2014). Além disso, houve em 2014 a abertura de dois editais que preveem o financiamento de bolsas de residência para o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência, Edital n. 31 de 24 de julho de 2014) - e para o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Edital n. 32, de 24 de julho de 2014).

O Ministério da Saúde também disponibiliza educação à distância e semipresencial por meio do Programa Telessaúde Brasil Redes, que oferece teleassistência e tele-educação aos profissionais que atendem na Atenção Básica. Todas essas ações funcionam em conjunto para garantir que os profissionais de saúde do SUS serão qualificados e terão a vivência necessária para oferecer à população brasileira um serviço de qualidade.

Wilson Duarte Alecrim - De todos os pilares de sustentabilidade do SUS o de menor desenvolvimento e de menor discussão foi o de Recursos Humanos

(RH), ou seja, duas décadas e meia decorridas da criação do sistema e nós não temos definições dentro do SUS sobre a política de RH. Não havendo uma, cada estado, cada município e a União criam o seu próprio modelo.

Boa parte dos estados e a grande maioria dos municípios não têm sequer Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR). Alguns estados têm plano estabelecido, mas longe de contemplar o que é a necessidade dos profissionais da área de saúde. E mesmo naqueles em que existe um plano e nos outros em que não há, existe um viés extremamente preocupante que corresponde a uma parte chamada de “regime precário” que representa um número significativo de trabalhadores do SUS que não faz parte do quadro integrante de cada SES ou SMS.

Deve haver no mínimo uma dezena de projetos em tramitação na Câmara Federal que trata de RH no SUS. Alguns indicam uma ou outra determinada profissão: enfermeiros, médicos, psicólogos e da área de nível médio (técnicos), e outros tentam tratar globalmente disso.

Acredito que se nós conseguirmos equacionar e resolver o problema do financiamento e o problema da gestão, teremos de fazer o mesmo com a área de RH, porque o que tínhamos até uma década atrás era uma grande deficiência de profissionais. Ocorreu no país inteiro, uma proliferação de cursos, tanto de nível médio como superior, e hoje na maioria das categorias profissionais nós temos profissionais à disposição para trabalhar à exceção dos profissionais médicos que, embora as entidades médicas trabalhem com a ideia de que existem médicos em quantidade suficiente no país, quem é gestor de saúde sabe que eles não existem em quantidade suficiente, principalmente médicos especialistas.

Antes do Mais Médicos, quando se perguntava a um gestor municipal que mencionasse três problemas na área da gestão dele, um dos três era a falta de médicos. Com o Mais Médicos melhorou, mas só na APS. O gestor municipal que tem Média e Alta Complexidade continua respondendo da mesma forma. Os gestores estaduais respondem da mesma forma: a grande dificuldade de colocar em funcionamento os ambulatorios especializados e as unidades hospitalares, incluindo as de urgência como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), da MAC e os Prontos-Socorros.

Ora, o setor de saúde, quer seja estadual ou municipal, não forma médicos. Agora, tem sido feita uma parceria entre o MS e o MEC, na tentativa de regular a formação de médicos e, com isso, tentar chegar daqui a uns anos em um número de médicos suficiente e necessário para ocupação dos postos que temos no SUS, mas isso é uma política de médio e longo prazo porque um jovem que entrou hoje na faculdade de medicina até chegar ao mercado de

trabalho especializado deverá demorar alguns anos. É preciso ser feito o reconhecimento desse déficit e se buscar uma solução intermediária para que não tenhamos de dizer para a população que o profissional só vai chegar daqui a 10 anos. Isso não é justo, não é correto e nem ético.

Antônio Carlos Nardi - A força de trabalho no SUS tem dois processos e nós temos de quebrar a centralização do modelo medicalizado, de falar que a saúde pública e que o sistema de saúde só gira em torno do profissional médico. Nós temos de aprender a trabalhar as equipes multiprofissionais, por isso falei da importância dos Nasf, da importância de termos programas voltados à prevenção e à promoção e profissionais aptos para isso. Acho que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) trouxe para nós - e isso foi grande avanço desse governo - um pouco dessa importância. Quando falamos de força de trabalho, trata-se da interligação entre o serviço e a academia. Ora, quem está se formando precisa saber para que está se formando. Temos de valorizar os programas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde).

Esse é um desafio, mas o desafio maior ainda é ofertar e fixar profissionais em todos os municípios do Brasil, tirando das capitais e das regiões metropolitanas ou dos belos municípios com bons Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e boa renda per capita o atrativo desses profissionais. Para isso temos de falar em carreira no SUS, mas não em uma carreira federal do SUS. O Conasems é absolutamente contrário a isso. Temos de falar em Planos de Cargos, Carreiras e Salários dignos com condições de trabalho, de remuneração para esses profissionais.

Há também a questão do serviço civil obrigatório para os cursos da área de saúde, não só para os cursos de medicina. Ninguém está falando que é para esse profissional recém-formado em universidades públicas federais ou estaduais atuarem de graça. Estamos falando de atuar no SUS recebendo o salário que os profissionais do sistema ganham, atuando em tempo mínimo para, dessa forma, equilibrar a necessidade do serviço e acabar com os vazios assistenciais. E é claro, falar também da MAC. Hoje nós não temos profissionais de reumatologia, de neonatologia, intensivistas etc. Do que adianta nós falarmos que temos um déficit de UTIs no país se não temos intensivistas para tocar essas UTIs? Nós vamos formar elefante branco para depois passar nos jornais que os aparelhos estão abandonados e a obra largada porque não tem ninguém que os opere? De que adianta construir e equipar se eu não tenho ninguém apto para manejar o aparelho? Isso é um problema grave de força de trabalho.

Aí vem agora o corporativismo nos falar que tem médico suficiente para tocar o Brasil? Não tem! Nós sabemos dessa realidade e acho que é isso que temos de fazer: o convencimento, não só do Ministério da Saúde, mas também do MEC, para trabalhar na Comissão Nacional de Residência Médica esse fortalecimento, esse olhar para a realidade e as necessidades do país e não apenas as questões de classe de categoria profissional.

No ano de 2014, a saúde viu-se diante de novos desafios com o surgimento de doenças até então nunca ocorridas no Brasil, como o caso da Febre do Chikungunya e o ressurgimento da epidemia do Ebola. Como o SUS tem se preparado para enfrentar o surgimento dessas novas epidemias?

Arthur Chioro - As atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para o controle da dengue e da Chikungunya são resultados de um conjunto de ações com as secretarias de saúde e profissionais. Dispomos de um Plano de Preparação e Resposta para Emergências de Saúde Pública que vem sendo utilizado para o monitoramento dos grandes eventos de massa que tivemos em 2013 e 2014. Ativamos nosso Centro de Operações de Emergências em Saúde para acompanhar a situação epidemiológica do surto, o que nos permite realizar cuidadosa avaliação de risco, além da adoção de medidas adequadas à proteção do nosso país.

O reconhecimento do organismo internacional é resultado de ação articulada do Ministério da Saúde com as secretarias de saúde do estado do Paraná e do município de Cascavel/PR. Desde a notificação do caso suspeito, todas as equipes envolvidas se mostraram preparadas. Foram adotadas as medidas de isolamento do paciente, bem como para rastreamento e posterior monitoramento de todas as pessoas que tiveram contatos com ele, com o objetivo de interromper uma possível cadeia de transmissão do vírus.

Wilson Duarte Alecrim - É preciso dizer que, de todos os segmentos que trabalham na implantação do SUS, o que deu mais trabalho para trazer para a proposta do sistema foi a Vigilância em Saúde e o controle de doenças, mas depois que veio é hoje um dos sistemas mais avançados e organizados que nós temos. Eu fui da época que tínhamos muito enfrentamento com o pessoal da Vigilância e dos programas de controle para que eles se integrassem e fizessem parte do SUS ativamente e não apenas na composição. Mas nos últimos anos o Brasil desenhou um modelo de Vigilância que, dentro de tudo o que temos do SUS, com certeza, se fosse avaliado, receberia uma das melhores avaliações em relação ao desempenho e à oferta do que uma Vigilância pode oferecer à população.

O Brasil vem se credenciando cada vez mais em coisas que pareciam um desafio. Por exemplo: vacinar grande contingente populacional em um único dia era uma coisa impensável quando se discutia isso com outros países. E isso o Brasil conseguiu e consegue fazer. No enfrentamento das epidemias, ele também tem se destacado com bastante resultado positivo. Tem sido assim no enfrentamento da epidemia da Dengue, e agora estamos com dois novos problemas: um que é mundial, o Ebola, e já temos uma rede de profissionais treinados e capacitados para cuidar dos pacientes; e o outro que é a Febre do Chikungunya, que tem como base de apoio de transmissão o mesmo mosquito da Dengue e da Febre Amarela urbana.

Acredito que os estados que já estão tendo a Febre do Chikungunya estão experimentando nova resposta à doença que se manifesta de forma epidêmica. A experiência que temos no enfrentamento de epidemias é de que se a rede está organizada para dar a resposta no tempo e de forma adequada, é minimizado o sofrimento da população com o adoecimento e com os óbitos. Se a rede não está organizada e ordenada, a população fica como se estivesse correndo e andando de um lado para o outro sem o atendimento.

Com Dengue, nós aprendemos muito isso. Assim, se a APS está organizada como porta de entrada e é capaz de classificar os casos potencialmente graves, a situação é minimizada, embora haja sofrimento, mas sem prejuízos maiores.

Antônio Carlos Nardi - Eu digo que os militantes trabalhadores do SUS são verdadeiros heróis que nos surpreendem dia a dia. Esse episódio que não se confirmou como sendo Ebola, em Cascavel, no Paraná, mostrou a expertise do SUS. É dessa forma que estamos preparados. Estamos preparados para enfrentar de fato, não só o Ebola ou a Febre do Chikungunya e a Dengue, nós estamos falando de novas doenças, mas as velhas estão aí nos afogando e matando. Ainda tivemos óbitos por Dengue em 2014, apesar de todo um trabalho de conscientização e mobilização. É preciso lembrar que o sistema público sozinho não vai dar conta, mas é lógico que temos de trabalhar em rede e de forma sincronizada. Disparar o agravo e pôr a rede para funcionar: enfrentando, capacitando as pessoas e dando condições para que o manejo clínico seja correto e perfeito. Acho que esse é o caminho: temos de trabalhar as novas doenças, mas dando conta das velhas doenças também. Não podemos esquecer a malária, a esquistossomose, a tuberculose, a hanseníase e tantas outras doenças negligenciadas que as pessoas, por não ouvirem falar, acham que não existem mais.

Nesse enfrentamento, como o da epidemia de Ebola, o caminho é melhorar o nosso sistema sentinela, os nossos sistemas de notificação, integrando os

sistemas. Esse também é grande desafio que temos: há tantos sistemas de informação e tantos investimentos na área de tecnologia da informação, mas ainda não conseguimos unificar os nossos sistemas. Então, é um falando e outro não escutando. Essa também é uma grande dificuldade que temos e acho que o SUS tem de estar preparado para isso tudo. A Expoepi mostrou-nos exemplos exitosos de como enfrentar e como fazer, basta a gente operacionalizar.

O Brasil, apesar de ter um sistema público de saúde universal, ainda gasta pouco com saúde quando comparado a outros países com sistemas de saúde similares. Em sua opinião, é possível reverter essa situação? Qual é a sua expectativa em relação o PLP n. 321/2013, que prevê a destinação do equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde?

Arthur Chioro - Temos avançado no financiamento tripartite do SUS, o recurso federal cresceu 160% em 10 anos e os estados e municípios também têm ampliado sua participação. Mas sabemos que é preciso ampliar esse financiamento, abrindo novas fontes de recursos para a saúde. Temos o compromisso do governo federal de aplicar 25% dos recursos do Pré-sal na saúde o que significará um aporte importante de recursos novos. É preciso dialogar com a sociedade sobre o SUS, recolocar a defesa do nosso sistema de saúde no centro da agenda e debater o financiamento que permita o seu desenvolvimento pleno.

Wilson Duarte Alecrim - Nós continuamos com o crônico problema que representa um dos maiores, se não o principal desafio para a consolidação do SUS, que é o financiamento. Já passamos de 16 meses que está em tramitação o PLP n. 321/2013 na Câmara dos Deputados, por meio do qual os estudos indicaram que é possível equilibrar receita e despesa na área da saúde com a destinação do equivalente a 10% das Receitas Correntes Brutas da União (RCB) para a saúde, mas infelizmente a tramitação não está seguindo o que é a esperança dos gestores e o que é necessidade da população.

Nós alimentamos grande esperança de que, em 2015, esse assunto volte à agenda das lideranças partidárias e tenha a devida tramitação, porque esse é um problema crônico, mas é urgente e necessária a sua solução.

Além disso, a aprovação do PLP será uma resposta ao clamor da sociedade brasileira que reconhece que o SUS precisa de mais recursos para aperfeiçoar os serviços que oferece à população.

Antônio Carlos Nardi - A minha expectativa em relação ao financiamento não vai morrer nunca. Sou otimista em potencial. Não posso perder a esperança, porque no dia que isso acontecer eu tenho de parar de trabalhar no SUS. Nós (CONASS, Conasems e MS) fizemos um desafio de que a gente ainda convencesse

essa bancada que está deixando o seu mandato a colocar em votação em regime de urgência o PLP do Saúde +10. E nós não estamos pedindo dinheiro só para nós, municípios ou estados, ou mesmo só para a União. Nós estamos pedindo recursos para o sistema, sem ver a bandeira partidária e sim vendo o SUS, vendo a melhoria do acesso, da qualidade da atenção, da remuneração desses profissionais e o suprimento de tantos vazios assistenciais que são gerados muitas vezes dentro da própria Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

O CONASS apresentou aos candidatos à Presidência da República uma agenda para a saúde do Brasil, na qual listou 10 temas prioritários para que o SUS de fato se efetive como sistema universal. Em sua opinião, quais são as ações estratégicas que precisam ser efetivadas para que esses temas se tornem uma agenda permanente para o SUS?

Wilson Duarte Alecrim - O que ocorre a cada eleição presidencial é que o CONASS reúne um grupo técnico altamente competente para fazer uma análise em relação à situação da saúde como política pública no Brasil e formatar uma série de propostas que no nosso ponto de vista são para serem apresentadas aos candidatos e aos coordenadores de campanha para que eles discutam e analisem se aquilo pode ou não fazer parte do conteúdo programático da candidatura que está dispu-ando a Presidência da República.

Na penúltima eleição, nós tivemos mais adesão do que nesta. Nesta, as propostas que CONASS apresentou não entraram no debate da construção dos programas. Eventualmente, em uma ou outra proposta, víamos um candidato falando alguma coisa referente a um item dentro daqueles que nós havíamos proposto.

Qual é a nossa preocupação? É que o candidato eleito está livre e descompromissado dos pontos a não ser daqueles um ou dois que foram veiculados durante a campanha eleitoral. Os demais ficam ao livre arbítrio do presidente ou do ministro. Enquanto isso, a organização do SUS pressupõe decisões que têm de ser discutidas nos colegiados até se chegar à instância tripartite. Acredito que o que devemos fazer agora, e vou propor isso na próxima assembleia do CONASS, já que a agenda foi encaminhada a todos os candidatos e não houve nenhuma manifestação, é o encaminhamento formal disso ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Vamos encaminhar formalmente a agenda para a saúde do Brasil ao CNS para que a submetam a uma análise e nos indiquem se existe uma forma de colocar isso em discussão como um documento originário do CONASS.

Antônio Carlos Nardi - Acho que a agenda proposta pelo CONASS e a Carta do Conasems de Serra (2014), de Brasília (2013) e de Maceió (2012) se fundem

porque estamos todos do mesmo lado. Essa agenda tem de ser permanente porque nós militamos para a concretização do SUS e concordamos integralmente nessa necessidade. A consolidação de tudo que queremos alcançar no SUS se dará com financiamento estável, com a consolidação das Redes de Atenção, organizadas nos seus eixos com políticas exequíveis em cada uma delas, e com a força de trabalho suficiente para produzir serviços. Isso vai passar, é claro, por um pacto interfederativo e uma discussão republicana como nós temos feito. Acho que o CONASS, o Conasems e o MS cresceram política e solidariamente nesses anos também e isso foi um ganho para o próprio SUS. No ano que vem, teremos tudo isso desencadeado na nossa 15ª Conferência Nacional de Saúde e espero que nós possamos também fazer novo modelo de conferência, trazendo um controle social diferente do que hoje estamos tendo e, aí sim, discutirmos políticas de saúde para as reais necessidades da população.

Qual é a sua mensagem para os novos gestores do SUS que irão assumir em 2015?

Arthur Chioro - Quero saudar todos que a partir de 2015 vão compor as equipes estaduais. A beleza do SUS é exatamente essa característica de ser construído por muitos atores, em diferentes territórios, nesse nosso país rico e plural. O papel dos gestores estaduais é central para que possamos avançar enfrentando os principais desafios que ainda temos para a consolidação do SUS. O fortalecimento das regiões de saúde, com redes de atenção mais qualificadas e humanizadas, a qualificação dos processos de regulação, o avanço das ações de promoção e proteção à saúde, a qualificação da atenção básica em todos os municípios só será possível com gestores estaduais comprometidos e que assumam com qualidade essa importante tarefa de coordenar e articular o sistema estadual de saúde. Assumam com entusiasmo e compromisso essa tarefa, desenvolvendo uma forte parceria solidária com os municípios, pois essa união é que permite garantir um SUS equânime, integral e de fato universal. Valorizem o controle social. A participação da população e dos trabalhadores fortalece e qualifica a gestão. Contem com o Ministério da Saúde para avançarmos juntos na direção de um SUS comprometido com a defesa da vida e parte de um grande projeto nacional de um país mais justo e solidário.

Wilson Duarte Alecrim - A partir de janeiro de 2015, com certeza, teremos, na gestão estadual, alterações significativas de gestores na titularidade das pastas das SES. Se os governadores incluírem na sua agenda que um secretário estadual de saúde tem de preencher um perfil compatível com o cargo e que esse perfil combine com a decisão técnica e política, teremos certamente melhores resultados, pois isso irá gerar maior compromisso dos gestores.

O que quero dizer é para que esses novos gestores procurem a busca da solução de seus problemas, por meio da discussão, do debate e do coletivo dentro do CONASS. Acredito que o CONASS está cada vez mais trabalhando nas suas assembleias para que a discussão e o debate estejam permanentemente ocorrendo no sentido de que cada gestor possa compartilhar com os demais gestores planejamentos, execução e solução de problemas.

O CONASS tem hoje uma estrutura física de trabalho bem montada, com tecnologia, mas não seria nada se não tivesse a quantidade de técnicos com experiência e competência nas mais variadas áreas com as quais nós trabalhamos. Há muitos problemas que parecem sem solução para um gestor, se ele buscar a informação no CONASS, se ele compartilhar a preocupação e o problema dele dentro do CONASS, com certeza irá encontrar um caminho que lhe leve a uma solução e um porto seguro mais rápido do que se ele tentasse sozinho. Que esses novos gestores também se inteirem por completo da luta pela melhoria do financiamento, da gestão e dos RH na área da saúde, tentando sempre olhar aquilo que pode ser feito a curto, médio e longo prazo.

Antônio Carlos Nardi - Eu espero que todo novo gestor, independentemente da esfera de governo que ele ocupe, primeiro se apaixone pelo SUS. A paixão faz que você atue de forma diferenciada e é exatamente essa a nossa mensagem: o sistema é perfeito e as pessoas têm de ser perfeitas e aptas a essa perfeição, a dar continuidade e a executar o sistema. É fazer com olhar técnico, com um olhar crítico, com um olhar de vontade e de fato, com compromisso e comprometimento com a população usuária do SUS. Você não tem de tirar proveito para si, mas sim dar resultado para os outros.

Capítulo 1

Uso Racional de medicamentos

Uso Racional de medicamentos

Silvana Nair Leite
Fernanda Manzini

1.1 Introdução

O uso racional de medicamentos é um conceito e uma prática chave para atingir a equidade na atenção à saúde (SOARES *et al.*, 2013). Em 1985, em Nairóbi (Quênia), a Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou uma *Conferencia de expertos sobre uso racional de los medicamentos*, cujas deliberações, publicadas em 1986, abrangeram políticas farmacêuticas, comercialização de medicamentos, programas nacionais de medicamentos essenciais, educação e formação, entre outras. Foi definido que para um uso racional é preciso que se receite o medicamento apropriado, que este esteja disponível e a um preço exequível, que se dispense nas condições adequadas e que se tome na dose indicada, nos intervalos e durante o tempo prescritos. O medicamento apropriado será eficaz e de qualidade e inocuidade aceitáveis (WHO, 1986).

Os países membros da OMS, como o Brasil, têm formulado políticas que contemplam a questão Uso Racional de Medicamentos (URM), a exemplo da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

A Política Nacional de Medicamentos, elaborada em 1998, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, tem por objetivo a garantia da necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. A Política estabelece algumas prioridades, entre elas, a promoção do URM por meio de campanhas educativas, do registro e uso de medicamentos genéricos, da farmacoepidemiologia e farmacovigilância, e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, elaborada em 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Segundo instuído na PNAF, 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 o seu uso racional (BRASIL, 2004).

A PNAF tem estabelecido, entre seus eixos estratégicos, a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

Após a Conferência de Nairóbi, a OMS vem desenvolvendo algumas estratégias para promover o URM. Entre essas estratégias, destacam-se os cursos para formação de multiplicadores do ensino para o URM, realizados no Brasil, e a realização de Congressos sobre Uso Racional de Medicamentos, que, até 2014, teve cinco edições (SHUHMACHER, 2013).

Além disso, a OMS estabeleceu doze estratégias que os países membros devem desenvolver para a promoção do URM em seus territórios (WHO, 2002):

1. Estabelecimento de um Comitê nacional atuante, de forma multidisciplinar para coordenar as políticas de URM;
2. Diretrizes clínicas para orientar as práticas de saúde e os tratamentos;
3. Listas de medicamentos essenciais;
4. Comitês de Farmácia e Terapêutica em instituições e em instâncias de gestão pública;
5. Capacitação em Farmacoterapia, baseada em problemas em cursos de graduação da área da saúde;
6. Educação médica continuada em serviço, como requisito para registro profissional;
7. Supervisão, auditoria e retroalimentação de dados sobre o uso de medicamentos;
8. Disponibilização ampla de informação fidedigna e isenta sobre medicamentos;
9. Educação dos usuários sobre medicamentos;
10. Não permissão a incentivos perversos de uso indiscriminado de medicamentos (como propaganda);
11. Regulamentação e fiscalização apropriadas e eficientes; e
12. Gasto governamental suficiente para assegurar disponibilidade de medicamentos e infraestrutura de serviços.

Essas 12 estratégias recomendadas deixam bastante claro que o URM acontece ou não devido a uma conjuntura de fatores, a maioria deles relacionados à política de saúde, aos investimentos públicos, à estruturação e qualificação dos serviços, ao preparo técnico e ético dos profissionais de saúde, especialmente os prescritores. Soares e colaboradores (2013) chamam a atenção para o fato de que, apesar de o termo “uso” parecer relacionar-se ao usuário, o próprio conceito geral de URM da OMS (antes descrito) expressa muitas ações extrínsecas aos usuários dos medicamentos, como a prescrição adequada, por exemplo. As ações preconizadas compreendem tecnologias produtivas e sociais que estão relacionadas aos

resultados, como a efetividade dos medicamentos e a cura das doenças – que é multideterminada. O uso racional, portanto, é uma prática dos provedores dos serviços, expressa no processo de cuidado de saúde como um fenômeno social, no contexto específico de um determinado sistema de saúde (SOARES *et al.*, 2013).

No entanto, é muito comum o entendimento simplista e pouco responsável de que promover o URM limita-se a educar o usuário e convencê-lo a aderir às prescrições ou a não utilizar medicamentos sem prescrição.

Segundo Diehl e Langdon (2011), este entendimento de promoção de URM é, normalmente, tratado pelos serviços de saúde como forma de culpabilizar o usuário, taxando-o de “irracional”. As autoras defendem que o termo “irracional” tem um efeito significativo sobre os estudantes e os profissionais da área da saúde, pois reforça a ideia de que somente o conhecimento científico-biomédico é válido, é “racional”.

No entanto, o que é “racional” está relacionado com as formas de entendimento, pelo uso da “razão”, e isso se diferencia conforme acredita ser o certo, a verdade. Cada pessoa ou cada grupo social baseia-se em suas experiências da realidade concreta e em suas crenças para definir o que é ou não a verdade – impactando, diretamente, sobre o que é considerado racional quando o tema é uso de medicamentos (SANTOS; LEITE, 2008). Portanto, podemos pensar em diversas “racionalidades”, e uma delas é a que se baseia em evidências produzidas por métodos cientificamente aceitos naquele momento (LUZ, 2012). Desse modo, o que é chamado racional na área médica, inclusive o URM, é o paradigma científico atual. E isso não significa que outras racionalidades, outras formas de entender o mundo e explicar os processos saúde-doença-tratamento não tenham algum fundamento, ou sejam, necessariamente, errôneos.

Os farmacêuticos precisam estar atentos a essas interpretações e a esses usos do conceito de URM, de forma a desenvolver projetos e ações realmente capazes de melhorar o emprego dos medicamentos e dos recursos financeiros. O importante, afinal, não é nominar uma forma de compreender ou explicar uma doença ou um tratamento, mas, sim, garantir que o cuidado resulte em melhores condições de saúde para as pessoas – isso é “racional”. Conhecer e aplicar as estratégias que o Brasil adota, visando o URM, é fundamental na consolidação do papel do profissional e da assistência farmacêutica no contexto da política de saúde.

No Brasil, o conceito de URM, já inserido na PNM de 1998, ganhou notoriedade nos anos 2000, com iniciativas capitaneadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como os cursos para formar preceptores para Educação do URM, para residências médicas e formação de profissionais de

saúde; e o projeto EDUCANVISA, que formou professores da educação fundamental em todo o país para trabalhar o tema Vigilância Sanitária (incluindo URM) nas escolas.

Abordaremos, aqui, algumas das estratégias desenvolvidas no Brasil para a promoção do URM.

1.2 Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos

A Portaria GM/MS nº 834, de 14 de maio de 2013, redefiniu o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM). A Coordenação do Comitê Nacional é colegiada, composta pelos representantes do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) do Ministério da Saúde, da Anvisa e da Unidade Técnica de Medicamentos e Tecnologias, da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil (BRASIL, 2013).

Cabe ao Comitê, entre outras funções, a identificação e proposição de estratégias e mecanismos de articulação, de monitoramento e de avaliação, direcionados à promoção do URM, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, em consonância com as políticas nacionais de medicamentos e de assistência farmacêutica, visando ampliar e qualificar o acesso a medicamentos que atendam aos critérios de qualidade, segurança e eficácia.

O CNPURM criou o “Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos”, instituído pela Portaria MS nº 1.533/2009, e vem organizando o Congresso Brasileiro de Uso Racional de Medicamentos desde a sua segunda edição (BRASIL, 2009a), além de demandar a oferta de cursos de capacitação de prescritores e publicações, como os “Temas selecionados”. Essas atividades visam divulgar o conceito de URM entre os profissionais de saúde e estudantes, além de qualificar o debate em torno do tema no país e estimular as práticas para o uso adequado dos medicamentos.

1.3 Listas de Medicamentos Essenciais

A Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), segundo estabelecido na PNM, é base para a organização das listas estaduais e municipal e é utilizada como forma de racionalizar as ações no âmbito da assistência farmacêutica (BRASIL, 1998). A lista é um instrumento norteador da prática, servindo para orientar e subsidiar os municípios, na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos, e objetiva promover disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos (WANNMACHER, 2006).

Segundo Wannmacher (2012), construir lista de medicamentos essenciais pode ajudar os países a racionalizar a compra e a distribuição de medicamentos, reduzindo custos e garantindo apropriada qualidade de atendimento.

Mas, enfim, quais são os medicamentos essenciais? Segundo a OMS:

Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população. Eles são selecionados considerando a relevância para a saúde pública, evidências de eficácia e segurança, e a análise de custo-efetividade (WHO, 2002).

Recentemente foram promovidas mudanças no processo de seleção de medicamentos no nível federal. A Lei nº 12.401/2011 alterou a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde, no âmbito do SUS; e o Decreto nº 7.508/2011 regulamentou a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento em saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Esse Decreto estabelece que a RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. Indica, ainda, que a RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, o qual subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos; que o Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e sobre os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), atualizados a cada dois anos. Os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes, pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

As condições de uso dos medicamentos constantes na RENAME devem seguir as orientações do Formulário Terapêutico Nacional, dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e/ou das diretrizes específicas, publicadas pelo Ministério da Saúde.

A 8ª edição da RENAME, publicada na Portaria nº 533, de 28 de março de 2012, foi elaborada a partir das definições do Decreto nº 7.508/2011 e estruturada de acordo com a Resolução nº 1/CIT/2012. A nova edição da RENAME foi organizada segundo o sistema de classificação internacional *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)* e contemplou os medicamentos e insumos disponibilizados no SUS por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, além de determinados medicamentos de uso hospitalar.

A incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME serão realizadas pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). A CONITEC foi designada

pela Lei nº 12.401/2011, sendo a forma de condução dos trabalhos estabelecida no Decreto nº 7.646/2011 e Portaria GM/MS nº 204/2012.

Com a constituição da CONITEC, estabeleceu-se uma nova forma de condução do processo de seleção dos medicamentos no âmbito federal. A comissão possui representatividade de seis órgãos, sendo constituída por doze membros: sete do Ministério da Saúde, um da Agência Nacional de Saúde (ANS), um da Anvisa, um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), um do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e um do Conselho Federal de Medicina (CFM). Sendo o modelo de financiamento da assistência farmacêutica tripartite, é relevante destacar a importância da representação dos níveis estadual e municipal de gestão na comissão, embora, ainda, de forma não paritária, pois o nível federal tem ampla maioria. A CONITEC poderá solicitar à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde a realização e contratação de pesquisas e estudos para subsidiar o processo de seleção.

A legislação recém-publicada modificou o processo de seleção no nível federal, com a extinção da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME (COMARE) e estabelecimento da CONITEC e de uma Política de Avaliação de Tecnologia em Saúde. A COMARE, instituída pela Portaria nº 1.254, de 29 de julho de 2005, tinha por finalidade realizar avaliação sistemática da relação dos medicamentos e demais produtos farmacêuticos constantes da RENAME, além de indicar as alterações necessárias, com o propósito de selecionar aqueles mais adequados para atender as necessidades de assistência à saúde da maioria da população e contava com a participação de universidades, sociedades científicas e entidades profissionais (BRASIL, 2005).

Até o momento, não existem definições jurídicas ou políticas do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS quanto à forma de funcionamento das Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) estaduais e municipais. No entanto, diversos estados e municípios possuem portarias que regulamentam suas CFT. Cada estado deve adotar uma Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e cada município, uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). As listas devem ser elaboradas com base na RENAME, levando em consideração as características populacionais, epidemiológica, de oferta de serviços do local e da complexidade do atendimento fornecido, bem como devem ser atualizadas periodicamente, aprovadas nos respectivos Conselhos de Saúde e pactuadas nas CIB.

É importante que a definição da lista de medicamentos a ser adotada ocorra de forma embasada em evidências e que conte com a participação do maior número de representatividade de profissionais dos serviços. Além das contribuições técnicas para a tomada de decisão sobre incorporações e exclusões de medicamentos na lista, a participação promove legitimidade da lista junto aos

demais profissionais dos serviços de saúde – o que soma para a capacidade de fazer da padronização uma prática nos serviços, de forma sustentável e incorporada na prática de prescrição e uso de medicamentos na sociedade (MENDES, 2013).

1.4 Formulário Terapêutico

O formulário terapêutico tem por objetivo orientar as escolhas terapêuticas para o uso de medicamentos e deve apresentar informações embasadas em evidências científicas, como indicação, contraindicação, precauções, efeitos adversos, interações medicamentosas, armazenamento e orientações específicas direcionadas aos profissionais de saúde.

De acordo com a OMS, o desenvolvimento de formulários nacionais de medicamentos implica decisão política e de saúde pública, constituindo um esforço direcionado a promover o uso racional de medicamentos essenciais.

A OMS lançou, em 2002, o *WHO Model Formulary* (WMF), tendo como objetivo a promoção da informação geral e específica sobre o que consta na lista de medicamentos essenciais da OMS. A última edição foi lançada em 2008, baseado na 15ª lista de medicamentos, publicada em 2007. Em 2010, foi lançado o *WHO Model Formulary for Children* (WMFC), baseado na 2ª lista de medicamentos essenciais para crianças, publicada em 2009.

Para saber mais, consulte os documentos indicados:

WHO Model Formulary for Children (WMFC) – 2010. Disponível em:

[<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17151e/>](http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17151e/)

WHO Model Formulary (WMF) – 2008. Disponível em:

[<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js16879e/>](http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js16879e/)

Praticamente todos os países com política nacional de uso de medicamentos possuem um formulário terapêutico. O primeiro Formulário Terapêutico Nacional do Brasil foi publicado em 2008, com base na RENAME 2006 (4ª edição), e a 2ª edição foi publicada em 2010, relacionado à RENAME 2010 (7ª edição).

Os estados, municípios ou até mesmo alguns serviços mais específicos podem lançar um formulário terapêutico baseado na lista de medicamentos adotada. O formulário orienta os profissionais de saúde e é uma ferramenta de consulta rápida sobre medicamentos, importante na promoção do URM.

1.5 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

Os protocolos de tratamento disponibilizam as informações essenciais de como manejar as patologias, e são, particularmente, importantes quando abordam enfermidades tratadas de maneira muito variada, possibilitando

a minimização da variabilidade da prescrição de medicamentos. Devem ser elaborados fundamentados na melhor evidência em saúde, e são de grande importância na gestão dos medicamentos no SUS, pois harmonizam condutas terapêuticas e facilitam o acesso aos medicamentos. Além disso, segundo Wannmacher (2006), os protocolos possibilitam: a disseminação da informação sobre o tratamento a ser preconizado ao usuário; a redução dos riscos de ocorrência de indicações não adequadas, de períodos de tratamento incorretos, doses mal utilizadas; bem como, alertam sobre a possibilidade de ocorrência de reações adversas a medicamentos.

Na assistência farmacêutica, são objetivos dos protocolos (CFF, 2011):

Estabelecer critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados;

- Promover o uso racional de medicamentos;
- Criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz;
- Garantir o acesso da população aos medicamentos;
- Fornecer subsídios para a implementação de serviços voltados para a prática de um modelo de atendimento clínico ao usuário e a gestão dos medicamentos;
- Padronizar condutas terapêuticas; e
- Reduzir a incidência de reações adversas aos medicamentos.

É importante lembrar que os protocolos são, antes de mais nada, uma estratégia de proteção ao usuário de medicamentos, estabelecendo quais as condições em que o uso dos medicamentos apresenta mais benefícios para o usuário, e quando os riscos contraídicam a exposição do usuário ao medicamento. Como consequência, surgem os impactos sobre o planejamento e a organização da assistência farmacêutica e, por isso, muitas vezes, os protocolos são entendidos como estratégias com finalidade específica para o controle logístico e financeiro da assistência farmacêutica – o que constitui um desvio conceitual e ético.

O atual Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 (atualmente regido pela Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013), antigamente denominado Medicamentos do componente de dispensação excepcional, baseia-se em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados por meio de portarias específicas (BRASIL, 2009b).

Os PCDT definem os critérios de tratamento e quais medicamentos são utilizados para uma determinada doença contemplada pelo Componente.

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
estão disponíveis na página do Ministério da Saúde.

1.6 Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade selecionar medicamentos essenciais a serem utilizados no sistema de saúde nos três níveis de atenção, além de assessorar a gestão nas questões referentes a medicamentos. Em geral, é composta por profissionais de saúde com várias formações, especialmente farmacêuticos, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas (MARIN *et al.*, 2003; MARGARINOS-TORRES *et al.*, 2011; CIPRIANO *et al.*, 2011). Sugere-se que os membros pertençam ao próprio quadro da instituição (MARIN *et al.*, 2003).

Diferentemente das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que atuam no sentido de racionalizar o uso de antibióticos dentro dos hospitais, buscando reduzir o surgimento de resistência bacteriana, as CFT não possuem caráter obrigatório no Brasil.

Cabe à CFT a seleção dos medicamentos, baseada na RENAME, para atender a população de seu território, o que deve levar em conta as necessidades. Segundo Oliveira e colaboradores (2011), as comissões possuem outras atribuições importantes na promoção do URM, como: elaboração de documentos, como protocolos clínicos e terapêuticos, pareceres técnicos e científicos e formulários terapêuticos; participação e estímulo à educação continuada sobre uso racional; avaliação e monitoramento com definição de indicadores sobre o uso de medicamentos. Ainda, segundo os autores, a CFT também pode contribuir com as discussões sobre judicialização do direito à saúde, elaborando pareceres técnicos sobre as solicitações de medicamentos, promovendo debates, compondo câmaras técnicas e interagindo com o Poder Judiciário, de forma a divulgar a lista de medicamentos essenciais e o processo científico de sua elaboração.

As ações organizacionais de uma CFT estão estabelecidas em literatura e recomendadas pelo Ministério da Saúde em documentos oficiais da área (BRASIL, 2006). No entanto, sabe-se que muitos municípios ainda não possuem CFT ou, quando possuem, a comissão não se encontra regulamentada oficialmente (VEBER *et al.*, 2011).

É importante que a CFT esteja legalmente instituída por meio de documento legal, assim como recomenda-se a regulamentação oficial dos objetivos, das atribuições e responsabilidades da CFT, por meio de regimento, da mesma forma que se estimula a capacitação e conscientização acerca das funções e dos papéis a serem desempenhados pelos integrantes (MARIN *et al.*, 2003, CIPRIANO *et al.*, 2011).

A Resolução CFF nº 449, de 24 de outubro de 2006, dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na CFT. Nela, estão definidas as atribuições do farmacêutico no âmbito da CFT; e indicada a função que o farmacêutico poderá ocupar, no desempenho de suas atividades, isto é, o cargo de presidente, de secretário ou de membro efetivo (CFF, 2006). A Resolução nº 578, de 26 de julho de 2013, reitera a importância da participação ativa do farmacêutico no processo de seleção de medicamentos, inserindo esta entre as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico no SUS (CFF, 2013).

Em estudo sobre a análise do impacto da implantação de CFT em 12 hospitais públicos de diferentes portes, no estado do Sergipe, Santana (2013) observou uma redução de custo de aproximadamente 12% após a implantação das comissões, conforme demonstrado na Tabela 1, além da inclusão de medicamentos para tratamento de determinadas enfermidades, que não estavam contemplados ou possuíam alternativas de menor efetividade e custo-benefício.

Tabela 1 - Redução de custo após a implantação de 12 Comissões de Farmácia e Terapêutica em hospitais públicos do estado do Sergipe.

Antes das CFT	Depois das CFT	Economia	Redução
R\$ 5.399.596,02	R\$ 4.762.816,44	R\$ 636.779,58	- 11,8%

Fonte: Adaptado de SANTANA (2013) e de CRF-SC (2014).

O estudo descreve, ainda, a diminuição do número geral de medicamentos padronizados, a realização de consultas públicas para avaliação das listas, a elaboração de formulários terapêuticos e de formulários para inclusão e exclusão de medicamentos, e a consolidação das CFT no âmbito dos hospitais contemplados.

Dados como o apresentado no trabalho de Santana (2013) são importantes para demonstrar a contribuição da CFT na otimização dos recursos e na melhoria dos serviços prestados. Sugere-se que os membros da CFT façam o levantamento dos dados e apresentem os resultados ao gestor, pois isso auxiliará na sustentabilidade das ações da comissão.

1.7 Centros de Informações sobre Medicamentos

Nos Centros de Informação de Medicamentos/Serviços de Informação de medicamentos (CIM/SIM) podem ser obtidas informações atualizadas, fidedignas e imparciais sobre medicamentos. Atendem questionamentos de profissionais de saúde e de qualquer pessoa, geralmente, por telefone ou meio eletrônico. As demandas por informação incluem questões de segurança e eficácia de um determinado medicamento, comparações entre medicamentos, sintomas de intoxicação por um medicamento e o procedimento recomendado quando do uso indevido

de um medicamento (como em casos de intoxicação). Sendo um manancial de informações confiáveis, esses centros também têm sido demandados a subsidiar as argumentações para as disputas judiciais por medicamentos.

No Brasil, existem diversos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos, localizados em faculdades de farmácia, conselhos ou hospitais, formando uma rede de cooperação denominada Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (SISMED). Em 2010, foi fundada a Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM). A rede tem como objetivo coordenar e executar serviços e atividades voltados à produção e difusão de informação sobre medicamentos, visando o uso racional dessas tecnologias no âmbito do SUS. Essas entidades buscam fomentar o desenvolvimento e atingir maior número e maior atuação dos centros.

Segundo Vidotti e colaboradores (2000), os CIM são diferentes das bibliotecas e dos centros de documentação, pois não disponibilizam apenas documentos ou referências bibliográficas, mas oferecem soluções para problemas concretos sobre medicamentos ou para uma situação clínica de um paciente.

O Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos do Conselho Federal de Farmácia (CEBRIM/CFF) foi instituído por meio da Resolução CFF nº 285, de 22 de março de 1996, e oferece o serviço de informações sobre medicamentos, fundamentadas nas melhores evidências científicas, como suporte aos profissionais da saúde no Brasil, visando à promoção de práticas terapêuticas seguras, eficazes e de melhor custo-benefício para a sociedade. O CEBRIM publica o boletim Farmacoterapêutica (editado desde 1996), bem como notas técnicas e alertas em farmacovigilância em sua página na internet (CFF, s.d.).

De acordo com Oliveira e colaboradores (2011), a contribuição dos CIM nos estados, para a promoção do URM, participando e desenvolvendo ações nos vários níveis de gestão do SUS, busca a garantia da perenidade ao trabalho de qualificação dos serviços assistenciais, buscando também segurança, eficácia e efetividade das ações de saúde, em particular quanto ao uso dos medicamentos.

1.8 Farmacovigilância

Uma das ações para promoção do URM é a notificação relacionada ao uso de medicamentos, entre as demais ações de farmacovigilância. Para a OMS, a farmacovigilância é uma ciência que envolve atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Esse campo de atividade tem se expandindo e, recentemente, incluiu novos elementos de observação e estudo, como plantas medicinais, produtos para a saúde, terapias alternativas e vacinas. Comumente, entende-se a farmacovigilância como a ação de vigilância de reações adversas a

medicamentos, mas outras questões são igualmente importantes e fazem parte da farmacovigilância, como: os desvios de qualidade dos produtos; o uso de fármacos para indicações não aprovadas; a notificação de intoxicações acidentais ou não acidentais; as interações dos medicamentos entre si ou com outras substâncias (WHO, 2002).

Cabe ao prescritor, ao farmacêutico, aos demais profissionais de saúde, bem com ao usuário registrar a notificação de suspeitas de reações adversas e de queixa técnica/desvios de qualidade dos medicamentos.

O Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) é o sistema de informação que visa fortalecer a vigilância pós-uso/pós-comercialização, por meio do monitoramento de eventos adversos e de queixas técnicas associados aos produtos para saúde, como os medicamentos e derivados do sangue. Para o sistema, é considerado evento adverso o que causou dano à saúde. Se, até o momento da notificação, o problema observado no produto ainda não tiver causado nenhum dano à saúde, este deverá ser notificado como queixa técnica.

O NOTIVISA tem considerado evento adverso não apenas àquele associado ao uso de algum medicamento, mas também: inefetividade terapêutica de algum medicamento; erro de medicação que tenha causado dano à saúde; evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético; evento adverso decorrente do uso de um produto saneante.

Como queixa técnica, o sistema considera: produto com suspeita de desvio da qualidade; produto com suspeita de estar sem registro; suspeita de produto falsificado; suspeita de empresa sem autorização de funcionamento (AFE).

Podem utilizar o NOTIVISA os profissionais de serviços de saúde (hospitais, clínicas, hemocentros, laboratórios, CIAT, dentre outros), Anvisa, vigilâncias sanitárias estaduais e municipais, secretarias estaduais e municipais de saúde, laboratórios de saúde pública, universidades/centros de pesquisa, além dos profissionais que atuam em drogarias e farmácias e em empresas detentoras de registro de produtos sob vigilância sanitária (fabricantes, importadores e distribuidores) e os profissionais de saúde liberais.

Para acessar o Sistema, é preciso se cadastrar de acordo com a categoria do notificante. Por exemplo, profissional liberal deve se cadastrar como profissional de saúde, mas se for um profissional vinculado a alguma instituição/empresa, deve ser providenciado o cadastro institucional.

Segundo Arrais, Sousa e Zannin (2011), a sensibilização dos profissionais de saúde para a notificação voluntária é um fator importante para o sucesso de um programa de farmacovigilância e, portanto, para a garantia da segurança no uso dos medicamentos. O farmacêutico tem um papel decisivo nesse sentido e deve mobilizar os demais profissionais de saúde e os usuários para a notificação de ca-

sos suspeitos. Cabe à vigilância a garantia de resposta aos casos notificados, pois a devolutiva acerca da investigação proveniente da notificação constitui-se respeito ao profissional e estímulo para a realização de outras notificações.

É notável que as notificações realizadas estão gerando investigações que, por vezes, levam à alteração de formulação, posologia, rotulagem e até mesmo suspensão de uso e cancelamento de registro de medicamentos. E isso só está acontecendo porque um caso suspeito foi identificado e notificado, gerando a demanda por investigação e monitoramento da qualidade e da segurança no uso de medicamentos.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, P. S. D.; SOUSA, I. F.; ZANNIN, M. Farmacovigilância. In: Serviços farmacêuticos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. s. 1, n. 215-E, p. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mai. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.254, de 29 de julho de 2005. Constitui Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Comare. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 146, 1 ago. 2005. Seção 1, p 73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.533, de 8 de julho de 2009. Institui o Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos, cujo objetivo é incentivar a produção técnico-científica voltada à promoção do uso racional de medicamentos com aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1533_08_07_2009.html>. Acesso em: 05 jul. 2013. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 36, 24 fev. 2010. Seção 1. 2009b.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 81, 29 abr. 2011. Seção 1, p 1-2. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 123, 29 jun. 2011. Seção 1, p 1-3. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 834, de 14 de maio de 2013. Redefine o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 92, 15 mai. 2013. Seção 1, p. 34.

CFE. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos: Uma Estratégia do Conselho Federal de Farmácia para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. [s.d.] Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/Cebrim%20como%20estrat%C3%A9gia%20para%20promo%C3%A7%C3%A3o%20do%20URM%20\(20%20anos\)\(2\).pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/Cebrim%20como%20estrat%C3%A9gia%20para%20promo%C3%A7%C3%A3o%20do%20URM%20(20%20anos)(2).pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

CFE. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 449, de 24 de outubro de 2006. Dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/449.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2013.

CFE. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. A Assistência Farmacêutica no SUS. 3. ed. Conselho Federal de Farmácia, Conselho Regional de Farmácia do Paraná; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2011. 60 p.

CFE. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 578, de 26 de julho de 2013. Regula as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/578.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2013.

CIPRIANO, S. L.; MOREIRA, R. P. P.; CUNHA, G. W. B.; SFORSIN, A. C. P.; PINTO, V. B. Comissão de Farmácia e Terapêutica. Pharmacia Brasileira, n. 83, 2011 (encarte).

CRF-SC. Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina. O farmacêutico faz a diferença no SUS: orientações aos gestores. 2ª edição revisada. Florianópolis: CRF-SC, 2014. 23 p.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Abordagem cultural da doença e da atenção à saúde e contexto sociocultural do uso de medicamentos. In: Medicamento como insumo para saúde [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS.- Florianópolis: UFSC, 2011. p. 140-206.

LUZ, M. T. Natural, racional, social. São Paulo: Editora Hucitec, 2012.

MAGARINOS-TORRES, R.; PAGNONCELLI, D.; CRUZ FILHO, A. D.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Vivenciando a seleção de medicamentos em hospital de ensino. Rev. bras. educ. med., v. 35, n. 1, p. 77-85, 2011.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (org.). Seleção de Medicamentos. In: MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (org.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MENDES, S. J. Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense. 2013. 239 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

OLIVEIRA, J. C.; GROCHOCKI, M. H. C.; PINHEIRO, R. M. Seleção de medicamentos. In: Serviços farmacêuticos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.

SANTANA, R. S. Seleção de medicamentos: indicadores, estratégias de implantação e contribuições para o Sistema Único de Saúde. 2013.p 102. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2013.

SANTOS, R. I.; LEITE, S. N. Assistência farmacêutica e direito social à saúde. In: CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. (Org.). O farmacêutico na atenção à saúde. 2. ed. Itajaí: UNIVALI, 2008, v. 1, p. 41-53.

SHUHMACHER, M. B. Fundamentos do Uso Racional de Medicamentos. Módulo 1 - Curso de Uso Racional de Medicamentos. Instituto Salus: Campo Grande, 2012. 63 p.

SOARES, L.; DIEHL, E. E.; LEITE, S. N.; FARIAS, M. R. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. *Braz. J. Pharm. Sci.*, v. 49, p. 107-116, 2013.

VEBER, A. P.; DIEHL, E. E.; LEITE, S. N.; PROSPERO, E. N. S. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. *Braz. J. Pharm. Sci.* [online], v. 47, n. 1, p. 75-80, 2011.

VIDOTTI, C. C. F.; HOEFLER, R.; SILVA, E. V.; BERGSTEIN-MENDES, G.. Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos – SISMED. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1121-1126, 2000.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. Brasil: OPAS/OMS, 2006.

WANNMACHER, L.. Importância dos Medicamentos Essenciais em Prescrição e Gestão Racionais – Tema 2. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 16-21.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Uso racional de los medicamentos: informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. Ginebra: OMS, 1986. 304 p.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales - Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, n. 5, septiembre de 2002. 6p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/5.html#Js4874s.5>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

Capítulo 2

Estruturação da assistência farmacêutica

Estruturação da assistência farmacêutica

Silvana Nair Leite
Fernanda Manzini

2.1 Introdução

A Lei nº 8.080/1990 abordou o tema da assistência farmacêutica ao incluir, no seu artigo 6º, discussão sobre as ações a serem exercidas no SUS, as ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. No entanto, a regulamentação das políticas que envolvem as questões dos medicamentos só ocorreu quase uma década depois, com o lançamento da Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998, e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004 (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004).

A descentralização da gestão da assistência farmacêutica ocorreu apenas na PNM, contrapondo o período de atividades da Central de Medicamentos (CEME), extinta em 1997, com poder e gestão altamente centralizados no governo federal; enquanto, para a gestão do sistema de saúde, as Normas Operacionais Básicas, especialmente da década de 1990, indicaram a descentralização cada vez mais tutelada. Conforme indicado por Viana (1992), na assistência farmacêutica, elas iniciaram um processo de descentralização das decisões e dos recursos, ainda que de forma bastante pré-definida por normativas federais. Esse movimento gerou a necessidade do desenvolvimento da assistência farmacêutica em todos os níveis, especialmente nos municípios, que vivem, ainda hoje, a necessidade de construir e qualificar essa atividade.

A estruturação e qualificação da assistência farmacêutica geraram a demanda pelo que é chamado de “gestão da assistência farmacêutica”. As primeiras publicações no Brasil, especialmente de Marin e colaboradores (2003), foram fundamentais para a sistematização das ações que deveriam ser desenvolvidas para estruturar a área. Essas ações foram demonstradas como um ciclo, descrevendo aquelas que compoariam a gestão da assistência farmacêutica: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização dos medicamentos. Ainda que a mesma publicação de 2003 tenha, acertadamente, abordado todo um referencial teórico que indique que gestão é mais que a aplicação de técnicas específicas, a compreensão de gestão da assistência farmacêutica se consolidou, na prática, como um conjunto de ações tecnicamente definidas e delimitadas dentro do campo teórico das ciências farmacêuticas. O referencial para essas ações foi muito bem desenvolvido desde então, especialmente no que se refere ao uso de evidências científicas para a seleção de medicamentos e os processos logísticos

de forma geral. E assim, ao longo do tempo, se consolidou o papel da assistência farmacêutica – e, cada vez mais, do próprio farmacêutico – como responsável pelos medicamentos.

A consolidação dessas atividades, especialmente como serviços farmacêuticos, foi extremamente importante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no país. Mais recentemente, Barreto e Guimarães (2010) voltaram a discutir a gestão da assistência farmacêutica, argumentando que essa área enfrenta desafios que não podem ser enfrentados apenas com aplicação de ciências farmacêuticas: além da técnica, a gestão exige habilidades e ações políticas e sociais, ainda pouco desenvolvidas teórica e sistematicamente pela área.

Algumas condições que favorecem a estruturação da gestão da assistência farmacêutica são citadas nas Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do SUS (BRASIL, 2009a) e por Barreto e Guimarães (2010). Uma delas, muitas vezes pouco valorizada, é a condição de existência da coordenação/direção/divisão de assistência farmacêutica na instituição. A formalização do cargo ou da função é exemplo de que a gestão precisa de condições de estabilidade, reconhecimento formal e institucional, e legitimidade para tomar decisões, propor políticas e atuar de forma decisiva, com autonomia.

Ainda que o número de farmacêuticos atuando na saúde pública tenha crescido de forma significativa e que, hoje, a maior parte dos municípios já contem com farmacêuticos em seus quadros profissionais, Veber e colaboradores (2011) identificaram importantes fragilidades na estruturação dos serviços de assistência farmacêutica, tais como a baixa atuação de farmacêuticos na dispensação de medicamentos; a incipiente existência e atuação de Comissões de Farmácia e Terapêutica; e o fato de que o capítulo da assistência farmacêutica nos planos municipais não reflete um processo real de planejamento e execução das ações.

Vieira (2008) apontou, com base nos dados coletados a partir dos relatórios de fiscalização de municípios, elaborados pela Controladoria Geral da União (CGU), que 90,3% dos municípios, que tiveram seus dados analisados, apresentaram problemas na gestão dos recursos ou serviços da assistência farmacêutica. A mesma autora constatou, frente à análise dos dados, que 71% dos municípios apresentaram falta ou deficiência de controle de estoque, em 39% foram encontradas condições inadequadas de armazenamento, e 24% apresentaram problemas relacionados à falta de medicamentos.

Nesse contexto, entende-se que o farmacêutico precisa reconhecer e utilizar todos os recursos materiais e imateriais disponíveis no setor público. Muitas oportunidades foram criadas e ampliadas, muitos avanços ocorreram nos anos recentes e precisam ser aplicados plenamente para a estruturação e consolidação da assistência farmacêutica no SUS.

Algumas ações vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, pelos estados e municípios, visando à estruturação da área, incluindo a qualificação dos profissionais. Desde meados da década de 2000, o Ministério da Saúde vem promovendo cursos de especialização para farmacêuticos do SUS. Entre 2011 e 2014, foram ofertadas quase 4.000 vagas para especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica (por meio da UNASUS/UFSC), e mais de 1.000 vagas para qualificação de farmacêuticos para a atenção primária em saúde (em parceria com a UFRGS). As publicações pelo CFF das Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS revelam o desenvolvimento da atuação desta categoria nos serviços, gerando importantes impactos para a população.

Reforçando a importância da estruturação da assistência farmacêutica, em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) assinaram Nota Técnica Conjunta (NT), que trata da qualificação da assistência farmacêutica. Nesse documento, reforça-se a ideia de que o acesso, no contexto do uso racional e seguro, não pode estar restrito ao medicamento, e que deve ocorrer por meio da articulação das ações inseridas na assistência farmacêutica e envolvendo, ao mesmo tempo, o acesso a todo conjunto de ações de atenção à saúde, com serviços qualificados (BRASIL, 2008a), reforçando a atuação multiprofissional na área.

A NT ressalta também que, para construir o real significado da assistência farmacêutica e sua inserção na atenção à saúde, os gestores do SUS devem ter compromissos sérios com a estruturação e qualificação dos serviços farmacêuticos e reconhecer sua necessária articulação multiprofissional e intersetorial.

2.2 Financiamento dos serviços de assistência farmacêutica

As ações relacionadas à aquisição e distribuição de medicamentos consolidaram-se como foco e limite das atividades relacionadas aos medicamentos, reforçando o fazer logístico da assistência farmacêutica (BRASIL, 2009a). A mudança de rumo da assistência farmacêutica se faz necessária para que esta esteja articulada ao conjunto das ações de saúde, visando promover a garantia do acesso aos medicamentos com o seu uso racional, tendo o usuário como foco principal de seus serviços.

Embora já existisse o incentivo da assistência farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB), o bloco de financiamento da assistência farmacêutica só foi estabelecido com o Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006), com a definição dos três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Nesse bloco são estabelecidos os recursos para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos usuários, conforme especificidade de cada um dos Componentes.

Até o ano de 2010, o financiamento da assistência farmacêutica, normatizado pelas portarias dos Componentes Básico e Especializado, estava destinado à aquisição dos medicamentos. O município recebia o recurso tripartite para aquisição dos medicamentos, mas não recebia recurso para estruturar as farmácias com condições adequadas de armazenamento e dispensação.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 4.217/2010, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, foi estabelecida a possibilidade de utilização anual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros provenientes do estado e do município, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS relacionadas à atenção básica, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de assistência farmacêutica, e à realização de atividades vinculadas à educação continuada, voltada à qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica na atenção básica, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade (BRASIL, 2010).

No entanto, é de conhecimento que muitos municípios utilizam recursos superiores ao estabelecido na Portaria GM/MS nº 4.217/2010 para a aquisição dos medicamentos, não tendo, com isso, a possibilidade de utilização dos 15% para estruturação dos serviços, conforme previsto na referida Portaria. Como não foi criado recurso novo, nem sempre os municípios são beneficiados com essa possibilidade de uso. Quando há recurso disponível, este pode ser aplicado na adequação de espaço físico das farmácias do SUS, nos municípios; na aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de assistência farmacêutica; e na realização de atividades vinculadas à educação continuada, voltada à qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica na atenção básica.

Nesse sentido, é importante que o farmacêutico esteja atento às possibilidades de financiamento da gestão pública – cenário onde a assistência farmacêutica, efetivamente, se concretiza, para além da questão específica do recurso para aquisição de medicamentos.

O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS, um dos blocos estabelecidos no Pacto de Gestão, tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuam para a organização e eficiência do sistema, e é constituído de dois componentes: o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e o Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde. Segundo estabelecido na Portaria GM/MS nº 204/2007, o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações, incluindo a Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica (BRASIL, 2007).

A estruturação da assistência farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de governo, não devendo ficar limitada somente aos incentivos providos pela União. Cabe aos estados e municípios estabelecerem o desenvolvimento de

ações e definir a destinação de recursos para o fortalecimento da assistência farmacêutica, como já é feito em alguns locais com a destinação para aquisição de medicamentos além do estabelecido na legislação. Para isso, é preciso que a assistência farmacêutica seja reconhecida como parte integrante da Política de Saúde, que os gestores sejam sensibilizados quanto às necessidades da área e que os farmacêuticos estejam atentos às possibilidades e aos mecanismos de destinação dos recursos existentes.

2.3 Reorganização das farmácias no âmbito do sistema de saúde

Araújo e Freitas (2006), em estudo realizado no início dos anos 2000 em farmácias de 35 unidades de saúde de um município de grande porte do estado de São Paulo, identificaram que as farmácias ocupavam, em geral, um espaço de cerca de 20 m², estavam estruturadas como local de armazenamento e a dispensação dos medicamentos era feita por uma abertura na divisória que separava o ambiente da farmácia daquele destinado ao usuário. Segundo os autores, a predominância dessas características independia de ser a estrutura da unidade antiga, nova ou reformada, devendo-se, provavelmente, ao fato de proporcionarem entrega rápida e quase impessoal do medicamento.

Infelizmente, a situação descrita no estudo de Araújo e Freitas (2006) não é exclusiva do município pesquisado. Muitas das farmácias das unidades de saúde do país estão estruturadas de maneira inadequada, não proporcionando sequer a garantia da integridade física e química dos medicamentos, quanto menos um espaço adequado para atendimento do usuário. Por outro lado, um estudo realizado pelo CRF de Santa Catarina, em unidades de saúde do estado, revelou que aquelas que contam com farmacêuticos responsáveis ofereciam melhores condições físicas e operacionais para dispensação segura de medicamentos (44%), se comparadas com as unidades que não tinham farmacêuticos (9%) (LEITE *et al.*, 2014). É preciso que a farmácia seja reconhecida como um espaço de atendimento terapêutico ao usuário, baseado na lógica da humanização, com o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, e não só como um local destinado a depósito e entrega de medicamentos. O trabalhador que ali atua deve ter boas condições para desempenhar as suas funções. As farmácias das unidades de saúde devem dispor de infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a integração dos serviços e o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica de forma integral e eficiente, garantindo, a qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado e a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde (BRASIL, 2009a).

Documento do Ministério da Saúde, do ano de 2008, sobre a estrutura física das unidades de saúde, já indicava a necessidade da farmácia dispor

de dimensão apropriada, incluindo aí espaços para dispensação, armazenamento e seguimento farmacoterapêutico, quando este serviço for realizado (BRASIL, 2008b).

O documento “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde”, foi lançado em 2009, tendo por objetivo a apresentação de duas propostas de farmácia (Farmácia Distrital, Regional ou Central, em edificações exclusivas; e Farmácia na Unidade de Saúde), além de orientar os gestores, os farmacêuticos e os profissionais de saúde do SUS na estruturação dos serviços farmacêuticos, no que tange ao planejamento e à elaboração de projetos para reforma, ampliação ou construção de farmácias no sistema público.

Para saber mais, consulte o documento indicado:
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica.
Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009.

Para proporcionar a qualificação do acesso e promover o uso racional dos medicamentos, é preciso que as farmácias disponham de ambientes adequados, com áreas físicas planejadas e capazes de oferecer:

- Condições para acolher o usuário com dignidade e respeito, na lógica da humanização;
- Condições para facilitar o diálogo entre o farmacêutico e o usuário do medicamento, possibilitando uma escuta qualificada;
- Garantia da integridade física e química dos medicamentos;
- Boas condições de trabalho àqueles que realizam o atendimento dos usuários do sistema (BRASIL, 2009a).

O documento descreve as áreas físicas, os ambientes, equipamentos e mobiliários considerados mínimos necessários para as duas propostas de farmácia (Farmácia Distrital, Regional ou Central, em edificações exclusivas; e Farmácia na Unidade de Saúde).

Os farmacêuticos devem utilizar esse documento como um norteador para a negociação e sensibilização dos gestores sobre a reforma ou construção de farmácias nos serviços de saúde (unidades básicas de saúde, Policlínicas, CAPS, UPA, entre outros). Nesse sentido, como analisado por Araújo e Freitas (2006), mesmo novas, as construções de serviços de saúde, geralmente, não possuem estruturas adequadas para abrigar as farmácias. Por isso, é preciso estar atento e acompanhar os projetos arquitetônicos dos novos serviços de saúde.

2.4 Incentivo para estruturação da assistência farmacêutica nos municípios

Desde 2010, com o advento da Portaria nº 4.217, tem-se o estabelecimento da possibilidade de utilização dos 15% dos recursos de contrapartida dos estados e municípios, destinados à aquisição dos medicamentos para a estruturação dos serviços, conforme já descrito neste capítulo. O reconhecimento da necessidade de um recurso específico para a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica direcionou o lançamento, pelo Ministério da Saúde, em 2012, de um programa destinado à qualificação da Assistência Farmacêutica, o QUALIFAR-SUS.

A Portaria GM/MS nº 1.214, publicada em 13 de junho de 2012, instituiu o QUALIFAR-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica, desenvolvido pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS). O QUALIFAR-SUS foi desenvolvido visando à qualificação da assistência farmacêutica, com ênfase em sua inserção nas Redes de Atenção à Saúde, sendo estruturado em quatro eixos: Estrutura, Educação, Informação e Cuidado. O programa tem, ainda, por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2013).

O Eixo Estrutura tem por objetivo contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos.

O Eixo Educação tem por objetivo promover a educação permanente e a capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da assistência farmacêutica, voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das redes de atenção à saúde.

O Eixo Informação tem por objetivo produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços da assistência farmacêutica.

O Eixo Cuidado tem por objetivo inserir a assistência farmacêutica nas práticas clínicas, visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

Em 2012, as ações relacionadas ao Eixo Estrutura possibilitaram apoio financeiro a 453 municípios, que representam 20% (vinte por cento) dos municípios com população em situação de extrema pobreza, constantes no Programa Brasil Sem Miséria, até 100.000 habitantes. A Portaria nº 1.215, de 13 de junho de 2012, regulamentou a transferência de recursos destinados à aquisição de mobiliários e

equipamentos necessários para estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico e Farmácia no âmbito da atenção básica e manutenção dos serviços farmacêuticos.

Maiores informações sobre o QUALIFAR-SUS e as ações dos eixos estruturantes podem ser obtidas no email qualifarsus@saude.gov.br ou na página do Ministério da Saúde.

Qualquer que seja a proposta de incentivo, é preciso que o município, o estado ou o próprio serviço apresente uma proposta para a aplicação dos recursos a serem disponibilizados, e o farmacêutico deve estar atento às propostas existentes para elaborar ou auxiliar na elaboração de projetos visando à obtenção dos recursos.

2.5 Sistemas de informação

As informações estão presentes no dia a dia das pessoas e dos serviços de saúde e participam de diversas decisões do nosso cotidiano. Segundo indicado por Ferreira (1999), o fato de ter acesso a determinadas informações não garante que, conseqüentemente, as decisões e ações desencadeadas serão sempre “acertadas” ou estarão “corretas”, uma vez que as informações refletem as concepções, os valores, as intenções, a visão de mundo e outras particularidades daquele que as está utilizando, influenciando diretamente nas decisões tomadas. Ou seja, as informações não são neutras.

Ainda segundo a autora, as informações são importantes quando podem contribuir para um processo de reflexão, avaliação e tomada de decisões sobre o enfrentamento de uma determinada situação de saúde, e podem funcionar como um meio para diminuir o grau de incerteza sobre determinada situação de saúde, apoiando o processo de tomada de decisões. Entretanto, o que sustenta essas decisões são os valores, os fundamentos, os pressupostos, a visão de mundo e, particularmente, a concepção de modelo de atenção à saúde daqueles envolvidos no processo de gestão do setor saúde (FERREIRA, 1999). A informação é um dos instrumentos de gestão, mas não a própria gestão. A gestão é feita por pessoas com base nos instrumentos técnicos, políticos e sociais disponibilizados (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Todas as informações - sejam as informais e as formais, as qualitativas e/ou as quantitativas - são importantes e devem ser consideradas no processo de condução da gestão da assistência farmacêutica. Deve-se utilizar o conjunto delas e saber como cada uma é construída e como deve ser interpretada, e como pode e deve, realmente, contribuir para o reconhecimento da realidade com a qual lidamos e a qual gerenciamos.

Segundo Boing e Blatt (2011), os sistemas de informação em saúde (SIS) são bancos de dados destinados a fornecer informações e estatísticas de interesse médico hospitalar, médico ambulatorial, medicina pública, medicina investigativa (pesquisa e desenvolvimento). Um SIS deve ser organizado como um instrumento de apoio à gestão de um Sistema de Saúde e deve produzir informações que possibilitem: a avaliação de uma determinada situação de saúde; a tomada de decisões sobre as respostas (ações) a serem implementadas; o acompanhamento ou o controle da execução (eficiência e eficácia) das ações propostas; a avaliação do impacto (efetividade) alcançado sobre a situação de saúde inicial (FERREIRA, 1999).

São diversos os SIS no país e muitos estão disponíveis no Departamento de Informática do SUS, o DATASUS, como: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); entre outros. Temos alguns SIS relacionados aos medicamentos como o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais (SICLOM), o Sistema Farmácia Popular (SIFAP), o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), o Sistema Informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento dos Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (SISMEDEX), entre outros.

Muitos estados e municípios desenvolveram seus próprios sistemas de informação e os aperfeiçoaram ao longo do tempo. Destacam-se alguns sistemas de informação que incluem toda a rede de atenção à saúde, integrando prontuários, informações sociais, dispensação de medicamentos, e as informações para gerenciamento do sistema (estoque, solicitações, demandas reprimidas). Nesse tipo de sistema, o farmacêutico pode utilizá-lo como ferramenta de trabalho interdisciplinar, participando e interagindo com a equipe nos projetos terapêuticos, compartilhando informações clínicas e decisões com a equipe.

O agir em assistência farmacêutica exige do farmacêutico um conhecimento apurado da realidade sanitária e epidemiológica da população. O profissional deve utilizar as informações disponíveis nos sistemas de informação e buscar novas informações, quando preciso, para subsidiar a tomada de decisão na assistência farmacêutica, apoiar o planejamento das ações e realizar um acompanhamento sistemático dos resultados da área. Nesse sentido, os sistemas de informação que apoiarão o trabalho na assistência farmacêutica vão além dos relacionados aos medicamentos, como os aqui já citados.

Os resultados em assistência farmacêutica devem estar relacionados à melhoria da qualidade de vida da população e não somente ao número de medicamentos dispensados ou adquiridos, por exemplo. A integração dos sistemas utilizados nos serviços e o prontuário eletrônico do paciente é importante e têm como objetivo o fortalecimento do trabalho em equipe e a qualificação da assistência, evitando a fragmentação da assistência ao usuário e a lógica de atendimento centrado nas corporações (CECÍLIO; MENDES,

2004; SCHOUT; NOVAES, 2007; OPAS, 2003). E permite, ainda, que, na farmácia, o farmacêutico tenha acesso e possa registrar suas intervenções no prontuário do usuário e que os outros profissionais possam acompanhar o uso de medicamentos pelo usuário.

Ter um sistema que permita a obtenção e a disponibilização de dados para os gestores a respeito de financiamento, gasto, demanda, consumo e distribuição dos produtos nos diversos níveis de gestão é um fator importante para uma face da gestão, que é a gestão logística, conforme ponderado por Manzini (2013). Sistemas de informação como o Hórus possibilitam que essa informação esteja disponível, em tempo real, ao gestor, auxiliando-o na tomada de decisão, como descrevem Costa e Nascimento Júnior (2012).

Contudo, ter um sistema de informação, mesmo que funcione bem, não significa ter uma boa gestão! As informações são importantes para subsidiar a gestão, mas é importante desmistificar a questão da dependência absoluta de *software* para uma boa gestão, visto que eles não são a locomotiva da organização de serviços, pois não corrigem eventuais falhas existentes nos processos de trabalho. Por outro lado, esses processos funcionam bem (método e organização), mesmo sem *software* e funcionam melhor quando tem essa ferramenta (*software*) de maneira complementar.

2.5.1 Hórus - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

O Hórus - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – tem por objetivo contribuir para a qualificação da gestão da assistência farmacêutica nas três esferas de gestão da saúde, promovendo melhoria do atendimento nos serviços e da qualidade de vida dos usuários. Este sistema é ofertado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS) e foi concebido em 2009 para atender às singularidades da gestão da assistência farmacêutica no SUS, por meio dos seus componentes: básico, estratégico e especializado, além do Componente Indígena da Assistência Farmacêutica. O Ministério da Saúde pretende que o Hórus incorpore outros sistemas atualmente utilizados na assistência farmacêutica.

A partir de abril de 2010, o Hórus passou a ser disponibilizado, por adesão, aos municípios brasileiros. A adesão ao Hórus é estimulada e apoiada por equipe específica do DAF/MS e se dá pelo cumprimento de algumas fases definidas: realização de um cadastro de adesão; formalização da adesão ao sistema por meio da assinatura de um Termo de Adesão; capacitação ofertada na modalidade a distância para os funcionários que irão operar o Hórus; e disponibilização e implantação do Hórus, com a liberação de senha para acesso.

Para implantar o Hórus, os municípios necessitam de uma estrutura composta de computador, impressora e acesso a internet nos estabelecimentos de saúde.

Para informações relacionadas à adesão ao sistema Hórus, e dúvidas sobre sua utilização, ligue para o DISQUE SAÚDE 136, opção 8 ou acesse a página do Ministério da Saúde.

Segundo informado pelo DAF, apesar de as funcionalidades do Hórus estarem diferenciadas por perfil de acesso para cada componente da assistência farmacêutica, o Hórus é um sistema único, ou seja, caracteriza-se por ser uma ferramenta que permite a gestão dos dados dos usuários do SUS de forma integrada, independentemente do componente em que o usuário foi atendido.

2.5.2 Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica

Em 2013, a Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013, relacionada ao Eixo Informação do QUALIFAR-SUS, instituiu a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica, no âmbito do SUS, estabelecendo o conjunto de dados, o fluxo e o cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica. A Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica está relacionada ao conjunto de dados referentes aos Componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado) e ao Programa Farmácia Popular do Brasil, e refere-se ao registro das entradas, saídas e licenças de medicamentos relacionados aos componentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em vigência, e do Programa Farmácia Popular do Brasil (BRASIL, 2013). Os dados devem ser encaminhados, por meio eletrônico, pelos gestores estaduais, distrital e municipais de saúde ao Ministério da Saúde.

Segundo indicado na Portaria nº 271/2013, constituem-se sistemas eletrônicos para envio das informações: Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus); serviço *WebService*, disponibilizado aos estados, Distrito Federal e municípios, que utilizam sistemas informatizados próprios e que devem adaptar ou desenvolver solução informatizada para garantir a transmissão dos dados; e Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular.

O conjunto de dados, o fluxo e o cronograma das entradas, saídas e licenças de medicamentos relacionados ao Componente Estratégico e Especializado e do Programa Farmácia Popular do Brasil, serão definidos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

2.6 Importância da qualificação profissional

Estrutura de um serviço não significa só estrutura física, sistema de formação, equipamentos. Significa, mais que tudo, ter pessoas qualificadas

para o serviço, motivadas e éticas, afinal, gestão e saúde se fazem com gente! Nesse caso, é preciso garantir duas coisas: ter farmacêuticos em número suficiente e ter qualificação adequada para estes farmacêuticos (e para a equipe). Ainda que muitas vagas venham sendo abertas para farmacêuticos no SUS, especialmente nos municípios, para garantir a assistência farmacêutica integral no sistema há necessidade de viabilizar a abertura de muito mais vagas. Algumas iniciativas precisam de incentivo da categoria e figuram, hoje, como oportunidades para o alcance da meta de haver farmacêutico em todas as farmácias do SUS. Uma dessas iniciativas é o Projeto de Lei PLS nº 62/2011, que torna obrigatória a contratação de farmacêuticos em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), que disponham de farmácias ou dispensários de medicamentos.

É inevitável, nesse contexto, também discutir a formação do profissional farmacêutico e a necessidade da educação continuada. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, assim como dos cursos das demais profissões de saúde, preconizam que a formação deve prover as ferramentas necessárias para que o profissional esteja habilitado a assegurar a atenção à saúde, a tomada de decisões, e a interação com outros profissionais e com o público. Ao estimularem a inserção precoce e progressiva do estudante no SUS, as Diretrizes promovem uma grande inovação, visando, com isso, que o estudante tenha conhecimento e assuma compromisso com a realidade de saúde da região onde atua e do país (CNE/CES, 2002; HADDAD *et al.*, 2010).

As Diretrizes são um importante marco e sinalizam, para a sociedade, que o farmacêutico precisa de uma formação, que realmente atenda as necessidades sociais da saúde, que vise a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência, e o trabalho em equipe, com ênfase no SUS. Ou seja, um profissional que decide, que faz diferença no sistema de saúde, com capacidade técnica, ética, e experiência prática. Para tanto, é preciso transformar concepções e práticas, bem como produzir novos conhecimentos e saberes, que busquem a formação e constituição de sujeitos, lideranças, técnicos, gerentes, enfim, pessoas dotadas de capacidade técnica e compromisso político com o processo de Reforma Sanitária e a defesa do SUS.

Um dos problemas relacionados às Diretrizes Curriculares é que elas se permitem interpretações muito variadas do que foi estabelecido no documento, resultando na existência de cursos com perfis muito diferentes e com focos de formação diferentes, sendo que, em alguns casos, são percebidas apenas modificações superficiais na estrutura dos cursos, que não permitem a reorientação do modelo de formação, reforçando a formação tecnicista e biologicista, focada em procedimentos operacionais (BRASIL, 2008c), com uma formação distante da realidade. Segundo indicado por Santos (2011),

a falta de um consenso ou, minimamente, um projeto nacional para a formação/profissão farmacêutica, a tradição na formação tecnicista e bióloga, as diferentes interpretações das Diretrizes Curriculares Nacionais, por vezes excessivamente simplistas e por vezes tão abrangentes quanto impossíveis de operacionalizar, bem como o grande crescimento do número de Cursos de Farmácia no setor privado, não obrigatoriamente vinculados às necessidades sociais, ainda fazem do ensino farmacêutico, um dos grandes desafios para a profissão farmacêutica no Brasil, no atual século (p. 58).

Hoje vivenciamos duas situações: os farmacêuticos formados em currículos anteriores às Diretrizes; e os farmacêuticos já formados na nova lógica, mas que, ainda assim, não estão suficientemente preparados e encorajados para o ambiente da gestão pública. Como esperar que o profissional, formado por meio de modelos tradicionais de ensino, aja de maneira diferenciada e crítico-reflexiva na sua atuação?

Apesar dos problemas citados, os novos currículos dos cursos de graduação em Farmácia estão permitindo a vivência dos estudantes, cada vez mais cedo, nos serviços de saúde, por meio dos estágios supervisionados e da participação em atividades desenvolvidas nos serviços, tais como no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). A Lei nº 8.080/1990 estabeleceu que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa. Com isso, o profissional inserido no serviço passa a ter um papel determinante na formação dos estudantes, com um papel ativo no processo de aprendizagem.

O SUS representa, efetivamente, um importante campo de trabalho para os profissionais de saúde, e entre eles estão os farmacêuticos. Nos últimos anos, é expressivo o aumento do número de farmacêuticos que atuam no SUS. Dados do Conselho Federal de Farmácia apontam que, em 2012, havia 18.123 (dezoito mil, cento e vinte e três) farmacêuticos atuando no SUS, sendo que 11.252 (onze mil, duzentos e cinquenta e dois) eram responsáveis técnicos por farmácias, com a presença do profissional em praticamente todos os municípios brasileiros. Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS), em novembro de 2013, obteve-se o número de 17.054 farmacêuticos e farmacêuticos bioquímicos atuando nos estados brasileiros, o que aponta para um possível problema nas informações fornecidas por essa base de dados.

Com a descentralização dos serviços para os municípios, a necessidade de organização da gestão da assistência farmacêutica, o aumento da aplicação de recursos na área e o crescente aumento da judicialização, uma série de demandas colocaram o farmacêutico em evidência no serviço de saúde, e surge uma demanda da sociedade, para quem este farmacêutico deve realizar um conjunto de

atividades e ações, para as quais nem sempre ele está preparado. Nesse sentido, a gestão da assistência farmacêutica é norteadada pela necessidade de qualificação técnica dos profissionais, aliada ao desenvolvimento de habilidades e competências estratégicas e políticas.

Posto isso, fica evidente a necessidade de qualificação, para além do esforço pessoal dos farmacêuticos. Mendes (2013), ao analisar a qualificação de profissionais de municípios catarinenses nos últimos dois anos, concluiu que a qualificação profissional dos farmacêuticos é uma realidade encontrada na maioria dos municípios pesquisados, muitas vezes pela iniciativa própria do profissional. No entanto, percebe-se que essa qualificação, quando ofertada pelo serviço, é ainda focada em procedimentos técnico-operacionais.

A Educação Permanente em Saúde pode ser definida como uma

[...] estratégia dinâmica e eficaz para gerar novos modelos e processos de trabalho nos estabelecimentos de saúde. Tem como objetivo a reflexão e intervenção nos processos de trabalho, na melhoria da qualidade dos serviços e nas condições de trabalho, sendo sintetizada pela OPAS como a educação em trabalho, para o trabalho e pelo trabalho (MIRANDA, 2002, apud GUIMARÃES; MARTIM; RABELO, 2010).

A educação permanente surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento, reconhecendo a autonomia dos sujeitos, a capacidade de aprender constantemente, e a inseparabilidade do conhecimento e da ação (teoria e prática) (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Segundo estabelecido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, os municípios e os estados devem formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos a ela, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento (BRASIL, 2009b). A educação permanente em saúde deve ser a política norteadora dos processos educativos no SUS, seja por meio de cursos, capacitações, treinamentos, aperfeiçoamentos, atualizações ou outras atividades.

Esse é um importante espaço para que a assistência farmacêutica busque a qualificação de suas equipes, incluindo aí os farmacêuticos e os demais profissionais que o auxiliam. É fundamental que o tema da assistência farmacêutica também esteja presente na qualificação de outros profissionais, especialmente dos prescritores, que são atores importantes no uso racional de medicamentos.

As Escolas de Saúde Pública dos estados possuem um papel de destaque na formação e capacitação de recursos humanos e na produção científica na área da saúde coletiva, mantendo, por muitas vezes, um papel de cooperação técnica com os municípios, em especial na formação de profissionais de nível médio. Nesse

sentido, é importante que o farmacêutico conheça as atividades da Escola de Saúde Pública do estado onde atua e, se possível, busque parcerias para a qualificação da área da assistência farmacêutica.

Reconhecendo a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde tem desenvolvido algumas ações de incentivo à qualificação dos farmacêuticos da rede pública de saúde. Diversas iniciativas aconteceram nos últimos anos, incluindo cursos de qualificação para farmacêuticos, cursos para a elaboração de materiais educativos para agentes comunitários de saúde, cursos de especialização presenciais e, mais recentemente, cursos de capacitação e de especialização, em larga escala, utilizando tecnologias de educação a distância, especialmente nas áreas de gestão da assistência farmacêutica e de assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.

Essas são oportunidades extremamente importantes, as quais o farmacêutico precisa estar atento, para usufruir e para incentivar os demais colegas. A formação profissional afeta profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários em relação ao SUS (MACHADO; WANDERLEY, 2011). Um profissional que busca o aprendizado constante, se motiva para o trabalho e encontra significado no seu fazer, uma vez que a qualificação profissional dignifica e legitima o trabalho.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* [online], v. 42, n. 1, p. 137-146, 2006.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- BOING, A. F.; BLATT, C. R. O uso de ferramentas da epidemiologia na assistência farmacêutica. In: *Serviços Farmacêuticos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. p. 1-51.*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. s. 1, n. 215-E, p. 18.*
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS. CONASEMS. Nota técnica conjunta sobre qualificação da assistência farmacêutica. Brasília. 2008. 3 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_qualificacao_af.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2013. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico de que o Brasil necessita: relatório final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p. 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 249, de 29 de dezembro de 2010.

BRASIL. QUALIFAR- SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1861>. Acesso em: 22 mai. 2013.

CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?. Saúde soc. [online], v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CNE/CES. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991&Itemid=866>. Acesso em: 05 jul. 2013.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. HÓRUS: inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública [online], epub, 2012.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de informação em saúde: conceitos fundamentais e organização. Oficina de capacitação para docentes do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde – NESCON/FM/UFMG, 1999. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2013.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. Ciencia y Enfermería, XVI, n. 2, p. 25-33, 2010.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. Rev. Saúde Pública [online], v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

LEITE, S. N.; TIERLING, H. S. M. T.; ARAUJO, P. S. T.; SANTOS, R. F.; OLIVEIRA, V. O.; HUBER, E. C. Access to pharmacists in the public health system in Santa Catarina – Brazil: an analysis from the Regional Pharmacy Council. FIP World Congress 2014 Abstracts, Bangkok, 2014.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. Educação em Saúde. Especialização em Saúde da Família - UNASUS/UNIFESP. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/171>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

MANZINI, F. Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão. 2013. 219 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (org.). Seleção de Medicamentos. In: MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (org.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MENDES, S. J. Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense. 2013. 239 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R. S. (edit.). 2003.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007.

SANTOS, R. I. Concepções de Assistência Farmacêutica no contexto histórico brasileiro. 2011. 172 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciênc. saúde coletiva [online], v. 12, n. 4, p. 935-944, 2007.

VEBER, A. P.; DIEHL, E. E.; LEITE, S. N.; PROSPERO, E. N. S. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. Braz. J. Pharm. Sci. [online], v. 47, n. 1, p. 75-80, 2011.

VIANA, S. M. A descentralização tutelada. Saúde em Debate, Londrina, v. 35, p. 35-38, 1992.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Rev. Panam. Salud Publica, v. 24, n.2, p. 91-100, 2008.

Capítulo 3

Planejamento estratégico aplicado à assistência farmacêutica

Planejamento estratégico aplicado à assistência farmacêutica

Silvio César Machado-dos-Santos
Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento
Patrícia Campanha Barcelos (colaboradora)

3.1 Processo histórico: análise do uso do planejamento na gestão da assistência farmacêutica no Brasil

A assistência farmacêutica apresenta-se como um componente essencial dos sistemas de atenção à saúde. É uma área estratégica, na medida em que o medicamento – e os serviços farmacêuticos clínicos, que devem estar a ele associados –, está entre as principais ferramentas de intervenção sobre grande parte das doenças e agravos que acometem a população.

Além dessa importância técnica e assistencial, a assistência farmacêutica também se constitui uma das áreas mais complexas do sistema de saúde sob a ótica econômica, pois envolve grande volume de recursos nas três esferas de gestão e, ainda, possibilita escolhas subjetivas nas prescrições. Portanto, é uma área sujeita a manipulações e fortes interesses de mercado.

Dentre os desafios nesta área, merecem destaque a necessidade de ampliar o acesso das pessoas aos medicamentos essenciais, com eficácia e segurança comprovadas, garantia da sua qualidade, da humanização no atendimento, à luz do seu uso racional e da atenção integral à saúde.

Portanto, seja pela sua relevância, seja pela sua complexidade em termos de desafios à gestão, essa é uma área que demanda o uso intensivo de ferramentas do planejamento para o enfrentamento e a resolução dos principais problemas.

Quando se desenvolve uma análise histórica, tomando-se por base os últimos 20 anos da assistência farmacêutica no SUS, observam-se alguns avanços importantes, como: a institucionalização da Política Nacional de Medicamentos em 1998 e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004 (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004); a descentralização e o incremento dos recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos; a melhoria na farmacovigilância, na regulação econômica do mercado e na oferta de cursos de graduação e pós-graduação em Farmácia. Mais recentemente, ainda com impacto incipiente em termos de cobertura populacional nacional, também pode se observar o início de ações programáticas concretas pelo Ministério da Saúde, no sentido de viabilizar recursos para investimento na estruturação e qualificação da infraestrutura destinada ao armazenamento e à dispensação de medicamentos.

Conforme citado anteriormente, um dos principais avanços nessa área teve início em 1999, com a efetiva descentralização na gestão dos recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos para a atenção básica, a serem aplicados e gerenciados pelos estados e/ou municípios. Desde então, como regra geral, observa-se um efeito positivo dessa medida na gestão, pois fomentou o debate e a adoção de ações de planejamento nas três esferas de governo, objetivando subsidiar as pactuações intergestores nas Comissões Bipartite e Tripartite.

Mas, por outro lado, verifica-se que o planejamento utilizado para a formulação e implementação dessas ações não têm sido amplo nem sistêmico, pois não contempla todas as diretrizes das políticas farmacêuticas vigentes. Predomina, nas três esferas de gestão, um viés econômico, focado na logística, principalmente para subsidiar a programação de recursos destinados às ações de aquisição e distribuição de medicamentos.

Também se observa certa exclusão do farmacêutico como membro integrante das equipes de saúde, quando os gestores definem os profissionais necessários à implantação dos programas e das ações no Ministério e nas secretarias de saúde, assim como as respectivas linhas de recursos para o financiamento desses programas.

Já existe um razoável consenso de que os serviços farmacêuticos clínicos, associados ao medicamento, contribuem, significativamente, para a melhoria da adesão aos tratamentos. Isso, por consequência, melhora a resolutividade das intervenções sobre o processo saúde-doença, com redução, inclusive, do agravamento de quadros clínicos e de custos para os sistemas de saúde. Conforme descreve Machado-dos-Santos (2001, p. 06),

[...] mais do que proporcionar acesso aos medicamentos, é fundamental que o mesmo esteja inserido num contexto e numa lógica mais ampliada: a de uma assistência farmacêutica. Esta, por sua vez, além de contribuir para a melhoria da equidade no acesso, busca proporcionar uma maior adesão aos tratamentos e uma utilização adequada dos fármacos, em conformidade com as reais necessidades sanitárias da população. Com isso tem-se uma melhoria na resolutividade do próprio Sistema de Saúde, dos indicadores de morbimortalidade e da qualidade de vida das pessoas.

Mas, para que tudo isso aconteça, fazem-se necessárias estruturas adequadas, incluindo farmacêuticos com qualificação e em quantidade suficiente. Todavia, a insuficiência de projetos e linhas de financiamento que sustentem, no médio e longo prazos, ações voltadas para investimentos em estrutura física e tecnológica, assim como a não garantia do farmacêutico em todos os setores da assistência farmacêutica no SUS, vem criando restrições a uma assistência farmacêutica integral e qualificada.

Chama atenção, desde a edição da Política Nacional de Medicamentos em 1998, a histórica e insuficiente disponibilização de recursos para viabilizar a contratação e fixação de farmacêuticos na rede pública, assim como para ampliar e qualificar a infraestrutura existente no país para o armazenamento, a conservação e dispensação dos medicamentos. Infelizmente, seguem predominando no SUS as Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e as farmácias, cujos espaços são inadequados e impróprios para a correta conservação dos medicamentos e para o bom atendimento farmacêutico aos usuários, assim como os locais sem a presença do farmacêutico durante todo o tempo de funcionamento (VIERA, 2008).

Na maioria dos municípios e estados, nessa área, faltam recursos humanos em quantidade e qualificados, além de boas condições estruturais, acarretando falta de condições de trabalho, menor eficiência e diminuição da capacidade de resolução de problemas graves, como: perdas de medicamentos por expiração de validade ou armazenamento inadequado; falhas na dispensação; uso não racional; faltas frequentes de medicamentos; entre outros problemas (BRASIL, 2006a).

Estudo realizado por Vieira (2008), analisando uma amostra significativa de 597 municípios brasileiros, ou seja, mais de 10% do total, apontou aspectos inconclusos da agenda do SUS para a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil. Entre esses municípios avaliados 90,3% apresentaram problemas na gestão dos recursos ou serviços. Em 71% desses locais foram observados problemas no controle de estoque, e em 39% foram constatadas condições inadequadas de armazenamento. Diante dos resultados obtidos, concluiu que

[...] os propósitos da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica estão distantes da concretização. O tema deve ser novamente incluído na agenda dos governos nas três esferas, pois não é possível falar em efetividade da atenção à saúde sem que a assistência farmacêutica cumpra seu papel com qualidade (VIEIRA, 2008, p. 91).

Corroborando essa análise, diversos outros estudos avaliativos sobre a assistência farmacêutica no Brasil, que utilizaram indicadores preconizados pela Organização Mundial de Saúde, evidenciaram a necessidade de melhorar a estrutura e a execução das atividades de assistência farmacêutica nos cenários avaliados (NAVES; PRATA, 2005; SANTOS; NITRINI, 2004; EMMERICK *et al.*, 2009 *apud* VEBER *et al.*, 2011).

Assim, em que pese os importantes avanços citados, pode-se observar, atualmente, a existência de muitos problemas ainda não superados e que devem fazer parte de uma agenda de prioridades em qualquer planejamento, nas três esferas de gestão. Conforme apontava Machado-dos-Santos em 2002:

Registre-se: a falta do cumprimento correto de tratamentos prescritos; o uso de medicamentos sem a indicação apropriada; o comércio de um sem-número de produtos farmacêuticos com efetividade irregular ou com formulações injustificáveis; a baixa qualidade de consultas, diagnósticos e de prescrições e dispensação de fármacos; o comércio dos produtos farmacêuticos, com auto-prescrição, a prática da empurroterapia e o grande número de farmácias e drogarias com a precariedade do controle sanitário quanto à prescrição, ao comércio e ao consumo de psicofármacos no país, entre outros (2002, p. 380).

Situações que acarretavam consequências técnicas, econômicas e sociais prejudiciais para os usuários e para o Sistema de Saúde, naquela época, continuam a existir. As falhas e/ou a ausência de um bom planejamento estratégico pelos gestores dos três entes federados constitui uma provável hipótese causal desta agenda inconclusa.

Isso pode ser verificado quando se analisam as diversas normas e os diversos programas ministeriais implantados nesse período, visto que não consideram todas as atividades do ciclo da assistência farmacêutica. E, quando o fazem, predominam aquelas atividades relacionadas com a aquisição, o armazenamento e a distribuição de medicamentos.

Exemplificando, a Programação Anual de Saúde – PAS para 2013, elaborada pelo Ministério da Saúde, contempla como sua 8ª Diretriz a “Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS”. Porém, em que pese trazer em seu texto introdutório uma abordagem mais ampla sobre ações importantes em diversas áreas da assistência farmacêutica, ao final, restaram formalizadas somente três ações e resultados previstos para 2013, a saber: ampliação da cobertura do programa “Aqui tem farmácia popular”; ampliação do elenco de medicamentos fitoterápicos na atenção básica; e ampliação da cobertura voltada para o tratamento de pacientes portadores de doenças hemorrágicas hereditárias (BRASIL, 2013a).

Nesse contexto, verifica-se uma ampla supremacia no planejamento de ações voltadas para o objeto medicamento, em detrimento da melhoria da estrutura e dos serviços farmacêuticos clínicos. Concretamente, apesar de algumas publicações oficiais e de abordagens teóricas de alguns gestores incorporarem um enfoque conceitual mais ampliado, resta evidenciado o predomínio, nas três esferas, de uma prática gestora no planejamento da assistência farmacêutica voltada mais ao apoio logístico.

Por outro lado, para maximizar as chances de alcançar bons resultados nessa área, recomenda-se que os gestores incorporem um qualificado processo de planejamento, com foco, principalmente, naquela parcela menos favorecida da população. Esse planejamento não deve ser parcial, protocolar ou normativo, pois precisa englobar uma visão sistêmica de saúde e também um raciocínio estratégi-

co, visto que, além dos aspectos técnicos e econômicos, existem aspectos políticos, sociais e epidemiológicos fortemente envolvidos.

Além de avançar na construção de novos conhecimentos e formulação de propostas inovadoras, um dos maiores desafios na gestão em assistência farmacêutica é, justamente, conseguir executar e concretizar a teoria que já se conhece. As evidências têm demonstrado que a distância entre saber o que precisa ser feito *versus* conseguir executar de fato é relativamente grande.

Nesse sentido, o planejamento estratégico pode ampliar as chances de êxito no enfrentamento e na superação dos principais obstáculos. Evidências têm demonstrado que essa ferramenta metodológica contribui muito para o mapeamento e a priorização das situações-problema, bem como para a necessária formulação e condução de intervenções adequadas, com articulação política, administrativa e social, no sentido de envolver e mobilizar, positivamente, diferentes recursos e atores-chave.

3.2 Cenário atual

3.2.1 Instrumentos de Planejamento do SUS

Com o intuito de promover a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão, em 2006, foi criado o Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS, no qual foram estabelecidos, de acordo com a Portaria nº 3.085/2006 (BRASIL, 2006b), os três instrumentos básicos que dão expressão concreta a este Sistema: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2009).

O Plano de Saúde e o Relatório de Gestão foram introduzidos pela Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990a). Essas ferramentas foram instituídas como instrumentos de controle e avaliação, juntamente com a Programação Anual de Saúde e a Programação Pactuada Integrada (PPI)¹, a partir da NOB 96 (BRASIL, 1996), a fim de permitir a prática do controle social e de viabilizar a utilização transparente dos recursos públicos (MARIN *et al.*, 2003).

O **Plano de Saúde** é um importante instrumento de gestão que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos. É a definição das políticas e dos compromissos de saúde, formuladas a partir de uma análise da situação da saúde, do modelo de gestão e das prioridades e estratégias de uma determinada esfera de gestão, expressas em objetivos, diretrizes e metas (BRASIL, 2009).

1 A PPI é um instrumento formalizador e de negociação entre os gestores, que integra as responsabilidades, objetivos, metas, recursos e tetos orçamentários e financeiros de todos os níveis de gestão e envolve todas as atividades do SUS, buscando a integralidade das ações. Os critérios para pactuação integrada são definidos nas Comissões Intergestores Bipartite e Intergestora Tripartite, sendo aprovados nos respectivos conselhos (MARIN *et al.*, 2003).

De acordo com o Decreto nº 7.508/2011, o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos de Saúde, conforme as características epidemiológicas e na organização dos serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2011a).

A partir dos objetivos, das diretrizes e metas do Plano de Saúde, deve ser elaborada a **Programação Anual de Saúde**, instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano. Nela são detalhadas as ações, as metas, os recursos financeiros e indicadores para a avaliação, além das áreas responsáveis e parcerias necessárias para a execução das ações, por meio das quais se pretende alcançar tais objetivos.

A Programação, portanto, reúne o conjunto de iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão em determinado ano. Sua elaboração deve ser coordenada pela área de planejamento ou, caso não exista, por uma equipe designada para tal (BRASIL, 2009).

O **Relatório Anual de Gestão** é o instrumento que apresenta os resultados alcançados, apurados com base no conjunto de ações e indicadores, que foram definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas (BRASIL, 2006c). Este Relatório deverá conter seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP (BRASIL, 2011b).

Considerando que a assistência farmacêutica precisa estar sempre em conformidade com a Política de Saúde vigente, o Plano de Saúde e os demais instrumentos devem possuir um capítulo específico sobre assistência farmacêutica, onde explicitem as prioridades, estratégias, metas, ações e recursos, bem como o elenco a ser gerenciado, os recursos humanos disponibilizados, e as atividades a serem desenvolvidas para a estruturação e organização dessa área.

No Plano de Saúde, as ações de assistência farmacêutica devem estar fundamentadas:

- Na descentralização da gestão;
- No diagnóstico da situação de saúde do município;
- Na execução das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos;
- Nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis;
- Na rede de serviços existentes, de acordo com o nível de complexidade;
- Nas condições necessárias para o cumprimento das boas práticas de armazenagem para medicamentos;
- Na proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanente dos recursos humanos envolvidos com a assistência farmacêutica;

- Na permanente avaliação da assistência farmacêutica por meio de indicadores específicos, que possibilitem o aprimoramento de seu gerenciamento;
- Em outros aspectos que atendam às peculiaridades locais.

O Plano de Saúde deve ser aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e divulgado aos setores da sociedade envolvidos com o tema, a fim de possibilitar o efetivo controle social nesta área (CFF, 2011).

O Manual “Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica”, publicado pelo Ministério da Saúde, apresenta informações sobre a organização dessa área, sugere indicadores de avaliação da qualidade da assistência farmacêutica no SUS e propõe o Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF), um método de fácil aplicação para apoiar o planejamento dos estados e municípios, no sentido de instituir uma cultura de planejamento para a assistência farmacêutica.

O IAPAF foi concebido como um exercício de autoavaliação participativo, na forma de oficina, abordando as várias dimensões do ciclo da assistência farmacêutica. É constituído por planilhas de avaliação e planilhas do plano de ação, que poderão compor o capítulo Assistência Farmacêutica do Plano de Saúde. O eixo principal desse processo deve ser um esforço coletivo para se avaliar a atual situação, criar uma meta comum quanto aos resultados desejados, identificar critérios dos possíveis progressos e planejar para a ação, implementação e avaliação. O objetivo final, que deve nortear todo o trabalho, é garantir o acesso a medicamentos de qualidade e promover seu uso racional dentro dos princípios do SUS (BRASIL, 2006a).

Contudo, tão ou mais importante que a escolha do método é pensar estrategicamente, pois a realidade é complexa e dinâmica, demandando formulação e condução articuladas. É importante manter um mecanismo contínuo para o planejamento, visando adaptar o plano às necessidades atuais. Isto não significa que o plano não deva ser cumprido, mas que a prioridade das ações pode mudar ao longo do tempo, acarretando a necessidade de adequação ao novo contexto.

O gestor da assistência farmacêutica deve, portanto, pautar suas atividades no sentido de cumprir as metas estipuladas no Plano de Saúde, atualizado periodicamente. Ao final de cada plano, durante a construção do Relatório Anual de Gestão, é importante avaliar se os resultados foram, efetivamente, alcançados, contemplando aspectos qualitativos e quantitativos, os avanços obtidos, obstáculos enfrentados, bem como as iniciativas que devem ser tomadas, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com correções de rumos e inclusão de novos desafios e inovações (BRASIL, 2009).

Por fim, é importante lembrar que o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), instrumentos de gestão

pública e do SUS, próprios de cada nível de gestão, precisam estar coerentes com os instrumentos de planejamento, guardando uniformidade de objetivos, diretrizes e metas. O Plano de Saúde é a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde, enfim, é o instrumento que norteia todas as atividades dessa área (BRASIL, 2009).

3.2.2 Interface da assistência farmacêutica com o planejamento no SUS

A assistência farmacêutica está incluída no campo de atuação do SUS como parte da assistência terapêutica integral. Assim, o planejamento da assistência farmacêutica deve ser elaborado em consonância com a política de saúde, visando a redução de riscos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990b).

Com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, e da Resolução nº 01/2011, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de regiões de saúde, o planejamento em saúde passa a ser ascendente e integrado, do nível local até o federal. Essa nova regulamentação apresenta desafios para o processo de planejamento, no qual se faz necessário compatibilizar as demandas em saúde, a disponibilidade de recursos financeiros e as pactuações regionais, a fim de construir um plano de saúde exequível e que atenda às reais demandas da população (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Dentre os objetivos para a organização das regiões de saúde, destacam-se a necessidade de garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços organizados em redes de atenção, e a possibilidade de racionalizar gastos e otimizar recursos, visando maior eficiência do sistema de saúde. As redes de atenção organizam-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente. Essa conformação apresenta a assistência farmacêutica como um sistema transversal a todas as redes temáticas e, portanto, fundamental a todas elas, conforme será detalhado no capítulo denominado “O papel do farmacêutico nas Redes de Atenção à Saúde”.

Pode-se, então, verificar que o planejamento da assistência farmacêutica é um processo complexo e dinâmico. Sua elaboração, em cada nível de gestão e em cada esfera de governo, deve considerar alguns pressupostos essenciais, dentre os quais se destacam as diretrizes e prioridades da Política de Saúde instituída, os instrumentos de planejamento do SUS, o papel fundamental da assistência farmacêutica nas redes de atenção, a necessária inserção do farmacêutico no cuidado em saúde e o alinhamento do plano de assistência farmacêutica com os planos local, regional e nacional.

Outro importante instrumento de organização e planejamento do SUS é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). O COAP é um acordo firmado entre os entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e os serviços na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas em saúde, critérios de avaliação e desempenho, recursos financeiros disponibilizados e sua execução, além de elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

O estabelecimento de um rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, é uma premissa estabelecida pela Resolução CIT nº 5/2013, que pactua diretrizes, objetivos, metas e indicadores para o fortalecimento do planejamento do SUS e a implementação do COAP (BRASIL, 2013b). Os indicadores universais expressam o acesso e a qualidade da organização do sistema de saúde em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema. Os indicadores específicos expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema. Podem sofrer ajuste anual, de acordo com a necessidade.

Nesse contexto, foram estabelecidos três indicadores classificados como específicos para a Diretriz “Garantia da Assistência farmacêutica no âmbito do SUS”, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 1 - Indicadores específicos do COAP para a diretriz Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, pactuados para o período de 2013-2015.

Objetivo	Meta	Indicador
Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.	Meta Regional e Estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HÓRUS, em X% dos municípios. Meta Municipal e DF: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HÓRUS, em X% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica.	Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado
Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.	Meta Regional e Estadual: X% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturadas na região de saúde ou Estado Meta Municipal e DF: X% de serviços farmacêuticos estruturados nos municípios.	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturadas

Continua>>

Objetivo	Meta	Indicador
Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema de garantia da qualidade.	Meta Regional: 100% das indústrias de medicamentos da região inspecionadas no ano. Meta Municipal: 100% das indústrias de medicamentos do município inspecionadas no ano.	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2013b).

É importante ressaltar que os indicadores da assistência farmacêutica são específicos, ou seja, devem ser pactuados conforme a necessidade regional e as políticas já estabelecidas, sem desconsiderar a organização, a autonomia e os avanços dos entes federados.

Por exemplo, o indicador “Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado” deve ser adequado nas regiões de Estados e municípios que já possuam sistemas informatizados próprios de gestão da assistência farmacêutica. Nesses casos, poderão utilizar seus próprios sistemas, desde que façam o envio dos dados via *webservice*, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. O objetivo do indicador é garantir a construção de uma base de dados nacional em assistência farmacêutica, em consonância com a Portaria nº 271/2013, e não obrigar os municípios a desconsiderar seus sistemas próprios de informação e os investimentos realizados (BRASIL, 2013c).

Importa destacar, também, que os estados e municípios têm autonomia para propor novos indicadores, que contemplem ações necessárias ao fortalecimento das políticas instituídas na região de saúde. Assim, os profissionais farmacêuticos e os gestores podem pactuar outros indicadores durante o processo de planejamento da assistência farmacêutica, compatíveis com as demandas locais e regionais.

A partir da constituição das regiões de saúde, o foro interfederativo de negociação e pactuação de temas relacionados com a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde é a Comissão Intergestores Regional (CIR). Dentre as competências da CIR, destacam-se a pactuação do elenco de medicamentos que serão ofertados na respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de

Medicamentos Essenciais (RENAME) e o planejamento regional de acordo com a política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus planos de saúde, aprovados nos respectivos conselhos de saúde. A aprovação de cada plano de assistência farmacêutica no Conselho de Saúde, por sua vez, correspondente à garantia da participação social no processo de planejamento (BRASIL, 2011b).

A definição de instrumentos de planejamento, tais como os Planos de Saúde e as Programações Anuais de Saúde, descritos na próxima seção, revela, desde a criação do SUS, a preocupação em institucionalizar o planejamento como componente fundamental de gestão. O caráter ascendente do planejamento, resgatado pelo Decreto nº 7.508/2011, mostra que a construção do Plano de Saúde deve ser concebida a partir das necessidades locais. Desta forma, o planejamento da assistência farmacêutica encontra-se contemplado nos respectivos Planos de Saúde, sendo condição indispensável para a construção de uma política nacional efetiva. São eixos norteadores para esta construção: a análise da situação epidemiológica, a organização da rede de atenção à saúde e a situação político-gerencial (VIEIRA, 2009).

Nesse contexto, somente por meio do planejamento integrado em saúde é possível ofertar uma atenção contínua e resolutiva à população e possibilitar que a assistência farmacêutica se consolide como um sistema fundamental às redes de atenção no SUS.

3.3 Planejamento Estratégico Situacional (PES): Um modelo metodológico aplicável

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) vem sendo utilizado pelas empresas privadas e, felizmente, também por muitas organizações públicas, com o objetivo de produzir ganhos de eficiência e melhores resultados. Em que pese a diferença nas características desses resultados pretendidos, decorrente da diferença na natureza jurídica da organização – pública ou privada – existe um ponto em comum: cada vez mais a sociedade exige das organizações melhores resultados, em uma lógica de se produzir mais (e com qualidade) por unidade de custo, originando o *slogan* “fazer mais com menos”.

O PES tem demonstrado ser uma importante ferramenta disponibilizada aos gestores públicos e privados, contribuindo para o êxito de suas organizações. De maneira geral, são várias as definições para “planejamento estratégico”. Porém, conforme bem referido por alguns autores, antes dessa abordagem conceitual definindo o que ele é, faz-se necessário ter clareza sobre o que ele não é. Assim, ele não é uma ferramenta para previsão de futuro, mas sim uma ferramenta que auxilia as organizações, os países e também as pessoas, a formularem e caminharem – com mais chance de êxito – rumo a um cenário futuro desejado. Não trata apenas das decisões sobre o futuro, mas também questiona qual é o futuro dessas

decisões do momento presente. Enfim, ele representa o contraponto ao improvável, mas não elimina o risco. Diferente disso, ele trabalha com a lógica de que os riscos assumidos sejam os riscos certos e que sejam minimizados.

Vale lembrar que os ambientes em que se inserem as organizações contemplam uma diversidade de interesses políticos, econômicos, sociais e culturais. Essa realidade também se reflete em uma diversidade de interesses e objetivos entre os muitos atores, que acabam por entrar em conflito ou cooperação entre si, em função dos seus objetivos. Ou seja, o ator, ao jogar ou interagir com outros atores, utiliza todos os seus recursos para atingir seu objetivo.

Um ator frente a um problema de saúde pública, por exemplo, não aplicará somente o instrumental fornecido pela medicina para enfrentá-lo. Esse tipo de problema também envolve aspectos políticos, econômicos e gerenciais que não devem ser esquecidos ou negligenciados (MATUS, 1996a).

A existência organizada dessa variedade de interesses é que permite falar em jogo social. Admitir a existência desse “jogo” é admitir, também, a existência de vários atores, com diferentes interesses e objetivos e com diferentes maneiras de explicar a realidade, seja pela diversidade de pontos de vista, seja, simplesmente, pela divergência de interesses e objetivos. Assim, o jogo social é a interação entre atores que pensam e agem conforme seus diferentes objetivos e pontos de vista (MÜLLER, 1999).

Para o economista chileno Carlos Matus², o planejamento tradicional – denominado por ele como normativo – não fornece o instrumental necessário para que o ator participe deste jogo de maneira mais efetiva. O jogo social requer um tipo de planejamento que articule técnica com política; que estabeleça, coerentemente, as ações em face dos objetivos e dos meios para alcançá-los, formulando estratégias para lidar com outros atores (MATUS, 1996a).

Foi a procura por este tipo de planejamento que levou Matus a propor o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o qual é formado por quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Ao se considerar o PES, sistematizado por Matus, pode-se observar que ele diz respeito à gestão de governo e à arte de governar. Constitui um método de cálculo que precede a ação, devendo ser contínuo, evitando a inviabilização do plano e garantindo o alcance dos objetivos propostos (MATUS, 1996a).

Para Matus, o PES é multidimensional, pois contempla aspectos econômicos, políticos, sociais e cognitivos; além de considerar a existência do fator “incerteza”, na medida em que admite um conjunto complexo de variáveis em jogo, com

2. Carlos Matus, economista chileno, pós-graduado em Harvard, foi ministro e presidente do Banco Central chileno durante o governo Allende. Faleceu em dezembro 1999. Suas experiências no governo Allende e a violência sofrida em um dos campos de concentração chilenos da era Pinochet, o levaram a se indagar sobre a causa do fracasso do governo eleito democraticamente seguido de uma das mais violentas ditaduras da América Latina. Sua conclusão é simples: boas intenções não bastam, é preciso ter um instrumental para implantar, gerenciar e verificar se as intenções podem ser convertidas em ações tecnicamente eficazes e politicamente viáveis. Caso contrário, o desgaste político é inevitável o que, no limite, abre o caminho para o inferno da ineficiência e da ineficácia.

diferentes possibilidades de cenários (positivos e negativos). É pragmático, pois trabalha com o contexto explícito, real e parcialmente explicável, considerando a existência de outros atores sociais e sua capacidade de governança relativa e de interferir positivamente (ou não) no plano traçado. Além disso, o PES adota a flexibilidade como uma premissa, podendo ajustar seu plano de ação segundo as circunstâncias (MARIN *et al.*, 2003).

Assim, o PES constitui um instrumento gerencial que deve estar apoiado no conhecimento exato da realidade, das condições e das dificuldades existentes, compreendidas e adequadas para as peculiaridades de cada caso, de cada contexto. Planejar significa, portanto, orientar a ação do presente para que se possa organizar e estruturar um conjunto de atividades, conforme critérios previamente estabelecidos, visando modificar para melhor uma dada realidade (MATUS, 1996b).

Vale ressaltar que, apesar de sua grande importância, o PES é um conjunto de ferramentas que, isoladas, são insuficientes. Porém, quando associadas e complementadas por um planejamento tático e operacional, consiste em importante instrumento para implementar uma gestão estratégica da organização.

Portanto, planejar de maneira estratégica não significa prever e garantir o futuro desejado, mas sim, ampliar, significativamente, as chances de alcançá-lo ou de se aproximar dele. Pode-se afirmar que, quando se planeja, estrategicamente, têm-se pelo menos duas certezas: a primeira é que resultados alcançados não serão exatamente aqueles pretendidos; e a segunda é que, certamente, esses resultados serão muito melhores do que aqueles que, provavelmente, seriam obtidos na ausência do planejamento.

Assim, verifica-se que o PES pode ser aplicado a qualquer tipo de organização (privada e pública) que demande um objetivo e que pretenda uma mudança situacional futura. Sabe-se que, no cotidiano da gestão, há necessidade de improvisar em algumas situações, todavia, isso deve ser uma exceção à regra, também na gestão da assistência farmacêutica.

Outro aspecto importante é identificar, em cada instituição, quem tem a capacidade de decisão e responsabilidade para conduzir as políticas públicas na área da assistência farmacêutica. São esses atores que devem, obrigatoriamente, envolver-se, com mais afinco, no planejamento, entendendo-se que a atividade de coordenação e gerenciamento, é indissociável do planejamento. Essa visão, por sua vez, define uma clara opção por um tipo de gestão que busca maximizar suas chances de êxito.

3.3.1 PES: da teoria à prática

Diante da complexidade e dos desafios enfrentados pelos gestores da área da assistência farmacêutica, é importante desmistificar o senso comum que, muitas ve-

zes, alimenta o pré-conceito de que “a teoria na prática é outra”; ou que “planejar é uma coisa, fazer é outra”. Ressalte-se que isso, além de não ser correto, ainda acaba por “justificar” o velho *modus operandi* de muitos gestores, que ancoram sua administração no improviso, na falta de metas claras, de monitoramento, de cumprimento de prazos e de foco em resultados concretos e mensurados para os usuários.

Ao contrário disso, algumas experiências exitosas na saúde pública, inclusive na Assistência Farmacêutica, têm demonstrado a aplicabilidade real e a importância do PES na produção de bons resultados e casos de sucesso. Trata-se de uma área do sistema de saúde em que os gestores precisam organizar e estruturar serviços eficientes e eficazes, tanto no nível operacional como no intermediário e estratégico da gestão, sempre integrados e coerentes com a Política de Saúde vigente.

Há uma multiplicidade de ações e desafios a serem planejados e gerenciados na assistência farmacêutica, que congrega atividades logísticas, assistenciais, educativas, administrativas e políticas. Afinal, a realidade brasileira tem demonstrado que, apesar dos avanços verificados nessa área (no SUS), desde a segunda metade da década de 90, ainda permanecem grandes desafios, conforme relatado anteriormente.

Acrescente-se a isso o fato de que os recursos são limitados e escassos. É nesse contexto, portanto, que os procedimentos metodológicos e as técnicas do PES são muito úteis na gestão da assistência farmacêutica. Como considera, em cada caso, a existência e importância de outros atores, assim como as várias dimensões, inclusive a dimensão política local, o PES garante a existência de uma ligação direta entre o planejar e o fazer; entre a teoria e a prática; entre o ambiente acadêmico e o mundo real de cada gestor.

Concretamente, problemas relacionados com os vazios assistenciais, as dificuldades de aquisição, a falta recorrente de medicamentos, gastos e desperdícios evitáveis, o armazenamento inadequado, uso não racional de medicamentos entre outros, podem (e devem) ser objetos tratados com as ferramentas e a metodologia do PES.

Segundo Marin e colaboradores (2003), de maneira geral, o PES permite:

- Definir um modelo de gestão adequado;
- Mapear o perfil epidemiológico e realizar o diagnóstico situacional;
- Planejar a assistência farmacêutica;
- Envolver e mobilizar os diferentes atores-chave para que o Plano tenha êxito;
- Identificar aliados e adversários, definindo as melhores estratégias a serem adotadas em cada caso;
- Construir cenários futuros e preparar-se, antecipadamente, para as situações que possam surgir;

- Organizar e estruturar as atividades do ciclo da assistência farmacêutica;
- Identificar os principais problemas e formular ações para intervenção;
- Identificar os pontos fortes do Plano (para reforçá-los) e os pontos fracos (para corrigi-los);
- Organizar os vários processos de trabalho, tornando-os mais eficientes;
- Produzir melhores resultados;
- Realizar diferentes estudos, como de utilização de medicamentos, farmacovigilância, farmacoeconômicos, de monitoramento e avaliação entre outros, que produzirão novos conhecimentos e informações que auxiliarão na tomada de decisões gerenciais;
- Construir e manter atualizados os indicadores que devem integrar um Sistema de Informações Gerenciais da Assistência Farmacêutica;
- Melhorar a gestão de pessoas; e, principalmente,
- Melhorar o acesso da população aos medicamentos e a seu uso racional.

O PES permite também a construção da missão e da visão da organização. A missão é o elemento que traduz as responsabilidades e pretensões da organização junto ao ambiente e define o negócio, delimitando o seu ambiente de atuação. Ela representa a razão de ser da organização, o papel dela na sociedade. A visão mostra uma imagem da organização no momento da realização de seus propósitos no futuro. Trata-se não de predizer o futuro, mas de assegurá-lo no presente. A visão de negócios cria um “estado de tensão” positivo entre o mundo como ele é e como os integrantes da organização gostariam que fosse (visão de futuro desejado). A visão de negócios associada a uma declaração de missão compõe a intenção estratégica da organização. Assim como o próprio planejamento, a definição de missão e visão não é definitiva, mas dinâmica e sujeita a mudanças e ajustes.

Conforme referido anteriormente, o PES é composto por quatro grandes passos ou fases, que podem ser recursivas e não lineares, mas que representam um sequenciamento lógico da elaboração teórica do PES. Objetivando facilitar e simplificar sua efetiva aplicação no cotidiano da gestão em assistência farmacêutica, propõe-se a associação à proposição do PES algumas ferramentas administrativas complementares, que, certamente, poderão contribuir com os gestores, como a análise de ambiente e ferramentas da qualidade.

3.3.2 Momento Explicativo: compreendendo sua realidade

Para os gestores, a análise correta do contexto e do ambiente em que eles se encontram inseridos é de grande utilidade. Seu objetivo é transformar problemas mais complexos e de menor governabilidade em problemas menos complexos e de maior governabilidade.

Partindo da premissa que a realidade dos gestores é composta de problemas, oportunidades e ameaças, primeiramente recomenda-se aplicar a técnica que analisa o ambiente, pela combinação das forças e fraquezas do ambiente interno da organização, com as oportunidades e ameaças do ambiente externo (*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats - SWOT*). Isso lhes permitirá uma análise estratégica e sistêmica do todo, disponibilizando-lhes uma espécie de bússola gestora.

Para saber o passo a passo de uma Análise SWOT, existem, disponíveis na internet, inúmeros artigos e manuais com orientações, didáticos e de fácil compreensão.

Ainda nessa primeira fase do PES, a identificação e a priorização dos problemas existentes é de grande utilidade. Para isso, algumas ferramentas são bastante úteis e de fácil aplicação, entre as quais destacam-se as ferramentas identificadas como da Gestão pela Qualidade Total, que vêm sendo amplamente utilizadas no planejamento e na gestão em saúde.

Muitos autores, inclusive, defendem que a Gestão pela Qualidade Total constitui uma estratégia administrativa e deve estar alinhada à estratégia de negócio da organização, seja ela pública ou privada. Mas, para a obtenção de bons resultados, estudiosos desse tema também chamam a atenção para o fato de que se faz necessário que esse sistema de gestão pela qualidade esteja afinado com as necessidades do público-alvo, assim como com a escolha da metodologia mais adequada a ser utilizada em cada caso.

Também apontam que não basta conhecer as ferramentas, é fundamental que os gestores saibam em que situação e quando devem utilizar cada uma. Outro aspecto importante, que merece destaque, é que o uso dessas ferramentas dissociado de uma cultura institucional adequada, voltada para a melhoria contínua e permanente dos processos de trabalho, que seja internalizada pela maioria dos integrantes da organização, não costumam produzir resultados duradouros. Para Kaoru Ishikawa (1997), a qualidade é uma revolução da própria filosofia administrativa, exigindo uma mudança de mentalidade de todos os integrantes da organização, principalmente dos gestores dos níveis hierárquicos mais elevados.

Informações detalhadas sobre ferramentas da qualidade, inclusive as orientações sobre o passo a passo e sua aplicabilidade, estão disponíveis em inúmeros artigos e manuais, de fácil compreensão, acessíveis pela internet.

No caso específico da identificação dos problemas – também chamados de nós críticos – e das respectivas propostas de solução, isso pode ser feito utilizando-se a técnica denominada *Brainstorming*, traduzido como “tempestade cerebral”.

A *Brainstorming*, a mais conhecida das técnicas de geração de ideias, foi, originalmente, desenvolvida por Osborn, em 1938, e caracteriza-se por ser uma técnica de ideias realizada em grupo, formado por colaboradores da equipe, que envolve a contribuição espontânea de todos os participantes selecionados.

O clima de envolvimento e motivação gerado pela *Brainstorming* assegura melhor qualidade nas decisões tomadas pelo grupo, maior comprometimento com a ação e um sentimento de responsabilidade compartilhado por todos.

Entende-se como problema, no âmbito da assistência farmacêutica, um resultado indesejado ou um desafio a superar. Como resultado ruim, pode-se citar, por exemplo, os elevados índices de falta de medicamentos. Como desafio, normalmente, considera-se aquilo que não se caracteriza como um resultado indesejado, mas como algo necessário e importante, mas que não se tem, como, por exemplo, a falta de uma estrutura adequada para armazenamento e conservação dos medicamentos ou também a falta de farmacêutico.

Dessa forma, em gestão, tanto os resultados indesejados como os desafios a serem superados possuem uma conotação semelhante e podem ser relacionados como problemas a serem gerenciados e resolvidos. Para melhor formular e implementar as ações necessárias à resolução ou minimização dos problemas, faz-se importante a priorização desses problemas, assim como a compreensão sobre quais são suas causas determinantes.

Nesse sentido, também, encontram-se disponíveis ferramentas eficientes e de fácil utilização, como o Diagrama de Pareto, que ordena as frequências das ocorrências, da maior para a menor, permitindo a priorização dos problemas, procurando levar a cabo o princípio de Pareto – 80% das consequências advêm de 20% das causas –, isto é, há muitos problemas sem importância diante de outros mais graves. Sua maior utilidade é a de permitir uma fácil visualização e identificação das causas ou problemas mais relevantes, possibilitando a concentração de esforços sobre os mesmos.

Outra ferramenta muito utilizada na priorização é a denominada GUT, que permite uma análise da situação sobre três ângulos: Gravidade, Urgência e Tendência. O GUT é uma ferramenta usada para definir prioridades sempre que se houver diversas opções, seja de problemas ou de ações. Basicamente, essa ferramenta busca auxiliar os gestores na obtenção de respostas racionais a duas questões centrais:

- O que deve fazer primeiro?
- Por onde deve começar?

Para responder a essas questões, a ferramenta GUT leva em consideração os três ângulos citados anteriormente, conforme se esclarece:

- Por Gravidade deve-se considerar a intensidade e profundidade dos danos que o problema pode causar se não se atuar sobre ele;
- Por Urgência deve-se considerar o tempo para a eclosão dos danos ou resultados indesejáveis se não se atuar sobre o problema;
- Por Tendência deve-se considerar o desenvolvimento que o problema terá na ausência de ação.

Sabendo-se que existem vários problemas a serem enfrentados, que são muitas as ações gerenciais necessárias e que o tempo é um recurso escasso, há que se perguntar: quais são as prioridades? Quais atividades devem ser executadas primeiro? Por quê? A ferramenta busca oferecer respostas a essas questões.

Feita a priorização, o passo seguinte é a análise e o mapeamento sobre a rede de causalidade dos problemas. Esta, por sua vez, constitui uma etapa fundamental para o êxito do plano a ser formulado e implementado, visto que um entendimento equivocado levará os gestores à implementação de ações que não produzirão o impacto necessário para a resolução e superação dos problemas. Ao contrário, tomar a decisão errada ou resolver de maneira pouco eficiente pode ter um alto risco e um final bastante desastroso para a organização e para os usuários.

Para contribuir nesses casos, Kaoru Ishikawa criou o diagrama de causa e efeito, uma das ferramentas da qualidade mais utilizada pelas organizações do mundo todo. Esse diagrama, que também é conhecido como Espinha de peixe, foi proposto por Ishikawa na década de 60, e pode ser aplicado em qualquer tipo de problema organizacional.

O diagrama de causa e efeito é construído a partir de um “problema”, considerando o “efeito” do diagrama. A partir de então, são identificadas todas as causas e os fatores que, potencialmente, influenciam o problema, de maneira a determinar a verdadeira origem do mesmo, correlacionando-o com a(s) causa(s) última(s).

Isso pode ser feito individualmente, mas é recomendado que seja feito de modo participativo e utilizando, novamente, a ferramenta do *brainstorming*, pois isso favorece uma exploração sistemática mais adequada da situação e dos diversos aspectos do problema pelo grupo, produzindo resultados mais eficazes e eficientes. Afinal, ninguém melhor para identificar a rede de causalidade do que as pessoas que estão diretamente ligadas aos problemas.

Essas informações, sistematizadas e organizadas no formato de uma espinha de peixe, facilitam a visualização, a relação entre todas as causas e a compreensão sobre os processos de trabalho e o que deve ser feito para que o problema seja resolvido (ISHIKAWA, 1997).

3.3.3 Momento Normativo: formulando o plano

Nesta fase, após a identificação, seleção e priorização de problemas, bem como a partir da análise e do debate sobre suas causas e efeitos, o gestor e sua equipe já estão em condições de definir o conjunto de ações ou operações necessárias para enfrentar as causas fundamentais dos problemas. Essa é a hora de formular e definir o conteúdo do plano.

Ao pensar os projetos, as atividades e ações para solucionar cada problema, é fundamental discutir e definir, claramente, os objetivos e resultados que se esperam de cada projeto ou ação, sempre identificando os recursos necessários e construindo, antecipadamente, possíveis cenários em que o plano será implementado, visto que a incerteza é uma variável que deve sempre ser considerada no plano (MATUS, 1996a).

Nesse sentido, por meio dessa concepção, os resultados a serem obtidos não dependerão somente de um bom plano, mas de uma série de circunstâncias, recursos e movimentação dos atores, envolvendo componentes técnicos, políticos, econômicos e culturais, que não são governados completamente pelos gestores da assistência farmacêutica.

Daí a necessidade de se trabalhar com a técnica de cenários, isto é, com vários planos que preparam o gestor para atuar em distintas circunstâncias, fundamentando a necessidade de um Momento Estratégico, apresentado a seguir.

3.3.4 Momento Estratégico

Este é um momento importante do plano, pois é nessa fase que se considera e analisa a correlação de todas as variáveis envolvidas em cada contexto, na medida em que são fundamentais para a obtenção dos resultados objetivados. Portanto, pela ótica do PES, analisar os atores sociais envolvidos, seus interesses, suas motivações e poder em cada um dos projetos previstos e cenários imaginados, definir a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecer um programa direcional para o plano e construir viabilidade estratégica para atingir os objetivos são determinantes para maximizar as chances de êxito do plano.

Em uma entrevista a Huertas (1996), Carlos Matus fez distinção entre os dois tipos de planejamento (Tradicional x PES), baseado na necessidade de considerar os aspectos técnicos e políticos de uma determinada ação.

O planejamento tradicional ignora esse tema ou o aborda como se se tratasse de uma consulta política entre a equipe técnica de planejamento e a direção política do governo. Assume-se que o técnico pergunta ao político se o plano que concebe é viável, e o político responde definindo o marco da viabilidade política do plano. [...] Naturalmente,

esse diálogo entre o técnico e o político, se é que chega a realizar-se com alguma sistematicidade e algum rigor, não resolve o problema, nem na teoria nem na prática. [...] Por duas razões. Primeiro, porque a consulta refere-se ao futuro, ao período de governo, não ao presente, e, portanto, a resposta requer algum método de exploração do futuro incerto. Segundo, porque uma consulta tem sentido quando uma das partes tem a resposta, mas nesse caso cada parte tem uma parte da resposta, como duas peças de um enigma que ninguém pode resolver separadamente. É necessário juntar a ação técnica com suas consequências políticas, e a ação política com suas consequências técnicas. (HUERTAS, p. 69, apud MÜLLER, 1999).

Assim, estabelecer as decisões articulando seus aspectos técnicos e políticos, escolher as que ofereçam maior viabilidade e eficácia, de acordo com o momento do jogo, e selecionar uma delas, é o papel da estratégia (MATUS, 1996b). Este é o terceiro momento do PES, o momento de montagem da estratégia.

A análise de viabilidade política permite examinar que recursos são escassos, qual oponente pode dificultar o desempenho da ação e se existe incoerência entre a decisão tomada e o produto esperado. A estratégia é usada para construir a viabilidade política. Quem tem maior competência para analisar cada contexto, cenários, atores e formular as melhores estratégias para viabilizar a máxima eficácia do seu plano, é o próprio gestor e sua equipe (MATUS, 1996b).

3.3.5 Momento Tático-Operacional

Este último é, provavelmente, o momento mais importante de todos, na medida em que é o momento de implementação, de tomada de decisões com repercussão concreta e mais imediata, de, finalmente, agir sobre a realidade estudada. É nessa fase que, por exemplo, deve ser discutido o modelo de gestão do setor de assistência farmacêutica e sobre até que ponto ele está estruturado para sustentar o plano e executar as estratégias propostas. É o momento de identificar as necessidades e de adequar a estrutura e os processos de trabalho, para que todos os projetos e as ações previstos possam ser implementados.

Para um bom mapeamento, uma boa modelagem, compreensão e um bom aprimoramento nos diferentes processos internos de trabalho do setor da assistência farmacêutica e naqueles com os quais se tenha interface no Ministério e nas secretarias de saúde, pode-se utilizar a ferramenta da qualidade denominada Fluxograma. Trata-se de uma representação gráfica de um determinado processo ou fluxo de trabalho, efetuada, geralmente, com recurso de figuras geométricas normalizadas e interligadas em um sequenciamento lógico.

Por meio dessa representação gráfica, é possível compreender, de forma rápida e fácil, todas as etapas dos principais processos de trabalho. Isso possibilita

maior otimização e racionalização das etapas, assim como maior organização e eficiência na execução de todas as atividades, pelos diferentes responsáveis, cujos trabalhos se complementam.

Para garantir uma resposta positiva será preciso acompanhar tudo detalhadamente e monitorar não só o andamento das ações propostas, mas também a situação dos problemas e a provável evolução (ou não), a superação e resolução dos mesmos. Nesse sentido, para melhor subsidiar o gerenciamento, recomenda-se que todas as atividades e ações afins sejam sistematizadas e organizadas em projetos e subprojetos. Estes, por sua vez, irão compor uma carteira de projetos prioritários, com objetivos e metas bem definidos, responsáveis, com cronograma de execução, assim como com indicadores e mecanismos de monitoramento e avaliação permanentes.

Para sistematizar o plano de ação na forma de projetos mais simplificados, recomenda-se uma ferramenta muito utilizada em gestão pela qualidade, denominada *5W2H*. Trata-se de uma tabela que permite sistematizar as principais operações planejadas, organizando-as de tal forma que facilite a visão do conjunto, bem como o gerenciamento e o monitoramento. As iniciais dos nomes (em inglês) das diretrizes utilizadas neste processo, dão origem ao nome desta ferramenta - *5W2H*.

- **What** – O que será feito (etapas)
- **Why** – Por que será feito (justificativa)
- **Where** – Onde será feito (local)
- **When** – Quando será feito (tempo)
- **Who** – Por quem será feito (responsabilidade)
- **How** – Como será feito (método)
- **How much** – Quanto custará fazer (custo)

Para melhor aplicabilidade, essas informações podem ser organizadas em um quadro, conforme modelo a seguir:

Projeto ou Atividade:

AÇÃO	JUSTIFICATIVA	LOCAL	PRAZO	RESPONSÁVEL	COMO	CUSTO
1.						
2.						

O *5W2H*, dessa forma, funciona como um mapeamento de todas as ações identificadas como necessárias pela equipe, para o enfrentamento e a superação dos problemas priorizados. Assim, ficará estabelecido o que será feito, quem fará o quê, em qual prazo, em qual área da secretaria, qual a necessidade, como será feita e quanto cada ação custará aos cofres.

Ou seja, tendo como norteador principal o foco no cidadão e, portanto, no atendimento às suas principais necessidades em saúde, e também considerando que os recursos disponíveis são limitados, há que se estabelecer prioridades no uso desta metodologia. De maneira geral, o PES constitui-se um método que tem boa aplicabilidade, apresentando bons resultados no setor público, inclusive na área da assistência farmacêutica, onde problemas verdadeiramente complexos e mal estruturados compõem o cenário dominante.

Todavia, cabe destacar, ainda, algumas considerações e recomendações importantes sobre o PES: a boa aplicabilidade, normalmente, depende da qualidade do facilitador ou monitor que conduz o uso das técnicas e ferramentas necessárias; é um sistema metodológico impactante, mas também complexo e que mobiliza compromissos coletivos; só é eficaz se a alta direção comprometer-se com a efetivação de todas as atividades previstas; e não deve ser usado para solução de problemas mais simples ou rotinas administrativas de baixo conflito, pois não se justifica em termos de custo-benefício.

Para aprofundamento da metodologia e conhecimento do passo a passo do PES, recomenda-se a leitura de Matus (1996a) e Matus (1996b), que se encontra descrita ao final deste capítulo.

Enfim, é preciso que o Ministério e as secretarias de saúde, de maneira compartilhada, repensem seu modelo de planejamento, assim como os passos a serem seguidos e as corresponsabilidades no curto, médio e longo prazos. Que sejam disponibilizados recursos suficientes e que se estabeleçam prazos para sua realização, com definição adequada de papéis de cada ente gestor. E, ainda, que haja monitoramento intensivo das ações, com mensuração dos resultados, correlacionando-os com os objetivos e as metas traçados, que precisam ir muito além da questão logística que envolve o medicamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 28 de dezembro de 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 19 de setembro 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 06 nov. 1996. Seção1, p. 22932-22940. v. 134, n. 216, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 40 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, de 06 de maio de 2004. 3 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 4 dez. 2006b. Seção 1, p. 39-40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 29 dezembro 2006c. Seção 1, p. 608.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

BRASIL. Decreto nº 7.508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 28 de junho de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 1. Estabelece diretrizes gerais para a instituição das Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 29 de setembro de 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Programação Anual de Saúde (PAS) 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 5. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 19 de junho de 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 271. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 27 de fevereiro de 2013c.

CFE. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Comissão de Saúde Pública; Conselho Regional de Farmácia do Paraná. Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. A assistência farmacêutica no SUS. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2011. 60 p.

ISHIKAWA, K. Controle de qualidade total à maneira japonesa. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. Assistência Farmacêutica no Brasil: um componente essencial do sistema de atenção à saúde. Cadernos CONASS. Brasília: CONASS, Caderno n. 7, julho de 2001.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. A Política de Fármacos eleva a Política de Saúde. In: NEGRI, B. & VIANA, A.L.D. (Orgs.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 353-387.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. 373 p.

MATUS, C. Adeus, senhor Presidente. Governantes governados. São Paulo: Edições Fundap, 1996a.

MATUS, C. Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. São Paulo: Edições Fundap, 1996b.

MÜLLER, G. (Org.). Jogo Social e Governo. São Paulo: FUNDAP/Egap, 1999.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. Rev. Saúde Pública, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.

VEBER, A. P.; DIEHL, E.; LEITE, S. N.; PROSPERO, E. N. S. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. Braz. J. Pharm. Sci., v. 47, n. 1, p. 75-80, 2011.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Rev. Panam. Salud Publica, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 14, p. 1565-77, 2009.

Capítulo 4

Planejamento estratégico aplicado à assistência farmacêutica

Gestão da assistência farmacêutica no SUS: uma abordagem estratégica e orientada para resultados

Silvio César Machado-dos-Santos

Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento (colaboradora)

4.1 Aspectos teóricos e conceituais da gestão em saúde

A maioria dos profissionais que atua no setor saúde tem uma formação mais tecnicista, voltada para o desempenho de ações que, direta ou indiretamente, relacionam-se com o cuidado aos usuários. Esses cuidados – assistenciais, preventivos e promotores da saúde – acontecem por meio de organizações públicas e privadas que compõem o sistema de saúde. Esse sistema, por sua vez, precisa de boa gestão dos recursos disponíveis (pessoas, materiais, financeiros, tecnológicos e cognitivos) para que os bens e serviços que integram os referidos cuidados sejam produzidos com eficiência, qualidade e a custos razoáveis, com benefícios para a coletividade. Todavia, em que pese a importância dessa competência administrativa para os sistemas de saúde, esta é uma área da formação relativamente subvalorizada pelas Instituições de Ensino Superior e pelos próprios profissionais de saúde.

Essa realidade também é verificada em relação aos farmacêuticos. Quando se analisam as matrizes curriculares dos cursos de graduação, observa-se carga horária quase insignificante destinada à gestão e, com isso, pouco preparo desse profissional para atuar em atividades de administração.

Por outro lado, em termos de sistema de saúde, a ênfase na gestão não pode significar uma hipertrofia da área meio (administrativa) e, com isso, uma inversão do negócio principal do SUS, qual seja a área finalística com foco no cidadão. Encontrar o equilíbrio entre esses saberes e competências complementares – técnica e administrativa – contribui para a maior eficiência do sistema e, por conseguinte, para o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos. Felizmente, pode-se observar que, nos últimos 20 anos, tem se dado mais importância ao papel que os profissionais da gestão possuem. Isso é percebido pelo incremento significativo no volume de cursos de pós-graduação voltados para essa área, ofertados pelas instituições públicas e privadas.

Administrar é percebido como a arte de pensar, de tomar decisões e de agir eficientemente. Assim, gerenciar bem é uma arte, mas não é pura arte. Diversos

autores apontam que, além de características inatas, o gerenciamento também envolve muitas habilidades, conhecimentos técnicos, atitudes e o uso de ferramentas adequadas que podem ser objeto de apropriação e desenvolvimento por meio de processos de ensino e aprendizagem.

Primeiramente, é preciso que se compreendam os aspectos conceituais que envolvem as teorias organizacionais e de gestão. Conforme pode se perceber, foram utilizados, no texto até aqui desenvolvido, os termos “gestão, administração e gerenciamento” como sinônimos em diferentes situações. Assim foi feito porque, de fato, o são, quando se analisa a questão sob o prisma etimológico. Conforme Marin e colaboradores (2003), essas três palavras têm o mesmo significado conceitual.

De maneira geral, o trabalho que se traduz pela combinação de pessoas, recursos materiais, financeiros e tecnologias para a produção de bens e serviços destinados ao alcance dos objetivos propostos, dentre eles satisfazer as necessidades e os desejos das pessoas, é denominado “administração” (MARIN *et al.*, 2003). Essa atividade é, em síntese, constituída por um processo pelo qual se compreendem os objetivos da organização e, então, age-se com planejamento, organização, direção e controle do trabalho desenvolvido em todas as áreas e níveis organizacionais. Por meio dessa coordenação de esforços e uso de recursos, busca-se alcançar os referidos objetivos e metas (CHIAVENATO, 2014).

A diferente forma de aplicação e uso de uma ou outra terminologia depende menos de aspectos conceituais e mais do contexto, dos arranjos organizacionais, das convenções e dos significados próprios em cada setor. No SUS, por exemplo, convencionou-se adotar esses conceitos conforme incorporados pela Norma Operacional Básica – NOB/SUS de 1996, que descreve o “gerenciamento” 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, essa mesma norma adota como “gestão” 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. Por essa norma, portanto, são considerados 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). O fundamental dessa análise teórico-conceitual é que, ao fim e ao cabo, todos exercem a função de administradores e precisam se qualificar para buscarem a máxima eficiência e eficácia nessa atividade, em todos os níveis hierárquicos e nos diversos tipos de organizações, tanto privadas como públicas.

Em termos legais, de acordo com Di Pietro (2012), o conceito de administração pública divide-se em duas vertentes: em sentido objetivo, pode ser definida como a atividade concreta e imediata que o Estado desenvolve, sob regime jurídico de direito público, para a consecução dos interesses coletivos; em sentido

subjetivo, pode-se defini-la como um conjunto de órgãos e de pessoas jurídicas aos quais a lei atribui o exercício da função administrativa do Estado. Dessa forma, administração pública, em sentido material, significa administrar os interesses da coletividade; e, em sentido formal, é o conjunto de entidades, órgãos e agentes que executam a função administrativa do Estado.

4.1.1 Principais desafios para os gestores no SUS

O SUS possui dificuldades que são, naturalmente, intrínsecas ao próprio sistema de saúde. Elas são representadas pelas características específicas das demandas e necessidades dos usuários e, por consequência, dos bens e serviços a serem produzidos para satisfazê-las. São demandas decorrentes das conhecidas transições demográfica, epidemiológica e nutricional, que trouxeram grandes mudanças no perfil de morbimortalidade da população. No caso brasileiro, ainda com a particularidade de uma transição epidemiológica prolongada e a superposição de doenças, coexistindo aquelas transmissíveis – dengue, malária, hanseníase, tuberculose – com as não transmissíveis – como as cardíacas e cerebrovasculares, as neoplasias e os transtornos mentais.

Essa realidade sobrecarrega o sistema de saúde com demandas e necessidades complexas, pois envolvem dimensões biofísicas, culturais, sociais, econômicas, geográficas, estruturais e organizacionais. Os serviços a serem ofertados, portanto, precisam variar, inclusive, em função do tipo de clientela (idade, gênero), do tipo de problema (agudo ou crônico), das representações sociais da saúde, da doença e da morte (DUSSAULT, 1992).

Em paralelo a esses aspectos intrínsecos do sistema de saúde, coexistem também as características peculiares das organizações de saúde que, à luz do modelo de Mintzberg (1995), são denominadas “organizações profissionais”. Nesse tipo de organização, o trabalho de produção de bens e serviços exige qualificações de alto nível e não se enquadra bem às ferramentas gerenciais da normalização e formalização. O mecanismo dominante de coordenação é a padronização das qualificações: o saber e as habilidades são formalizados por meio do processo de formação, e as normas são definidas pelas associações profissionais. Porém, por causa da complexidade e da variabilidade do trabalho, os profissionais conservam muita discricção nas decisões relativas ao tipo e à maneira de produzir os serviços.

Nesse contexto, o papel dos gerentes, da tecnoestrutura e também do *locus* de tomada de decisão fica limitado, como, por exemplo, em relação à predominância do poder médico e da autonomia de trabalho deste, que, muitas vezes, levam à realização de procedimentos clínicos diferentes daqueles padronizados em protocolos elaborados e referendados pela alta direção. Isso ocorre mesmo quando esses protocolos são elaborados com fundamentação em evidências científicas e em prioridades epidemiológicas definidas pelos gestores.

A dinâmica das mudanças tecnológicas é intensa e, ao contrário de outras áreas, no setor saúde essas mudanças ocasionam aumento dos custos. As escolhas feitas pelos profissionais de saúde, em relação às condutas e ao uso dos recursos de apoio diagnóstico e terapêuticos, por exemplo, são autônomas e difusas. De maneira inversa, a governança dos gestores é restrita e limitada. Tem-se, então, uma conjuntura sujeita a manipulações pelos agentes do mercado, conforme seus próprios interesses. Por isso, é possível inferir que, nem sempre, as escolhas e condutas são as mais custo-efetivas, pois podem não estar correlacionadas com a real necessidade sanitária dos usuários, ou com a melhor opção científica, nem com o interesse público.

Por outro lado, há aspectos individuais que precisam ser considerados e respeitados, seja pela variabilidade biológica dos usuários e/ou pela diversidade dos recursos e estrutura existentes para o manejo clínico de cada situação. Nesse sentido, até certo ponto, cada problema é único e, mesmo alguns casos aparentemente simples, pode representar situações de risco. Por isso, justamente, os serviços de saúde precisam de normas e protocolos, mas, ao mesmo tempo, não podem ficar formalizados demais. Os profissionais que executam os serviços precisam seguir os procedimentos planejados para o coletivo, mas também precisam de autonomia para as situações de exceção à regra, atendendo as necessidades específicas e individuais que muitos casos requerem.

Acrescente-se a isso os grandes desafios constitucionais da busca pela universalidade e integralidade na atenção, num contexto de insuficiência dos recursos financeiros disponibilizados para seu financiamento. No caminho dos gestores e gerentes das organizações do SUS, nas três esferas, existem desafios permanentes e diários, representados por um grande rol de exigências e amarras legais e burocráticas, inerentes à administração pública, que visam proteger o erário público, mas que também comprometem, significativamente, a celeridade e o princípio da eficiência. Isso tudo no contexto de um Sistema que é “Único” em sua concepção, mas fragmentado em sua coordenação e operacionalização, devido ao arranjo federativo brasileiro e às dezenas de milhares de gestores, gerentes e pontos de atenção.

Além do grande desafio de ampliar, expressivamente, os recursos destinados ao financiamento do SUS – que tem sido objeto de mobilização nacional de gestores, entidades e instituições –, também é importante que se considere a importância da melhoria na eficiência da aplicação desses limitados recursos. Com essa preocupação, diversos autores afirmam, por meio de estudos avaliativos, que somente o aumento dos recursos financeiros destinados ao SUS – isolado de melhorias na eficiência gestora – não garantem, por si, nem a ampliação nem a melhoria da qualidade dos serviços ofertados. Concluem, esses estudiosos, que um maior volume de recursos administrados ou utilizados de maneira ineficiente resultaria no aumento dos custos para o sistema, sem a correspondente melhoria do impac-

to sanitário e social dos serviços para o usuário final. Ou seja, há que implementar o binômio: “ampliação dos recursos” com “melhoria da eficiência na gestão”.

Tem-se, então, que a realidade atual pressiona, fortemente, os gestores e gerentes que atuam no SUS, inclusive na assistência farmacêutica, no sentido de produzirem cada vez mais bens e serviços, com menos gastos relativos e, ainda, com adequada qualidade. Tudo isso, num contexto de escassez de recursos, demandas crescentes, limitada governança sobre os diferentes processos de trabalho e atores envolvidos, elevada complexidade intrínseca do sistema e excesso de amarras burocrático-legais. Por essa razão, os gestores têm buscado repensar os modelos organizacionais existentes em suas respectivas realidades, assim como os modelos e as alternativas de gestão, objetivando superar esses desafios e obter ganhos de eficiência e eficácia.

4.1.2 Instâncias de gestão do SUS e a busca por novas alternativas gerenciais

Encontram-se bem definidos os papéis e as responsabilidades dos gestores nos três níveis de governo para a gestão do SUS. Também está definido no seu arranjo organizacional, as instâncias de pactuação e gestão integradas, tendo em vista a divisão dos referidos papéis e das responsabilidades, assim como as corresponsabilidades regionais. São fóruns de negociação e pactuação do SUS: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada pelos gestores municipal, estadual e federal; a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta pelos gestores estadual e municipal; e as Comissões Intergestores Regionais (CIR). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade, cujo detalhamento encontra-se já, amplamente, registrado em normas e outras publicações específicas.

Todavia, em que pese a existência dessas instâncias para a gestão, impõem-se alguns grandes desafios, principalmente no campo da prestação de serviços, conforme descrito na seção anterior. Boa parte dessas dificuldades deve-se ao quadrinômio já referido, formado por: a) complexidades específicas e intrínsecas dos sistemas de saúde; b) características peculiares das organizações de serviços profissionais como as que integram o SUS; c) limitações legais, burocráticas e financeiras impostas aos administradores dos serviços públicos; d) sistema único em sua concepção, mas com coordenação e execução fragmentadas em sua operacionalização.

Diante disso, os gestores do SUS têm feito indagações como: que tipo de organização sistêmica é mais apropriada para produzir o impacto desejado sobre o nível de saúde de uma população? Que modelo de gerenciamento pode favorecer mais a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde? Como preparar os profissionais das secretarias e do Ministério para essas alternativas de gerenciamento? (BRASIL, 2009).

A necessidade de responder a essas questões e obter autonomia e maior flexibilidade para o enfrentamento dos desafios existentes na gestão do SUS tem levado à busca de novos modelos de gerência de estabelecimentos públicos de saúde. Por outro lado, as alternativas analisadas e tentadas precisam estar bem fundamentadas e sempre correlacionadas com resultados eficazes e concretos. Nesse contexto, a distinção do uso das terminologias “gestão” e “gerenciamento” tornou-se necessária devido ao processo de descentralização do SUS, levando ao entendimento consensuado de que a função de gestão é, exclusivamente, pública e, por isso, não pode ser transferida nem delegada. Já o gerenciamento pode ser público ou privado (BRASIL, 2009).

Assim, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realizou debates objetivando construir consensos sobre alternativas de gerenciamento de unidades públicas. Essa ação, por meio de seminários, resultou na construção do “CONASS Documenta 14” (BRASIL, 2008). Nessa publicação, são destacados os principais problemas de gerenciamento nas unidades públicas de saúde, apontados pelos gestores. Entre as dificuldades apontadas, algumas merecem destaque (BRASIL, 2009, p. 38-40):

- Dificuldades de contratação, principalmente para incorporar e/ou repor recursos humanos com agilidade, considerando as especificidades da área da Saúde Pública, como, por exemplo, para serviços de urgência/emergência.
- Dificuldades na reposição do estoque de insumos diversos e de manutenção de equipamentos de saúde.
- Deficiência no gerenciamento das unidades públicas que dificulta a adoção de mecanismos eficientes e resolutivos, que qualifiquem o cuidado e permitam o monitoramento e a avaliação dos resultados.
- Elevado custo de manutenção.
- Baixa produtividade.
- Falta de flexibilidade administrativa, especialmente em relação à gestão orçamentária/financeira, de recursos humanos e processo de compras.

As diferentes alternativas indicadas pelos secretários para enfrentar estes desafios e aprimorar o gerenciamento de unidades públicas de saúde foram:

- a) Organizações Sociais – OS
- b) Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP
- c) Consórcios públicos
- d) Fundações de Apoio Universitário
- e) Autarquias
- f) Fundação Estatal

É importante ressaltar que o êxito na adoção, pelas Secretarias ou Ministério da Saúde, de uma dessas alternativas para o gerenciamento de suas unidades próprias é fortemente dependente do desenvolvimento de novas competências internas, quais sejam: a de contratar, monitorar e controlar o gerenciamento realizado por outra organização (BRASIL, 2009).

4.1.3 A assistência farmacêutica no contexto da gestão do SUS

A mesma análise e compreensão dos aspectos teóricos e conceituais feitas para o sistema de saúde aplicam-se também à gestão e gerenciamento das diversas atividades da assistência farmacêutica. Nesse setor, assim como no SUS em geral, os desafios são muito grandes. A própria conceituação estabelecida na Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) e Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) deixa claro quais esses desafios, destacando-se: disponibilizar, para toda a população que necessitar, os cuidados farmacêuticos adequados com garantia de acesso integral, equânime e universal aos medicamentos essenciais, com segurança, eficácia e qualidade, assim como de seu uso racional.

Do mesmo modo que no caso do sistema de saúde, os desafios da gestão e do gerenciamento em assistência farmacêutica também se correlacionam com as características inerentes às organizações de serviços do “tipo profissional”; às complexidades intrínsecas das demandas e necessidades em saúde; às limitações burocráticas, legais e econômicas da administração pública, associadas à fragmentação na coordenação e operacionalização das diversas atividades que integram o ciclo da assistência farmacêutica nas três esferas de governo.

Ressalta-se que essa multicausalidade de problemas, agravados pela falta, em grande parte das secretarias, de um lugar institucional formal e apropriado para o gerenciamento da assistência farmacêutica, uma das áreas mais complexas para os gestores e gerentes, torna a gestão eficiente ainda mais difícil.

O referido lugar institucional responsável pelo gerenciamento dessa área complexa inexistente na estrutura formal, em grande parte das secretarias (estaduais e municipais), ou é inadequado em termos de equipe, estrutura e/ou posicionamento hierárquico.

Os resultados obtidos, em alguns casos de sucesso na gestão da assistência farmacêutica no SUS, demonstram que a existência de um lugar institucional destinado ao planejamento e gerenciamento das atividades inerentes à assistência farmacêutica, com adequado nível hierárquico, contribui sobremaneira para que os planos sejam executados a contento. Assim, pode-se inferir que, para um planejamento em assistência farmacêutica ter maiores chances de êxito, é fundamental que exista (ou seja criada), formalmente, uma Coordenação na estrutura organizacional da secretaria de saúde. Devido à já referida complexidade dos desafios existentes nessa área, também é de suma importância que essa coordena-

ção tenha uma inserção hierárquica bem próxima do gestor maior das secretarias, respeitando-se e adaptando-se às particularidades de cada instituição.

A existência de uma coordenação formalmente instituída não garante, por si só, o êxito do gerenciamento nessa área. Contudo, a inexistência dessa estrutura formal e adequada, por certo, praticamente elimina as chances de sucesso. Com ela, torna-se mais factível a realização do diagnóstico situacional – incluindo os aspectos epidemiológicos e estruturais existentes –, a identificação e priorização dos principais problemas, a formulação de projetos, assim como a sua implementação, monitoramento e avaliação.

Com frequência, também se observam irregularidades no suprimento, com baixos índices de cobertura de um lado e, por outro, com perdas significativas de medicamentos. Estudos avaliativos já demonstraram que a carência de farmacêuticos e as deficiências estruturais das farmácias e Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF), infelizmente, ainda são realidade em grande parte das secretarias (VIEIRA, 2008).

Esse contexto de desorganização e ineficiência impossibilita que o gestor efetive uma boa regulação sobre a prescrição e dispensação, em conformidade com os protocolos clínicos e, na sua ausência, com as melhores evidências científicas disponíveis, principalmente no caso de medicamentos de maior valor agregado, o que compromete o uso racional dos medicamentos. Compras feitas de maneira fragmentada, levando a preços pouco competitivos devido à baixa escala, existem em muitos municípios e estados. Outro agravante refere-se às farmácias públicas municipais e estaduais montadas em locais improvisados, sem condições de prestar atendimento humanizado e nem de garantir a conservação adequada dos medicamentos (VIEIRA, 2008).

Os gastos na aquisição de medicamentos são crescentes no SUS. Tanto o Ministério da Saúde, como as Secretarias Estaduais e Municipais têm investido recursos cada vez maiores para garantir a disponibilidade necessária dos medicamentos. Porém, há poucos dados sobre os resultados gerados por esses gastos, levando a questionamentos, como: Os medicamentos estão sendo selecionados e adquiridos de maneira eficiente no SUS? Os vazios assistenciais foram ou estão sendo eliminados? Esses gastos estão sendo alocados, considerando o princípio da equidade para viabilizar o acesso e atendimento prioritário da população menos favorecida e sem poder de pagamento? A prescrição e a dispensação contribuem para a qualidade do uso dos medicamentos? Os investimentos realizados impactam a resolutividade das ações de saúde? Com certeza, a resposta a essas questões dependem do processo de gestão e dos mecanismos de controle e avaliação.

Outro importante desafio que tem se apresentado aos gestores e gerentes da assistência farmacêutica é a judicialização do acesso aos medicamentos. Muitos estudos realizados nos últimos dez anos apontam que os vazios assistenciais, associa-

dos à ineficiência na logística de suprimentos, às preferências médicas por determinados medicamentos e às manipulações de atores de mercado frente à fragilidade dessa área nas Secretarias, estão entre as principais causas do grande aumento no número de ações e decisões judiciais para medicamentos no Brasil (CHIEFFI; BARATA, 2009; GANDIN *et al.*, 2011; NASCIMENTO, 2012; PEPE *et al.*, 2010).

Enfim, são inúmeros os exemplos concretos que ilustram os desafios e a complexidade que a área da assistência farmacêutica apresenta aos gestores e gerentes. Na Figura 1 a seguir, são apresentados, sinteticamente, os principais fatores determinantes, que devem ser administrados de maneira sistemática e eficiente a fim de contribuir para a superação dos referidos desafios e, por consequência, para o alcance de acesso equânime a medicamentos de qualidade e ao uso racional a todos os usuários que deles necessitarem, com atendimento humanizado.



Figura 1 - Componentes fundamentais para a superação dos principais desafios da assistência farmacêutica.

Fonte: MACHADO-DOS-SANTOS (2001).

Observa-se na Figura 1 que, a partir de uma Política Farmacêutica adequada, a gestão eficiente dos recursos constitui um dos pilares que sustentam a superação dos desafios. À semelhança do marco normativo existente para a gestão do SUS, na área da assistência farmacêutica, as políticas e normas vigentes também estabelecem papéis e responsabilidades das três esferas de governo e apontam para a necessidade de reorientação do modelo de gestão nessa área, de maneira coordenada e disciplinada em âmbito nacional, no sentido de, entre outras coisas, garantir:

- a) Descentralização da gestão;
- b) Promoção do uso racional de medicamentos;
- c) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- d) Otimização e maior eficiência e eficácia do sistema de armazenamento e distribuição de medicamentos (BRASIL, 1999).

Tem-se, então, que a busca pela melhoria da eficiência e da eficácia na gestão da assistência farmacêutica é um dos pilares para a superação dos desafios históricos nessa área. Nesse sentido, o uso do planejamento estratégico, a qualificação específica dos profissionais que atuam nesse segmento, associada à adequação do modelo gerencial, à busca por novas alternativas gerenciais disponíveis, ao uso adequado dos conhecimentos e das ferramentas administrativas e à adequação da infraestrutura existente, apresentam-se como medidas recomendadas.

Especificamente no que tange ao uso de conhecimentos e ferramentas importantes da Teoria das organizações e Teorias de gestão moderna, neste capítulo dar-se-á ênfase ao modelo denominado Gestão Estratégica e Orientada para Resultados (GEOR). Essa abordagem tem por objetivo apresentar conceitos e ferramentas para diagnóstico, redesenho e gestão de processos, visando sua otimização e seu alinhamento com as principais diretrizes e estratégias do plano.

Pelas suas características, a GEOR é um modelo perfeitamente aplicável na gestão e no gerenciamento da assistência farmacêutica, auxiliando os gerentes a ultrapassarem os limites e atingirem resultados acima da média, criando novos patamares de qualidade e excelência para seus usuários.

Especificamente em relação ao gerenciamento das atividades que integram o ciclo da assistência farmacêutica, segue sugestão de literaturas já publicadas e amplamente exploradas, que detalha cada uma delas:

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. (Orgs.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L.; CASTILHO, S. R. de; OLIVEIRA, M. A. ; Jaramillo, N. M. (Orgs.). **Assistência Farmacêutica – gestão e prática para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2014.

4.2 Gestão Estratégica

Para uma melhor compreensão sobre o modelo de Gestão Estratégica Orientada para Resultados (GEOR), será feita, didaticamente, uma abordagem por etapas, sendo, esta primeira, um desenvolvimento sobre o componente estratégico que uma gestão deve ter; e, a segunda, uma abordagem sobre a importância do foco em resultados. Quando se analisa o último século, em termos de concepção sobre gestão, observa-se que a visão racionalista e positivista (*one bestway*) foi substituída, gradativamente, por outra que aceitava a existência da incerteza, que enfatizava a complexidade, o caráter sistêmico e multidimensional das organizações, a multicausalidade e a indeterminação das mudanças, bem como a inexistência de uma ordem natural (DUSSAULT, 1992). Nessa mesma linha de pensamento, Morgan (1998) escreveu, em um clássico sobre teoria organizacional,

que qualquer organização tem muitas dimensões, o que exige várias maneiras de pensá-las. Em outras palavras, pensá-las e conduzi-las de maneira estratégica.

A rigor, não existe uma única e consensuada definição para o conceito de estratégia. De origem grega, este termo tem suas raízes na antiguidade, correlacionada com a área militar, mas que já trazia a ideia de objetivo a ser alcançado e planos de ação a serem realizados em diversos cenários, de acordo com o comportamento dos oponentes. Porém, a estratégia passou a fazer parte do contexto das organizações administrativas somente após a Segunda Guerra Mundial. Desde então, houve um incremento em sua aplicabilidade no campo gerencial, configurando a necessidade de se estabelecer diretrizes e caminhos a serem seguidos por toda a sua estrutura (BRACKER, 1980).

De acordo com a literatura disponível, jamais existiu uma definição única e definitiva de estratégia. Na verdade são várias as definições formuladas para contextos específicos, diferentes em sua amplitude e complexidade (DESS; LUMPKIN; EISNER, 2007). Dentre seus vários significados, a estratégia pode representar políticas, objetivos, táticas, metas, programas, entre outros. Vários autores relatam que a estratégia é incompatível com abordagens deterministas e mecanicistas, porque estas minimizam a liberdade e a escolha que são intrínsecas àquela.

Nesse contexto, optou-se por adotar o entendimento de que a estratégia não consiste em analisar para explicar, mas em compreender para conceber ações, mesmo num ambiente de heterogeneidade e antagonismos, objetivando articular convergências em ambiente de divergências. Ela é uma ida e volta incessantes entre a formulação e a realização efetiva de um plano (HAFSI; MARTINET, 2008). Ou seja, a estratégia é algo extremamente necessário à gestão das organizações de saúde, que são compostas por conjuntos complexos e heterogêneos de atores sociais, de interesses políticos e econômicos, de diferentes vieses ideológicos, dinamismo tecnológico, diversidades epidemiológicas, estruturais, técnicas, de regras, normas, discursos, culturas e objetivos, entre outras.

Mesmo nesse contexto de complexidades e contradições, é por meio da estratégia que se pode unir em vez de dividir, ultrapassando o pensamento binário e as oposições vazias de propostas. É assim que se consegue a integração e a diferenciação, a centralização e a descentralização. Não é preciso escolher, mas dosar, agir sobre os extremos de maneira sutil, dinâmica, recursiva (AVENIER, 1997).

Portanto, pode-se inferir que a gestão, para ser “estratégica”, precisa incorporar um método de administração sistêmica e continuada, que considera as incertezas, os diferentes cenários e o ambiente externo como parte importante do processo. De acordo com Porth (2002), a gestão estratégica surgiu como parte do planejamento estratégico, que agora é considerado um dos seus principais instrumentos, ao ser incorporado pela gestão estratégica, que uniu, num mesmo processo, planejamento e gestão, integrando a missão e os objetivos da organização no contexto dos ambientes interno e externo.

De maneira geral, a gestão estratégica contempla algumas etapas e atividades a serem realizadas e coordenadas pela alta gestão (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 1997):

- a) Analisar oportunidades e ameaças ou limitações que existem no ambiente externo;
- b) Analisar os pontos fortes e fracos de seu ambiente interno;
- c) Estabelecer a missão organizacional e os objetivos gerais;
- d) Formular estratégias [...] que permitam à organização combinar os pontos fortes e fracos da organização com as oportunidades e ameaças do ambiente;
- e) Implantar as estratégias; e
- f) Realizar atividades de controle estratégico para assegurar que os objetivos gerais da organização sejam atingidos.

Assim, este modelo busca integrar, de forma sinérgica, estratégia, organização e ambiente, num processo que visa a constante compatibilização desse ambiente externo com os meios e as competências internas, de forma a garantir a sustentabilidade presente e futura da organização e dos seus projetos. O modelo, ainda, apoia a tomada de decisões gerenciais nas análises estratégicas feitas e refeitas permanentemente, sobre o conjunto do plano e das ações em curso, sobre a realidade política, social e econômica, assim como apoia-se, fortemente, nas informações obtidas pelo monitoramento e pela avaliação intensivos de todas as atividades implementadas.

Trata-se, portanto, de um modelo que tem forte correlação com a desafiadora realidade da gestão no SUS. O setor saúde enfrenta hoje um ambiente externo turbulento, confuso e de muitas cobranças por melhorias e avanços. Conforme já descrito, são diversos os fatores que tornam a gestão dessa área extremamente complexa e colocam as organizações de saúde e seus serviços entre aqueles com pior avaliação e de maior cobrança pelo cidadão brasileiro.

No caso específico da assistência farmacêutica no SUS, além dos desafios já apresentados, são muitas as variáveis a serem manejadas, de maneira sistêmica e estratégica (ou não), pelos seus gestores e gerentes. Merecem destaque: as particularidades institucionais e regionais; o arranjo federativo do Brasil, que dificulta a descentralização da gestão e a coordenação das ações dos três entes; a diversidade de interesses de grupos e indivíduos, num contexto de diferente distribuição de recursos e de poder, com disputas e descontinuidades políticas que geram descontinuidades administrativas. Somam-se a essas variáveis, as mudanças tecnológicas, tanto na biomedicina como na telemática que, diferente do que acontece em outras áreas, onde se verificam esses mesmos avanços, no setor saúde, acarretam grande elevação

de custos, entre tantas outras questões. Têm-se, assim, muitos elementos concretos do cotidiano da gestão em assistência farmacêutica no SUS que, mais do que nunca, demandam uma gestão estratégica como modelo para que se tenha maiores chances de lograr êxito na condução dessa área.

O uso do planejamento estratégico e da ferramenta de gestão, denominada *Ciclo Shewhart ou Ciclo de Deming*, dá sustentação e constitui os pilares de uma gestão estratégica, possível de ser adotada na assistência farmacêutica. Ressalte-se que, na gestão com foco na entrega de resultados concretos para a sociedade, o pragmatismo é muito importante, visto que conseguir realizar, efetivamente, todas as ações planejadas, com eficácia e eficiência, é tão ou mais desafiador do que identificar o que precisa ser feito para superar os problemas priorizados.

4.2.1 O Planejamento Estratégico e o Triângulo de Governo

Conforme já abordado no Capítulo 3, o planejamento é uma importante ferramenta para a gestão da assistência farmacêutica, em especial o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que é um modelo bem aplicável por meio dos seus quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Não é por acaso que essa ferramenta ancora uma gestão estratégica, além de representar um contra movimento ao imprevisto na função administrativa, pois é, de certa forma, um cálculo situacional amplo e sistêmico, que deve sempre preceder e orientar, estrategicamente, todas as ações.

Considerando que esse tema já foi detalhado no Capítulo 3, será destacado nesta seção somente um novo aspecto, por se entender melhor situado neste contexto, onde se reflete sobre a efetiva implantação do plano. Trata-se da importância da governabilidade, entendida como vital para o êxito na gestão, pensada sob a ótica Matusiana.

Segundo o pensamento estratégico de Matus (1993), o processo de governar não é exclusividade nem monopólio de um único ator social, mesmo que ocupe o posto mais elevado em um setor, organização ou país e detenha o controle dos recursos financeiros. Governar é algo complexo e coletivo, em que quem governa não é um indivíduo, mas uma composição dinâmica entre diversos atores.

Como vários outros atores também possuem governança parcial em um dado contexto, segundo Matus essa questão é extremamente estratégica para que um plano seja exitoso, assim, explicando sob a ótica do que denominou “Triângulo de Governo”. Esse triângulo representa o entendimento de que três variáveis são interdependentes e devem estar articuladas, constantemente, para que a governabilidade se verifique, conforme demonstra a Figura 2, a seguir (MATUS, 1994).

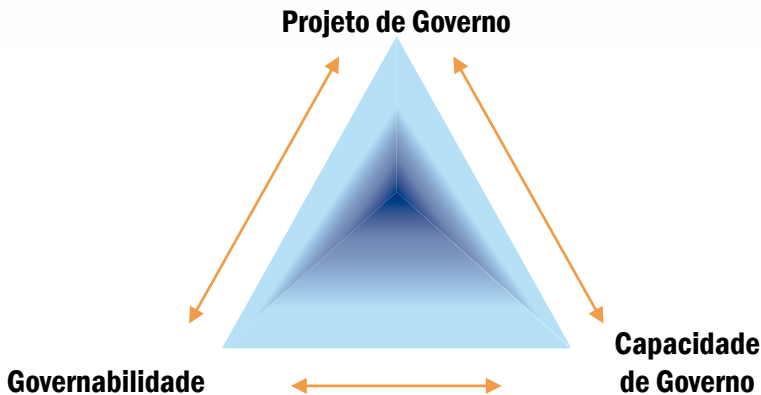


Figura 2 - Triângulo de governo.

Fonte: Elaboração dos autores, adaptada da teoria de MATUS (1994).

O governante ou o gestor dirige um processo para alcançar objetivos que escolhe e altera de acordo com as circunstâncias do seu projeto, sendo ativo na busca pela superação dos obstáculos. Para isso, é fundamental que consiga controlar as variáveis mais importantes, sendo que muitas delas não estão sob sua governança.

Desse modo, o “projeto de governo” é o plano elaborado, contendo a carteira de projetos, atividades e ações formuladas para o alcance dos objetivos e das metas traçadas. A “governabilidade” é resultante da relação entre as variáveis controladas e as não controladas pelo gestor, considerando-se, obviamente, a relevância diferenciada entre as variáveis, pois algumas são mais determinantes do que outras. E a “capacidade de governo” corresponde ao conjunto de habilidades, métodos e técnicas e sua efetiva aplicação na implementação do plano e na garantia de uma boa governabilidade (MARIN *et al.*, 2003). Daí a necessidade de se articular com os demais atores que controlam as outras variáveis-chave.

Para superar as resistências existentes e considerando sua limitada força e poder, o gestor deve possuir capacidade de governo para obter, então, a governabilidade do sistema – no caso específico deste enfoque, a saúde – e lograr êxito em seu(s) projeto(s) de governo. Compreender e saber operar esse conjunto de variáveis em uma gestão é, portanto, estratégico e condição *sine qua non* para se alcançarem os objetivos e as metas, inclusive na área da assistência farmacêutica, por exemplo.

4.2.2 O Ciclo PDCA e a melhoria contínua

O Ciclo PDCA foi concebido por Walter A. Shewhart e, amplamente, divulgado por Willian E. Deming. Seu foco principal é promover um processo de melhoria contínua e, por essa razão, tornou-se uma importante ferramenta de gestão da

qualidade. Como busca tornar os processos da gestão de uma organização mais ágeis e eficientes, independentemente de sua natureza, pode ser utilizado em qualquer tipo de empresa ou setor para assegurar ótimos níveis de resultados e satisfação dos clientes e/ou usuários. É a aplicação do chamado Ciclo permanente *Plan – Do – Check – Adjust* ou “Planeje – Execute - Verifique - Aja”, um método pragmático, composto por quatro passos inter-relacionados para a obtenção dos objetivos e das metas traçados.

A primeira etapa é o planejamento que, no caso em questão, é representado pelo planejamento estratégico aplicado à assistência farmacêutica, já abordado anteriormente. A seguir, vem aquela que é considerada por muitos como a etapa mais difícil, que é a execução do plano, removendo as restrições e superando os desafios.

Partindo-se da premissa de que, em todo processo de execução, existem falhas e imprevisibilidades que fazem com que parte das coisas não caminhem exatamente conforme planejado, torna-se muito importante para a gestão a terceira etapa, na qual se faz o monitoramento e a avaliação intensiva e permanente de todas as ações implementadas.

Com base nesta análise e na comparação entre o andamento das ações e aquilo que foi planejado, o gestor adota medidas para correção das falhas que surgirem no decorrer da implementação do plano, configurando-se a quarta etapa, ou seja, agir corretivamente. Nesta fase é preciso tomar as providências estipuladas nas avaliações e nos relatórios sobre os processos. Se necessário, o gestor deve traçar novos planos de ação para melhoria da qualidade do procedimento, visando sempre a correção máxima de falhas e o aprimoramento dos processos do setor ou da organização como um todo.

A Figura 3, a seguir, apresenta essas quatro etapas do Ciclo PDCA.

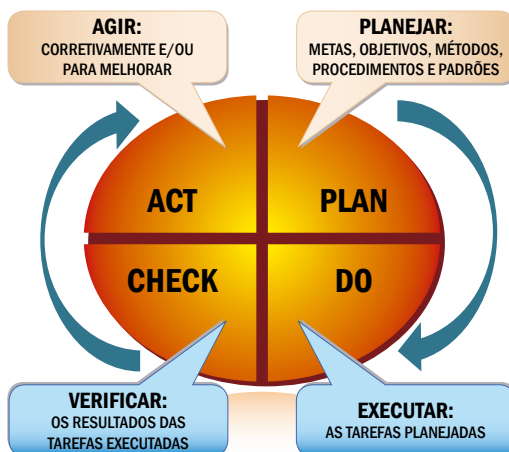


Figura 3 - Ciclo PDCA.

Fonte: ZUMBACH; MORETTI (2014).

Conforme fica evidenciado pela Figura 4, trata-se de um conjunto de procedimentos verdadeiramente cíclicos, que devem ser realizados de maneira repetida como um processo contínuo em busca da máxima qualidade e excelência nos serviços ou produtos gerados. Isso constitui um processo de melhoria contínua que acontece de maneira proporcional ao número de vezes que se executa o Ciclo PDCA. Depois de implantado como método permanente e estratégico de gestão, observa-se melhoria dos resultados obtidos a cada ciclo executado, facilmente verificada, por meio de indicadores.

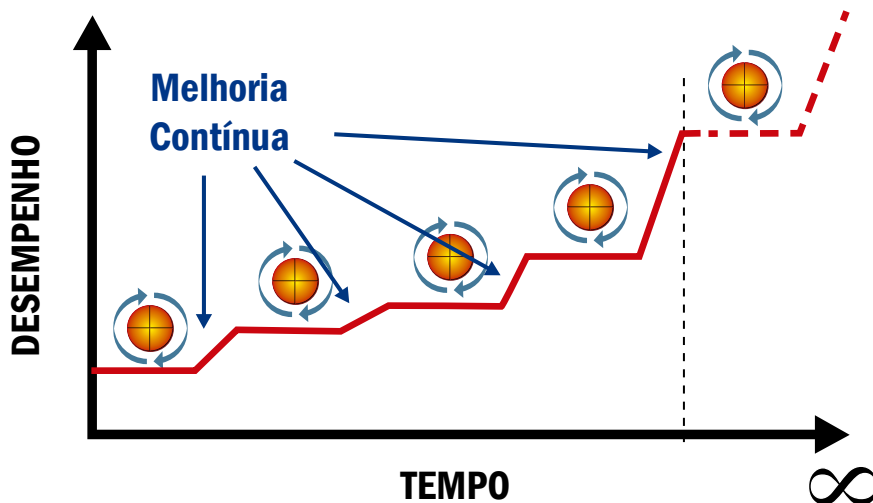


Figura 4 - Melhoria contínua proporcionada pelo Ciclo PDCA.
Fonte: ZUMBACH; MORETTI (2014).

Por se tratar de uma ferramenta metodológica, ela pode ser aplicada em todas as áreas e setores, impactando positivamente desde a redução dos custos até a redução de filas e tempo de espera; desde o sistema de indicadores gerenciais para a tomada de decisão administrativa até a comunicação e o *marketing* externo; desde a satisfação dos seus usuários externos até a satisfação da equipe interna. Também é importante frisar que, mesmo naqueles processos que já tenham alcançado níveis satisfatórios de funcionamento, essa ferramenta deve continuar a ser aplicada, pois sempre há espaço para melhoria e aprimoramento.

Nesse sentido, é muito importante que se faça uma abordagem sistêmica, que contemple o mapeamento, a modelagem, a compreensão e o aprimoramento nos diferentes processos internos de trabalho, relacionados com a assistência farmacêutica. Para isso, pode-se utilizar a ferramenta da qualidade denominada Fluxograma, conforme já abordado no Capítulo 3.

Apesar de sua aplicação ser relativamente simples, o Ciclo PDCA exige muito rigor metodológico, olhar sistêmico e disciplina de toda a equipe envolvida. O seu uso como ferramenta deve ser cotidiano e apropriado pelos principais gerentes.

Por isso, é importante resgatar e manter sempre “aquecido”, na equipe, o que alguns autores denominam de “intenção estratégica”, a qual representa a alavancagem e o comprometimento de todos os recursos, de todas as capacidades e competências essenciais de uma organização, com a finalidade de cumprir suas metas no ambiente competitivo. A “intenção” somente passa a existir quando todas as pessoas da organização, em todos os níveis e todas as áreas, estão empenhadas na busca de um desempenho que seja único e significativo (HAMEL; PRAHALAD, 1989).

Nesse sentido, é recomendável manter a missão e a visão de médio e longo prazo como objetos de reflexão e, ao mesmo tempo, como diretriz norteadora de todos os colaboradores, permanentemente. Na verdade, o próprio processo de construção desses objetos já tem bastante significado estratégico. Por isso, sugere-se que sejam elaborados após ampla discussão, em todos os níveis da organização, ou, no mínimo, entre todas as pessoas dos principais níveis de decisão. Isso, certamente, ajudará para que todos os integrantes tenham a mesma percepção dos seus reais significados, ajudando a concentrar o esforço dos colaboradores em uma mesma direção, e a mantê-los mais coesos com os principais objetivos e metas.

Enfim, os principais conteúdos, objetos de uma Gestão Estratégica, bem como outras ferramentas complementares da Qualidade, como “análise SWOT, Fluxograma e 5W2H”, estão abordados capítulo do PES. Da mesma maneira que o planejamento, essa metodologia de gestão também é perfeitamente aplicável na assistência farmacêutica, com grande contribuição para os gerentes, suas respectivas secretarias e, principalmente, garantindo resultados concretos em saúde para os usuários.

4.3 Foco em resultados nas organizações públicas: desafios e determinantes de um modelo aplicável

A gestão (estratégica) orientada para resultados tem sido uma tendência mundial desde os anos 80, quando organizações públicas e privadas de diversos países começaram a aplicar essas práticas com foco no cliente final. Atualmente, mais da metade dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido, a Austrália, os Estados Unidos e a França, adotam a visão de administração pública orientada para resultados. Esse novo enfoque administrativo surgiu como resposta à cobrança, cada vez maior, da sociedade por resultados concretos da aplicação dos recursos públicos, provenientes de pesadas cargas tributárias. Nesse mesmo sentido, essas pressões têm impulsionado a reforma do Estado, a reforma administrativa, a promoção da qualidade do serviço público e, mais recentemente, a modernização da gestão nesses países (SEBRAE, 2009).

No Brasil, a partir de 1996, o governo federal deu início à aplicação dos fundamentos da Gestão para Resultados na implantação de grandes projetos prioritários. Todavia, em que pese a boa iniciativa, já se foram quase vinte anos, e os resultados concretos de modernização e ganhos de eficiência nas organizações públicas brasileiras, principalmente naquelas da área social, ainda têm muito a avançar. Isso pode ser verificado pelas percepções negativas dos usuários, demonstradas em pesquisas qualitativas e pela pouca capacidade das organizações públicas de saúde em produzir, medir e comunicar os resultados produzidos.

Além de aspectos políticos, estruturais e culturais, certamente o arcabouço legal brasileiro e a ênfase no legalismo burocrático dos órgãos de controle também podem ser apontados como fatores determinantes para as dificuldades em avançar nessa questão. A observação da realidade atual permite constatar que, apesar de estarmos em pleno século XXI, os gestores e gerentes de organizações públicas, no Brasil, ainda se veem subjugados por premissas do Direito Administrativo de um século atrás, que coloca o administrador como instrumento da vontade do legislador, sem nenhum espaço à liberdade. É o legalismo e o excesso de burocracia suplantando a discricionariedade. É o foco no cumprimento dos ritos processuais formais sobrepondo-se ao foco no cidadão e na efetiva busca por resultados finalísticos concretos.

Exemplificando, o Art. 37 da Constituição Federal Brasileira estabelece que “a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência” (BRASIL, 1988, p. 24). Talvez, não seja por acaso que o princípio da eficiência esteja escrito ao final, e depois de todos os demais. E isso se aplica às diversas áreas e setores da administração pública, independentemente de suas peculiaridades. Dessa forma, a legislação coloca em um mesmo nível de importância a aquisição de medicamentos – para os cuidados essenciais em saúde – com a aquisição de material de escritório, destinado, muitas vezes, a manter o referido excesso de burocracia.

A máxima de que, na administração pública, só vale o que está escrito é amplamente repetida, nas falas e nos atos, porque assim é exigido pela legislação vigente. Tudo o que se pode e o que não se pode fazer está, prévia e formalmente, determinado. Enquanto nas organizações particulares é permitido e lícito fazer tudo que a lei não proíbe, na administração pública só é permitido fazer aquilo que a lei não proíbe (MEIRELLES, 1982).

Assim, não seria exagero inferir que, na verdade, os administradores não gerenciam, mas apenas cumprem as normas e regras existentes sob pena de, não o fazendo, serem responsabilizados e penalizados. Não seria exagero também, por essa linha de raciocínio, inferir que muitas mortes no Brasil, decorrentes de desassistência por ineficiência do sistema, tenham como verdadeira causa a burocracia excessiva e a ênfase no legalismo burocrático.

É comum constatar que os órgãos de controle adotam o máximo rigor na verificação quanto ao cumprimento dos ritos legais e burocráticos. Por outro lado, é surpreendente observar, também, que esse rigor restringe-se a esses procedimentos ritualísticos da área meio. São raras – e boas – exceções, quando as auditorias dos órgãos de controle internos e externos avaliam as gestões sob o prisma técnico e qualitativo. Infelizmente, nesse modelo e cultura organizacional predominantes, mais importante do que o resultado finalístico é o cumprimento de todos os ritos intermediários. E isso se contrapõe, frontalmente, ao desenvolvimento institucional no rumo à eficiência e eficácia na administração pública.

Esse arranjo burocrático-legal pesa, negativamente, sobre os gestores e gerentes públicos. Sua concepção origina-se com um propósito correto, que é o de evitar a corrupção, os desvios de recursos, e proporcionar a economicidade, a igualdade de condições de concorrência entre os agentes do mercado e a garantia do interesse público. Todavia, o fato de o propósito ser correto não necessariamente justifica todos os mecanismos utilizados para isso, principalmente, porque os inúmeros e recorrentes escândalos, amplamente divulgados pela mídia demonstram que esse excesso de legalismo e de burocracia não tem conseguido evitar tais desvios e nem garantir o interesse público, indicando, claramente, que há que se repensar tal realidade.

Pesquisas aplicadas recentemente junto à população pelos grandes Institutos, como IBOPE e DATAFOLHA, têm sido amplamente divulgadas pela mídia e apresentam o setor saúde como tendo uma avaliação ruim em todas as regiões do País. Em paralelo, a melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde tem sido objeto da maior demanda pela sociedade, superando até aquelas relacionadas com a segurança e educação, que lideravam a pauta reivindicadora até alguns anos atrás. Exemplificando, uma dessas pesquisas, denominada “Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades para 2014, feita pela Confederação Nacional da Indústria em parceria com o IBOPE Inteligência, aponta que, para 49% dos brasileiros, a maior prioridade do governo federal, em 2014, deve ser melhorar os serviços de saúde. A seguir, aparecem o combate à violência e a melhoria da qualidade da educação, indicadas como prioridade por 31% e 28%, respectivamente¹.

Certamente, o SUS avançou muito nos últimos vinte anos, e bons serviços ofertados não têm sido adequadamente reconhecidos nem percebidos como deveriam pelos usuários nessas pesquisas. Mas, também, é preciso admitir o muito que ainda falta para que se tenha, como regra, em nível nacional, serviços públicos de saúde com a qualidade e eficiência necessárias, na medida em que “torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual” (BRASIL, 2010, p. 88).

1 Pesquisa realizada em 2014, com 15.414 entrevistados, e disponível em: <<http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Paginas/Brasileiro-ele-ge-saude-seguranca-e-educacao-como-prioridades-para-2014.aspx>>

Esse excesso de amarras administrativas cria barreiras quase intransponíveis para que os gestores dessas organizações públicas, como o SUS, consigam avançar em termos de eficiência e eficácia na produção de bens e serviços de saúde de qualidade, e consigam atender adequadamente seus usuários. No limite, pode-se afirmar que, devido a esses resultados insuficientes, o excesso no legalismo-burocrático, além de não estar conseguindo garantir a boa destinação dos recursos, também não está conseguindo o propósito original em relação à garantia do interesse público, no tocante ao atendimento eficiente dos interesses e das necessidades dos usuários.

Na atual sociedade do conhecimento, da comunicação, informação e conexão, há que se repensar seriamente essa questão, sob pena de condenar as organizações públicas e seus gestores a padrões de qualidade e eficiência cada vez mais em desacordo com as demandas e exigências da sociedade. Há que se refletir sobre outras opções e alternativas potencialmente mais eficazes contra os desvios de conduta, e que não custem duplamente à sociedade, que financia o sistema: o primeiro custo, porque não tem impedido os maus gastos; e o segundo, porque tem acarretado ineficiência.

A partir da publicação da Lei Federal nº 12.527/2011, também conhecida como “Lei da Transparência”, algumas evidências já têm demonstrado que ampliar a transparência dos gastos públicos pode ser bem mais eficaz para aprimorar o controle do que aumentar amarras burocráticas e, ainda, sem o efeito indesejado desta última.

Essa realidade burocrática e legal tem reprimido a possibilidade de desenvolvimento de uma cultura empreendedora² no setor público. Os reflexos dessa ineficiência são observados na defasagem que se tem entre a eficiência e tempo-resposta para a prestação de alguns serviços públicos *versus* privados em vários setores no Brasil. No caso do sistema público de saúde, por exemplo, isso é bem percebido, especialmente em alguns gargalos existentes, e apontados pelos Secretários de Saúde no já referido “CONASS Documenta 14” (BRASIL, 2008). Certamente, esse distanciamento não acontece pela menor capacidade dos gestores públicos, mas, entre outras causas, pelas barreiras burocráticas e legais existentes.

Nesse contexto de entraves burocráticos, para a superação das adversidades e dos obstáculos administrativos do setor público, faz-se necessário que os gestores e gerentes sejam cada vez mais empreendedores e inovadores. Não devem buscar atender apenas aos ritos processuais legais, mas, principalmente, devem focar nos resultados finalísticos, ou seja, nos usuários. Muitas vezes isso significa assumir alguns riscos, inovando e usando a atitude discricionária, mas sempre de maneira responsável e com boa fundamentação técnica.

2. O empreendedorismo surgiu na iniciativa privada, mas está cada vez mais presente na administração pública como uma estratégia de modernizar e impulsionar essa área. Para Drucker (1987), as instituições de serviços públicos, tais como órgãos governamentais, sindicatos trabalhistas, igrejas, universidades, escolas, hospitais, organizações comunitárias e beneficentes, associações profissionais e comerciais, e semelhantes, precisam ser tão inovadoras e empreendedoras como qualquer negócio.

No caso específico da assistência farmacêutica, essa atitude discricionária, associada a outras medidas, como o uso de ferramentas modernas de gestão – PES, Ciclo PDCA, ferramentas da Qualidade –, à estruturação do setor e à busca por alternativas de gerenciamento, podem ser uma boa opção para aumentar a eficiência e eficácia da gestão nessa área e, por consequência, a produção de resultados que aumentem o grau de satisfação dos usuários do SUS.

4.3.1 A necessidade de se reinventar na gestão pública: foco no usuário-cidadão

Os tempos atuais, marcados pelo maior acesso às informações e maior conscientização dos seus direitos pelos cidadãos, associado à percepção da elevada carga tributária, estão fazendo com que os usuários dos serviços públicos ampliem bastante suas pautas reivindicadoras no Brasil. Os diversos fatos divulgados pela grande mídia demonstram que esses são novos tempos, com um novo (e melhor) padrão de exigência em relação à contraprestação dos serviços públicos, em especial nas áreas da saúde, segurança, educação e transporte. Mesmo que esta percepção negativa não deva ser generalizada para toda a administração pública, o déficit de desempenho vem se agravando e gerando, como consequência, comprometimento da imagem do serviço público junto à sociedade.

Um dos eixos que sustentam essas cobranças é a conscientização de que a razão de ser de uma organização pública é o fato de ela existir para atender satisfatoriamente os seus usuários que, à semelhança da relação com as empresas privadas, se veem cada vez mais como clientes que a financiam. Por isso, podem exigir que esses muitos recursos, pagos por meio de elevados impostos, sejam retornados na forma de bens e serviços públicos de qualidade, avaliados pela ótica e na perspectiva de quem os utiliza. Isso, por sua vez, pressiona, positivamente, as organizações e seus gestores em busca de maior eficiência, agilidade e qualidade naquilo que fazem.

Essa percepção da população de que existe uma alta carga tributária no Brasil, com baixo retorno social, não é recente e tem sido demonstrada por meio de pesquisas de opinião, divulgadas pelos vários institutos especializados, como o Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação (IBPT). Segundo este instituto, que avalia os trinta países com maior carga tributária no mundo, o brasileiro sente-se bitarifado, na medida em que precisa adquirir plano de saúde, pagar escola particular, contratar segurança privada e se submeter (ou não) a um transporte público de qualidade questionada por eles (IBPT, 2014).

Verifica-se, de certa forma, a demonstração de um amadurecimento em termos de cidadania. Os usuários não querem mais admitir nem financiar gastos públicos ineficientes, entendendo-se como ineficientes quaisquer gastos que não se traduzam em resultados concretos para esses usuários. O modelo burocrático de

um Estado voltado para si mesmo e não para o cidadão, felizmente, parece já estar superado, pelo menos no entendimento da sociedade brasileira.

Assim sendo, também, tratando-se das empresas privadas, a adaptação a essa cobrança e às exigências desses novos tempos é inevitável por uma questão de sobrevivência, devido ao julgamento que sofrem do mercado. Para as organizações públicas, apesar de não se submeterem ao julgo do mercado, essa adaptação aos padrões de eficiência e qualidade exigidos por este “usuário-cidadão” é altamente recomendável, tendo em vista as necessidades da sociedade, a escassez de recursos e a avaliação social e política a que são submetidas direta e indiretamente, tanto as instituições como seus governantes e servidores.

Acrescente-se a essas pressões externas por mudança e aprimoramento das organizações públicas, também a pressão interna de grande parte dos servidores e do próprio processo de incorporação das novas tecnologias, inclusive aquelas de gestão. Sobre essa transformação pela tecnologia, ainda em 1998, José Gonçalves já afirmava que a tecnologia – com esse entendimento mais amplo – seria o fator individual de mudança de maior importância na transformação das empresas no século XXI (GONÇALVES, 1998).

Nesse sentido, merece destaque – e maior aprofundamento – uma abordagem sobre esse novo perfil profissional que se faz cada vez mais necessário aos gestores e gerentes do SUS, qual seja, um perfil empreendedor e focado em produzir mais e melhores resultados por unidade de custo. Afinal, uma gestão empreendedora significa obter resultados, com agilidade, dinamismo e flexibilidade (BRASIL, 2000).

A primeira mudança consiste em deslocar o foco, saindo da preocupação principal em obedecer a regras em compartimentos estanques – Ministério, Secretarias, Departamentos e respectivos programas – para estabelecer o processo inverso. Primeiro, identificar, objetivamente, o que precisa ser feito e, depois, subordinar a organização, a estrutura, as normas, o conhecimento, a qualificação, a alocação de pessoas e os recursos para às necessidades, na forma da busca dos resultados mais importantes.

Esse é um ponto fundamental de mudança da cultura organizacional e do *modus operandi* vigentes. Não se deve adequar as necessidades aos recursos disponíveis. Ao contrário, são os orçamentos e a área meio é que devem se adequar às (reais) necessidades, principalmente da área finalística, ou seja, dos usuários-cidadãos. Isso também faz parte de um modelo gerencial empreendedor, no qual os orçamentos cada vez mais deixem de ser peças de contabilidade pública para se transformarem em instrumentos de políticas voltadas ao desenvolvimento econômico-social e, principalmente, ao atendimento às demandas dos seus cidadãos, como por exemplo na área farmacêutica.

4.3.2 Gestão (estratégica) de pessoas e o papel dos gerentes no contexto do modelo orientado para resultados

A gestão analisada somente sob a dimensão técnica e normativa pode ser percebida como um instrumento tecnológico neutro, racional e que busca o alcance de resultados previamente planejados. Pressupõe que estruturas com recursos adequados, processos mapeados, ajustados e com bons sistemas de controle são capazes de gerar os referidos resultados de maneira eficiente. Todavia, trata-se de uma concepção incompleta e determinística da realidade das organizações. Conforme já referido, Carlos Matus pondera, em sua formulação do planejamento estratégico, que o ambiente é multidimensional e indeterminístico, pois existem muitos atores-chave, variáveis não controladas, riscos e incertezas.

Nessa mesma linha de raciocínio, Mintzberg (1983) considera esse determinismo inadequado e descolado da realidade das organizações e do ambiente externo no qual elas se inserem. Enfatiza a dimensão política e a questão do conflito de interesses entre grupos internos e externos, que constituem verdadeiros palcos de coalizões e conflitos. Os processos de tomada de decisões e escolhas são objetos dessas disputas que, por sua vez, são inerentes e intrínsecas a qualquer organização, onde os atores-chave buscam resolvê-las por meio do exercício das relações de poder. Estabelece-se, então, uma espécie de arena organizacional, com disputas e conflitos entre grupos diversos em busca do controle das decisões.

Nessa perspectiva multidimensional, Junquillo (2005, p. 134) afirma que:

[...] rejeita-se a concepção mecanicista e determinista da gestão, considerando-a resultante de uma dinâmica advinda da ação humana, na medida em que concebe os indivíduos, em particular os gerentes, como dotados de cognoscitividade suficiente para influenciar meios e resultados organizacionais.

Nessa mesma linha de pensamento, Peter Drucker (2002) chamou atenção para a mudança fundamental no significado do conhecimento, ressaltando a evolução do conhecimento singular para o conhecimento plural. Outros autores enfatizam que o sucesso das organizações está vinculado às suas capacidades intelectuais e holísticas e não apenas aos recursos materiais e financeiros disponíveis.

Ou seja, o potencial humano e a capacidade de gerenciá-lo transformam-se em componentes essenciais da gestão. Além disso, as organizações precisam ser vistas como espaços de relações criativas, estruturas fluidas, como fonte de geração de ideias e não apenas de controle (VIDIGAL, 2003). Trata-se de uma mudança de modelo, com a finalidade não apenas de realizar o trabalho operacional e cotidiano, mas, ao mesmo tempo, fazê-lo de forma criativa e gerando inovação. Por essa ótica, no limite, as pessoas são as principais determinantes do êxito ou insucesso de projetos e/ou da organização como um todo. Isso é mais determinante,

ainda, no setor saúde, visto que são “organizações profissionais”, nas quais os colaboradores possuem significativa autonomia nas decisões relativas à sua própria conduta e na realização dos procedimentos, dificultando o controle, a normalização e a governança dos diferentes processos de trabalho desenvolvidos no varejo de um sistema fragmentado.

Quando essas organizações de saúde são públicas, os desafios existentes para a gestão de pessoas são maiores do que no setor privado, devido às amarras legais, administrativas e políticas que limitam o gerenciamento pela meritocracia, principalmente pelas dificuldades em se implantar um sistema de avaliação e incentivo ao desempenho objetivo, flexível e impessoal. Num ambiente assim, com o engessamento administrativo dos gerentes, faltam ferramentas de gestão de pessoas e existe pouco espaço para políticas de longo prazo nessa área, comprometendo, sobremaneira, a motivação, a eficiência e eficácia na implantação de uma política e na conseqüente produção dos resultados necessários. Acrescenta-se a essas restrições o fato de que, por natureza e independentemente da organização, as pessoas tendem a resistir a mudanças, configurando um dos grandes entraves para a modernização na gestão. Por essa razão, no SUS em geral – e na assistência farmacêutica inclusive –, um bom gerenciamento de pessoas constitui fator fundamental para uma Gestão Estratégica e Orientada para Resultados (GEOR).

A inexistência, no Ministério da Saúde e na maioria das secretarias de saúde, de uma política de recursos humanos, que inclua plano de carreiras e salários, única para o SUS representa outro importante desafio nessa área da gestão. Em muitas instituições, as precárias condições de trabalho e dos vínculos, associadas aos salários não condizentes com as responsabilidades assumidas pelos gestores e profissionais de saúde e à falta de perspectivas de carreira, dificultam a fixação dos bons profissionais.

Apesar dessas limitações existentes, há necessidade de se trabalhar a motivação dos servidores e, para isso, é importante criar uma política de avaliação e incentivo ao desempenho. Portanto, se os principais agentes da mudança na organização são os colaboradores, certamente a implantação de um modelo gerencial empreendedor na gestão pública, inclusive na assistência farmacêutica, deve demandar uma atenção especial para a gestão das pessoas. Estas, como atores-chave desse processo, é que operacionalizarão as mudanças necessárias, de dentro para fora, até alcançarem a satisfação dos usuários.

Assim, para que se tenha êxito, faz-se necessário ir além da mera observação e do cumprimento das questões legais trabalhistas. É fundamental contemplar a busca pela automotivação e pelo comprometimento de todos da equipe, em uma concepção ampliada, em que a meritocracia esteja presente. Nesse caso, o papel do gerente é estratégico. Os gerentes da assistência farmacêutica, por exemplo, que ocupam posições hierárquicas intermediárias, desempenham uma função

crucial, pois, além de serem atores-chave como membros das equipes e responsáveis por conduzirem alguns processos técnicos de trabalho, também possuem um outro papel importante decorrente da sua liderança. Nesse caso, eles atuam como agentes catalisadores e condutores das mudanças. Fazem o elo entre os membros da equipe liderada e os processos técnicos, políticos, econômicos, tecnológicos, culturais, sociais e ideológicos, envolvidos nas diversas atividades relacionadas com os projetos e na mudança estratégica da organização. Também fazem a ligação entre a equipe e a alta direção da secretaria, buscando conciliar, na medida do possível, as pautas e reivindicações desses dois polos. Um aspecto importante nessa atuação dos gerentes é o exercício do poder e a mediação de conflitos e interesses divergentes (DAVEL; MELO, 2005).

As dimensões e a relevância técnica, econômica e social dos medicamentos fazem com que os gerentes dessa área também tenham que ser multidimensionais em sua visão e atuação. Muitas vezes, decorrente disso, são denominados “gerentes multimídias”, devido à necessidade de se apropriar de conhecimentos e habilidades de campos diversos como do direito, da economia, administração, sociologia e da psicologia, entre outros. Além, é claro, do profundo domínio que deve possuir no campo das ciências farmacêuticas.

Um importante desafio é romper a visão simplista que os profissionais de saúde têm sobre a assistência farmacêutica. Normalmente identificada no patamar operacional, a gestão da assistência farmacêutica tornou-se, para muitos, sinônimo apenas da gestão logística, na qual o abastecimento regular é, muitas vezes, a única meta a ser atingida. Neste contexto, os aspectos clínicos, sociais, políticos e estratégicos do papel do farmacêutico, muitas vezes, são conduzidos de maneira incipiente.

A concepção de profissional do medicamento ainda está fortemente arraigada nos farmacêuticos. O rompimento desse paradigma é ainda um desafio. E a necessidade de qualificação dos profissionais para o uso de ferramentas de gestão, com foco nos resultados em saúde, é cada vez mais premente.

Enfim, seja qual for o ângulo de observação, a gestão de pessoas e o papel dos gerentes em todos os setores das organizações públicas de saúde são essenciais para o alcance de um modelo focado em resultados. Um modelo gerencial e empreendedor deve incorporar aspectos da eficiência, economicidade e produtividade, passando pela ideia da efetividade e da busca pela melhoria da qualidade dos serviços na perspectiva dos usuários-cidadãos, alcançando, também, a visão e corresponsabilidade dos cidadãos em termos coletivos, com a incorporação do princípio da equidade e dos direitos e deveres de todos. Afinal, implementar processos de transformação organizacional tem, no desenvolvimento das pessoas, seu fator chave de sucesso, representando a âncora desse processo e parte da premissa de que “eu não mudo as organizações, mudo as pessoas, que promovem processos de mudança organizacional” (FERREIRA, 1996, p. 27).

Para uma melhor compreensão sobre a problemática da crise do Estado, novos modelos de gestão pública, incluindo o importante papel da gestão de pessoas, e o movimento pela busca da eficiência, a melhoria da qualidade e o resgate da esfera pública como instrumento do exercício da cidadania, a partir de experiências internacionais, sugere-se a leitura do artigo:

FERREIRA, C. M. M. Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. **Revista do Serviço Público**, ano 47, Brasília, v. 120, n. 3, set./dez. 1996.

4.3.3 Gerenciamento de projetos: um bom método para aumentar a eficiência na entrega de resultados

Quando se analisa como muitas organizações privadas, atualmente, vêm estruturando seus planos estratégicos e alcançando bons resultados, observa-se que, em grande parte delas, as ações para realizar seus objetivos são concretizadas por meio da elaboração e do gerenciamento de projetos. Dessa forma, o alcance dos objetivos estratégicos dessas organizações está, diretamente, relacionado com o sucesso desses projetos. Daí, pode-se inferir que essa metodologia apresenta-se apropriada para garantir bons níveis de eficácia e eficiência dessas empresas, em termos de resultados concretos e satisfação dos seus clientes.

Pelas suas características e sua efetiva contribuição para os modelos de gestões orientadas para resultados, essa metodologia vem sendo apropriada e implantada em diversas organizações públicas, inclusive secretarias de saúde do país. O “projeto de governo” é o plano elaborado, contendo a carteira de projetos, as atividades e ações formuladas para o alcance dos objetivos e das metas traçadas. Nesse sentido, o gerenciamento de projetos visa, acima de tudo, proporcionar a realização das entregas planejadas, com a qualidade esperada, no prazo previsto e dentro do orçamento aprovado.

É importante ressaltar, também, que a efetivação deste modelo depende das condições estruturais, tecnológicas, cognitivas e políticas existentes e do envolvimento da alta direção com essa metodologia de trabalho.

Segundo o *Project Management Body of Knowledge – PMBOK*³, todo projeto consiste em um esforço temporário, empreendido para criar um produto, serviço e/ou resultado exclusivo, pois estes são produzidos por processos diferentes. Se não tivessem prazo determinado seriam denominados “operações”, já que estas

3. O PMBOK® é um guia de referência básica de conteúdo para profissionais de gerenciamento de projetos e contribui para a divulgação de uma terminologia e vocabulário comuns ao ambiente de projetos. É elaborado a partir da contribuição de descrições de “BOAS PRÁTICAS”, resultantes de experiências de profissionais do mundo inteiro que as encaminham a comitês responsáveis por consolidá-las em um documento estruturado. É um guia sob a responsabilidade do Project Management Institute – PMI, instituição não governamental, sem fins lucrativos, situada na Pensilvânia, Estados Unidos, e que tem como missão fomentar a atividade de gerenciamento de projetos. O PMI tem abrangência internacional e está organizado em mais de 200 sucursais chamadas de Chapters, distribuídas em 125 países (disponível em: <www.pmi.org>).

são contínuas e repetitivas. Dessa forma, de acordo com o PMBOK, projeto é o evento que tem início e fim (escopo) bem definidos, diferente de uma operação – por exemplo, a execução de cópia de segurança – que é uma tarefa diária e não se sabe quando ela não será mais necessária. A operação é algo rotineiro, ao contrário de um projeto.

Algumas características do método de Gerenciamento de Projetos merecem destaque e atenção:

- a) É conduzido por um gerente: todo projeto necessita de um gerente específico. Este, por sua vez, pode conduzir mais de um projeto. Seu sucesso não é medido pelo que ele sabe, mas pelo que consegue realizar.
- b) Admite e considera os riscos e as incertezas: é probabilístico e não determinístico. Em função disso, ressalta-se o papel do “gerente do projeto”, que deve atuar focado em reduzir a taxa de desvio entre o planejado e o executado, sob todos os aspectos (custos, prazo, qualidade etc.).
- c) Demanda o uso de técnicas e ferramentas de gestão adequadas e modernas: devido à grande importância do planejamento e monitoramento intensivo, tais ferramentas são fundamentais para que se consigam identificar e remover as restrições que surgirem no decorrer do processo, realizando as entregas programadas, com a qualidade pretendida, conforme os prazos e custos estimados. Essas técnicas e ferramentas envolvem desde soluções informatizadas até ferramentas da qualidade.
- d) Delimita e define os recursos financeiros com rigor: a gestão de custos é uma atribuição importante dos gerentes de projetos e objeto de monitoramento permanente, a partir de um planejamento orçamentário e financeiro prévio.
- e) Segmenta o projeto por etapas ou fases de execução: fundamenta-se na premissa de que as partes menores são mais facilmente gerenciáveis do que o todo. Por isso recomenda-se essa segmentação, principalmente no caso de projetos mais complexos e constituídos por vários subprojetos, com definição de alguns “marcos críticos.”⁴ Isso melhora a capacidade de gerenciamento e aumenta as chances de intervenções corretivas e preventivas, ampliando também as chances de êxito.

Embora alguns projetos possam focar em solucionar problemas pontuais, é importante que, mesmo nesses casos, eles estejam alinhados com as diretrizes e os objetivos estratégicos do plano. Dessa forma, é natural que cada objetivo estratégico origine um ou mais projetos. A partir daí, utilizam-se procedimentos geren-

4. Marcos críticos são os eventos ou as etapas mais representativos do desenvolvimento do projeto, que assinalam a ultrapassagem de pontos importantes e expressam a dinâmica de execução. São elementos essenciais para o gerenciamento e monitoramento da evolução do projeto. Indicam a conclusão das atividades mais relevantes ou a ocorrência de eventos ou etapas cuja superação, nos prazos estabelecidos, intensifica a dinâmica de implantação de um projeto (SEBRAE, 2009).

ciais intensivos, que assegurem a execução das ações conforme o custo, prazo e a qualidade previamente estabelecidos.

É possível que surjam restrições ao longo da execução, algumas, inclusive, são previstas e outras não. Também coexistem situações de riscos internos e externos, em termos de ambiente. Remover as restrições e controlar e/ou eliminar os riscos faz parte do rol das principais atribuições do Gerente de Projetos e sua equipe, cuidando ainda de manter o aperfeiçoamento contínuo dos vários processos de trabalho envolvidos, com foco nos resultados e na integração dos parceiros.

Certamente, para que tenha chances de êxito, é fundamental que o gerente, assim como a equipe e os próprios projetos tenham um apoiador na alta direção, também denominado *sponsor*, o qual garante a sustentação financeira e política do projeto, tornando-o viável. No caso das secretarias de saúde, este ator-chave é o(a) próprio(a) gestor(a).

Todos os participantes e envolvidos no projeto – tanto as pessoas como as organizações –, que podem exercer influência sobre ele e suas entregas, de forma direta ou indireta, são denominados *stakeholders* (interessados). São exemplos de *stakeholders*: o próprio gestor, o gerente do projeto, os membros da equipe, membros dos conselhos de saúde, usuários, fornecedores, outros atores do governo, entre outros.

Para vencer os desafios e fazer com que o projeto traga os resultados e benefícios objetivados, o gerente de projeto relaciona-se com o gestor, com os usuários finais, os fornecedores, e lidera a equipe de trabalho, utilizando-se para isso de suas habilidades, seus conhecimentos, de ferramentas, técnicas, métodos e padrões estabelecidos na organização. Um gerente de projeto é um profissional que atua em vários segmentos do mercado, que deve se manter atualizado, saber negociar interna e externamente à organização, gerenciar pessoas e solucionar conflitos, comunicar-se bem e conhecer a legislação (SEBRAE, 2009).

Tratando-se de uma política institucional, a adoção desse método é muito apropriada para a condução da carteira de projetos prioritários de uma secretaria de saúde, por exemplo. Neste caso, recomenda-se que seja estruturado um Escritório de Projetos – também denominado *Project Management Office* (PMO), cuja estrutura, papel e responsabilidades podem variar de uma instituição para outra, indo desde o assessoramento aos gerentes nos diversos setores, até mesmo assumindo, diretamente, o gerenciamento dos projetos.

É comum que, no início da implantação dessa política, a instituição busque uma consultoria externa por meio da contratação de uma empresa especializada e que, além de dar o suporte e assessoramento técnico nessa fase, também capacite a equipe do quadro próprio da secretaria, transferindo sua experiência e seus conhecimentos especializados nessa matéria. Assim, a própria instituição terá condições de sustentar esse modelo de trabalho no médio e longo prazos.

Outra questão importante e recomendável é que a instituição adote, como objeto de trabalho, os principais problemas identificados e priorizados no seu planejamento estratégico. A partir desses problemas é que devem ser elaborados os projetos e subprojetos, que passarão a compor a referida “carteira de projetos prioritários”. Isso, pela coerência organizacional, alinha o planejamento com as ações e, portanto, facilita o efetivo gerenciamento do trabalho, visando atingir os objetivos estratégicos da organização.

Vários projetos de uma mesma área ou setor, normalmente, são complementares e inter-relacionados, e podem ser considerados um “Programa”.⁵ Exemplificando, a política farmacêutica pode contemplar alguns programas, como o “Programa de melhoria do acesso aos medicamentos na rede”, o qual, por sua vez, pode ter vários projetos afins. O conjunto de programas, projetos e subprojetos irão compor as prioridades a serem gerenciadas por meio dessa metodologia.

Enfim, diante dos grandes desafios existentes para os gestores e gerentes da assistência farmacêutica no SUS, num contexto de muitas cobranças pela sociedade associada à escassez de recursos, faz-se necessário produzir cada vez mais resultados com menos gastos, maior agilidade e qualidade. Essa realidade, associada às inovações tecnológicas, demanda, também, modernização na área da gestão, com a adoção de modelos como o Gerenciamento de Projetos, que, além de eficiente e eficaz, constitui-se uma tecnologia leve, de fácil utilização e de grande impacto na produção de resultados concretos.

Para o êxito em qualquer área de gestão, é fundamental que haja plena coerência e articulação entre o que é planejado e o que é implementado. Dessa forma, por meio do Planejamento Estratégico, são identificados, selecionados e priorizados os principais problemas na assistência farmacêutica. A partir da análise e do debate sobre suas causas e efeitos, o gestor, os gerentes e a equipe adquirem informações e conhecimentos suficientes para definirem o conjunto de ações ou operações necessárias para enfrentar as causas determinantes dos problemas.

Para maximizar as chances de eficiência e eficácia administrativa na assistência farmacêutica, recomenda-se a adoção da metodologia de “Gerenciamento de Projetos”. Para melhor subsidiar esse gerenciamento, todas as atividades e ações afins devem ser sistematizadas e organizadas em projetos e subprojetos. Estes, por sua vez, irão compor uma carteira de projetos prioritários específicos da área, com objetivos e metas bem definidos, responsáveis, cronograma de execução, assim como indicadores e mecanismos de monitoramento e avaliação permanentes.

Pelas principais características e pelos desafios já conhecidos nessa área, o Gerenciamento de Projetos poderá ser aplicado tanto nas situações com problemas de maior amplitude da assistência farmacêutica – por exemplo, a descon-

5. Programa é um grupo de projetos gerenciados de maneira coordenada, de forma a obter os benefícios e controles que não seriam possíveis se os mesmos fossem gerenciados isoladamente.

tinuidade recorrente no suprimento de medicamentos – como na resolução de problemas pontuais – por exemplo, a reforma e adequação de uma farmácia. É importante ressaltar que um ou mais problemas – desde que sejam afins – resultam na construção de um objetivo estratégico e, para cada objetivo, pode-se elaborar um ou mais projetos e subprojetos para alcançá-lo(s).

Para cada projeto e subprojetos, são definidos os responsáveis, objetivos, as metas, ações, os prazos, as estratégias, os custos estimados, entre outros. As metas devem ser ousadas, mas factíveis. Após a definição do gerente do projeto inicia-se, então, a etapa mais determinante para o alcance do êxito, que é a implementação das várias ações planejadas. É nessa fase que o gerente deverá lançar mão de suas habilidades para a condução dos processos de trabalho envolvidos, identificando e removendo as restrições que surgirem e, quando necessário, articulando com a alta direção da secretaria. O alcance do referido objetivo significa a resolução do problema inicial, fechando um círculo virtuoso. O que define o arranjo final dos projetos é a realidade local, mapeada e compreendida por meio do Planejamento Estratégico.

Utilizando-se o exemplo antes referido, isto é, um problema identificado e priorizado como a “Descontinuidade recorrente no suprimento de medicamentos” levará à formulação de um objetivo estratégico do tipo “Garantir o acesso regular a todos os medicamentos essenciais da lista padronizada”. Para esse objetivo estratégico, considerando as peculiaridades de cada realidade, a equipe certamente elaborará um ou mais projetos e, talvez, subprojetos para enfrentar e resolver o problema. O êxito na execução dos subprojetos representará o êxito do projeto como um todo.

Nesse contexto e resguardando-se essas diferentes realidades, apenas para fins didáticos, apresenta-se, a seguir, uma possibilidade de descrição:

- **Problema 1:** Insatisfação dos usuários com a descontinuidade recorrente no fornecimento dos medicamentos essenciais padronizados.

- **Objetivo estratégico 1:** Garantir o acesso regular a todos os medicamentos essenciais da lista padronizada.

- Projeto A: Implantação de um mecanismo de compras consolidadas para 12 meses de consumo, com entregas parceladas, por meio do Registro de Preços.
- Projeto B: Aprimoramento da programação de compras (nível central) e de ressuprimento (nível local).
- Projeto C: Aprimoramento da logística de distribuição e reabastecimento das farmácias.
- Projeto D: Estruturação de mecanismos de monitoramento diário do nível de estoque de medicamentos e risco de falta:
 - o Subprojeto D1: Informatização da CAF e das Farmácias.
 - o Subprojeto D2: Definição de parâmetros de consumo médio, pontos de ressuprimento e mecanismos de alerta automáticos.
- Projeto E: Aprimoramento dos mecanismos de comunicação e divulgação dos resultados obtidos.

No caso de projetos complexos, como a construção de uma CAF, por exemplo, é recomendável que o projeto seja segmentado em etapas ou fases. Também é importante que se estabeleçam alguns “marcos críticos”.

Existem, atualmente, no mercado, algumas soluções informatizadas para o registro de todas as informações dos projetos, desde sua elaboração até a fase final (conclusão). Porém, com boa metodologia e organização, é possível fazer esses registros e controle utilizando-se ferramentas mais acessíveis e popularizadas, como o próprio *Microsoft Excel*.

Para saber mais detalhes e o passo a passo dessa metodologia, recomenda-se a leitura dos materiais disponíveis no sítio eletrônico: www.pmi.org. Outra boa leitura é o livro: VARGAS, R. **Gerenciamento de projetos: estabelecendo diferenciais competitivos**. 7. ed. Editora Brasport, 2009. 276 p.

Nesse contexto, o modelo de Gerenciamento de Projetos pode ser aplicado em todas as atividades do ciclo da assistência farmacêutica, tanto para a resolução de problemas pontuais, como para auxiliar na superação dos principais desafios existentes. É importante ressaltar que essas atividades da gestão são relacionadas com os medicamentos, mas devem ser centradas no bem-estar e na qualidade de vida dos seus usuários, com especial ênfase nos serviços farmacêuticos clínicos, que devem sempre acompanhar esses produtos.

4.4 Considerações finais

A partir do marco teórico-conceitual e dos instrumentos apresentados, assim como das dimensões que envolvem o processo de gestão estratégica, pode-se afirmar que ela é um processo que exige conhecimentos, habilidades e atitudes técnicas associadas a uma visão sistêmica. Em decorrência da complexidade da assistência farmacêutica, deve-se considerar sua natureza política e social, o que exige um adequado conhecimento da realidade e o envolvimento de todos os atores essenciais ao processo, incluindo a sociedade.

No âmbito da saúde, a gestão é sempre um desafio. Situações inesperadas podem ocorrer e, para que o gestor não seja conduzido pelos acontecimentos, mas, sim, que conduza de forma eficaz e eficiente as ações indispensáveis ao adequado funcionamento dos serviços farmacêuticos, a gestão estratégica dos processos e dos recursos é indispensável. Neste capítulo foram apresentadas algumas ferramentas de apoio às ações em saúde e de qualificação da gestão farmacêutica, as quais podem ser adaptadas à realidade local, mas sempre com um propósito definido: gerar resultados concretos e mensuráveis para o cidadão.

REFERÊNCIAS

- AVENIER, M. J. (Coord). La stratégie "chemin faisant. Paris: Economica, 1997.
- BRACKER, J. The historical development of the strategic management concept, *The Academy of Management Review*, v. 5, iss. 2, abr., p. 219-224, 1980.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 5 out. de 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 06 nov. 1996. Seção1, p. 22932-22940.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 01 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 30 out. de 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Gestão pública empreendedora. Brasília: MPOG, 2000.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, de 06 de maio de 2004. 3 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde. CONASS DOCUMENTA 14. Brasília: CONASS, 2008. 150 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 31 dez. de 2010, p. 88.
- CHIAVENATO, I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.
- DAVEL, E.; MELO, M. C. O. L. Singularidades e transformações no trabalho dos gerentes. In: DAVEL, E.; MELO, M. C. O. L (Orgs.). *Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- DESS, G. G.; LUMPKIN, G. T.; EISNER, A. B. *Strategic management*. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 2007.
- DI PIETRO, M. S. Z. *Direito Administrativo*. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- DRUCKER, P. F. *Inovação e espírito empreendedor: prática e princípios*. São Paulo: Pioneira, 1987.
- DRUCKER, P. F. *O melhor de Peter Drucker: o homem*. São Paulo: Nobel, 2002.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev. Administração pública*. Rio de Janeiro, 26 (2):8-19, abr./jun. 1992.
- FERREIRA, C. M. M. Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. *Revista do Serviço Público*, ano 47, Brasília, v. 120, n. 3, set./dez. 1996.

- GANDIN, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. de. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. *Jus Vigilantibus*, mar. 2008.
- GONÇALVES, J. E. L. A necessidade de reinventar as empresas. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 6-17, abr./jun. 1998.
- HAFSI, T; MARTINET, A. C. Estratégia e Gestão Estratégica das Empresas: um Olhar Histórico e Crítico. *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 1131-1158, Out./Dez. 2008.
- HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. Strategic Intention. *Harvard Business Review*, v. 67, n. 3, 1989.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE PLANEJAMENTO E TRIBUTAÇÃO (IBPT). Estudo da relação da carga tributária versus retorno dos recursos à população em termos de qualidade de vida. Curitiba: IBPT. Disponível em: <<https://www.ibpt.org.br/img/uploads/novelty/estudo/1614/140403AsscomEstudo2014PIBversusIDH.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2014.
- JUNQUILHO, G. S. Administração pública e gerentes no contexto brasileiro. In: DAVEL, E.; MELO, M.C.O.L (Orgs.). *Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. Assistência Farmacêutica no Brasil: um componente essencial do sistema de atenção à saúde. *Cadernos CONASS*. Brasília, Caderno n. 7, julho de 2001.
- MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. A Política de Fármacos eleva a Política de Saúde. In: NEGRI, B.; VIANA,
- MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. (Orgs.). *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. 373 p.
- MATUS, C. *Política, Planejamento & Governo*. Tomo I. Brasília: IPEA, 1993.
- MATUS, C. *Planejamento Estratégico Situacional: guia de análise teórico*. Caracas: Fundación Altadir, 1994.
- MEIRELLES, H. L. *Direito Administrativo Brasileiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1982.
- MINTZBERG, H. *Power in and around organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1983.
- MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.
- MORGAN, G. *Images of Organization*. CA: Sage Publications, 1998.
- NASCIMENTO, R. C. R. M. *Judicialização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais – Uma análise da correlação entre proteção dos direitos de Propriedade Intelectual e o perfil das demandas por medicamentos atendidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais*. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.
- PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. de A.; SIMAS, L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; Ventura, M. *A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica*. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 5, 2010.
- PORTH, S. J. *Strategic management: a cross-functional approach*. New Jersey: Prentice Hall, 2002.
- SEBRAE. *SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. Gestão Estratégica Orientada para Resultados*. Brasília: SEBRAE, 2009.
- VIDIGAL, R. (coordenador) *Gestão de empresas na era do conhecimento*. Lisboa: Sílabo, 2003.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Rev. Panam. Salud Publica, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

WRIGHT, P.; KROLL, M. J.; PARNELL, J. Strategic Management: Concepts. 4. ed. Prentice-Hall, 1997.

ZUMBACH, L.; MORETTI, G. Ciclo PDCA, Abordagem de Processo e Escopo do Sistema de Gestão Ambiental. PRESERVA em Revista. Disponível em: <<http://necs.preservaambiental.com/ciclo-pdca-abordagem-de-processo-e-escopo-do-sistema-de-gestao-ambiental/>>.

Capítulo 5

Avaliação da assistência farmacêutica

Avaliação da assistência farmacêutica

Fernanda Manzini
Samara Jamile Mendes
Silvana Nair Leite

5.1 Avaliação em saúde

Todos nós, seja no dia a dia familiar ou nos serviços, fazemos avaliações que direcionam as nossas atividades. Claro que, na maioria delas, utilizamos o senso-comum e a experiência adquirida para tomar decisão, ao invés de recorrermos a fórmulas, ferramentas ou procedimentos metodológicos. E nos serviços, como fazer para saber se uma prática implementada está trazendo os resultados esperados, como, por exemplo, a melhoria da saúde da população atendida em um serviço clínico farmacêutico? Como saber se é melhor ter farmácias regionalizadas na atenção básica ou descentralizar a dispensação para farmácias inseridas em todas as unidades de saúde? Para isso, é importante que nós, farmacêuticos, saibamos mais sobre a avaliação e, mais ainda, que incorporemos essa prática no cotidiano dos serviços.

Mas, afinal, o que é avaliação? São diversos os conceitos de avaliação expressos na literatura. Para Contandriopoulos e colaboradores (1997), a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Ou seja, avaliar é emitir um juízo de valor sobre algo e, quando necessário, propor alternativas para melhorar o objeto avaliado.

Nesse sentido, a avaliação deve ser entendida como um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, e deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas. Calvo e Henrique (2006) destacam que a avaliação deve ser entendida como um processo de negociação entre atores sociais e constitui-se em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham de corresponsabilidades, mediado por relações de poder. Segundo Tanaka e Melo (2004), a avaliação deve ser exercida por todos os envolvidos no planejamento e na execução dessas ações, ressaltando, assim, uma importante característica da avaliação: ser participativa. Seja você um farmacêutico que atua como gestor ou que atua em uma unidade de saúde, você deve participar do processo de avaliação.

Dos diversos conceitos sobre avaliação, Barreto e Calvo (2014) destacam alguns consensos estabelecidos:

- o conceito de avaliação está diretamente relacionado com a ideia de formular um juízo de valor sobre o objeto a ser avaliado, incorporando a ela uma carga subjetiva;

- medir nem sempre significa avaliar; e
- a avaliação deve ser um processo dinâmico, sistêmico.

A utilização da avaliação, com indicadores pertinentes às realidades locais, contribui não apenas com a gestão dos serviços, mas com todo o processo de planejamento. A avaliação é um instrumento de gestão para orientar a tomada de decisão, pois o juízo de valor, decorrente da avaliação, indicará a decisão a ser tomada nos serviços (BARRETO; CALVO, 2014).

Para Calvo e Henrique (2006), algumas concepções de avaliação são ultrapassadas ou são mitos, e precisam ser superadas:

- a) Os resultados da avaliação podem ter consequências negativas, como a diminuição de recursos ou perda do emprego. Por que superar isso? Essa ideia advém de uma lógica de avaliação punitiva, que não é um tipo de avaliação recomendado. A avaliação deve contribuir com os serviços e com seus trabalhadores, mesmo que o resultado encontrado, ao emitir o juízo de valor, não seja positivo ou o esperado. O resultado da avaliação deve apresentar alternativas para melhora do objeto avaliado.*
- b) A avaliação é perda de tempo, pois seus resultados serão usados aleatoriamente no planejamento. Por que superar isso? Se a avaliação tem um propósito claro, é participativa e envolve os atores avaliados, os resultados obtidos têm mais chances de serem incorporados e proporcionar mudanças nos serviços. A utilização dos resultados da avaliação depende, geralmente, de como o processo de avaliação foi conduzido e negociado com os atores envolvidos.*
- c) A avaliação exige um desenho complexo, deve ser conduzida por um especialista e é cara. Por que superar isso? Não é preciso ser um especialista para fazer uma avaliação. O rigor metodológico da avaliação depende, fundamentalmente, da sua finalidade. Uma avaliação conduzida pela academia tem o propósito de construir uma fundamentação teórica do tema e, como qualquer trabalho acadêmico, deve seguir os preceitos da metodologia de pesquisa. Já, a avaliação para um serviço precisa ser ágil e fornecer as respostas no momento da tomada de decisão, pois, de nada adianta seguir um rigor metodológico e elaborar uma extensa avaliação, se o resultado da avaliação for obtido após a tomada da decisão pelo gestor no serviço, por exemplo.*
- d) A avaliação toma tempo real da instituição e, embora desejável, é um luxo. Por que superar isso? A avaliação deve ser incorporada na rotina dos serviços, deve ser intrínseca às atividades diárias. São diversas as experiências positivas de serviços que incorporaram a avaliação em suas rotinas. Calvo e Henrique (2006) destacam que o tempo e o esforço gas-*

tos em avaliação são bem empregados e lucrativos, a médio e longo prazo, e que os instrumentos e as metodologias são acessíveis a instituições de vários tipos e tamanhos.

- e) *A avaliação não se presta para situações em que não é possível quantificar os resultados, pois, em avaliação, a quantidade é mais importante do que a qualidade.* Por que superar isso? Isso é um mito, pois, como apresentaremos aqui, neste capítulo, o uso da metodologia qualitativa permite avaliar os aspectos não quantificáveis, e eles são de grande importância em uma avaliação.

Diversos autores mencionam que as dificuldades para realizar uma avaliação não são, em sua grande maioria, técnicas. Dificuldades como a falta de vontade, de sensatez, de sentido comum, de sensibilidade pedagógica, de flexibilidade e de criatividade são mais comuns, mas não podem ser um impeditivo para a realização da avaliação (BARRETO; CALVO, 2014). É preciso reconhecê-las e, junto com os demais atores envolvidos no processo, buscar alternativas para superá-las.

Para Gairin-Sallán (1993 *apud* CALVO; HENRIQUE, 2006, p. 120), a melhor avaliação não é a mais técnica e precisa, mas aquela mais operativa, uma vez que uma boa avaliação deve selecionar e obter dados, assim como elaborar e divulgar os resultados para ajudar a tomada e melhora das decisões.

Manzini (2013) reflete que a avaliação, assim como a pesquisa, nunca é isenta. Os avaliadores, sejam eles externos ou internos, têm um posicionamento e isso deve estar explícito. É preciso que os avaliados, os que recebem o resultado da avaliação, tenham clareza disso, sem a ilusão positivista da isenção na pesquisa, e possam ler e compreender os resultados, entendendo esse contexto. Tanaka e Melo (2004) ponderam que o julgamento/juízo de valor, emitido ao final da avaliação, apresenta alto grau de subjetividade que dependerá mais do conhecimento prévio, da expectativa e dos valores do avaliador do que, propriamente, do dado objetivo.

5.1.1 Diferença entre diagnóstico, avaliação e monitoramento

Nem tudo que vimos chamando de avaliação é, de fato, uma avaliação. Como já expresso neste capítulo, uma avaliação busca explicações possíveis para a situação analisada por meio do juízo de valor expresso.

Quando não se conhece o objeto a ser avaliado ou não se tem dados suficientes sobre ele, o primeiro procedimento a se fazer é um diagnóstico, o qual embasará a realização de futuras avaliações.

Já, o monitoramento é um acompanhamento contínuo de normas, metas ou parâmetros, com objetivo de detectar alterações. Com grande importância no planejamento e na execução das ações, ele permite acompanhar e detectar possíveis problemas ou dificuldades na execução, possibilitando, assim, respostas ágeis aos problemas detectados.

Em ambos os casos - diagnóstico, avaliação e monitoramento - são utilizados indicadores, sendo todos de igual importância, já que sua utilização dependerá da finalidade desejada. A avaliação, necessariamente, deve emitir um juízo de valor, enquanto o monitoramento e o diagnóstico terão como resultado um parâmetro do objeto a ser avaliado. O que se percebe, no entanto, ao analisar algumas avaliações, inclusive na área farmacêutica, é que muitas ações de diagnóstico ou de monitoramento são, inadequadamente, chamadas de avaliações.

5.1.2 Tipologia de avaliação

Conforme expresso por Samico e colaboradores (2010, p. 15),

o campo da avaliação em saúde é impregnado por uma diversidade de termos, conceitos e métodos, o que está coerente com a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes na área da saúde, da heterogeneidade e complexidade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas.

A definição da técnica utilizada dependerá, entre outros fatores, do enfoque adotado e da experiência com a técnica de avaliação.

A tríade proposta por Donabedian (1980), composta de estrutura-processo-resultado, conforme expresso na Figura 1, a seguir, é um método de avaliação bem conhecido e dos mais empregados em avaliação em saúde.

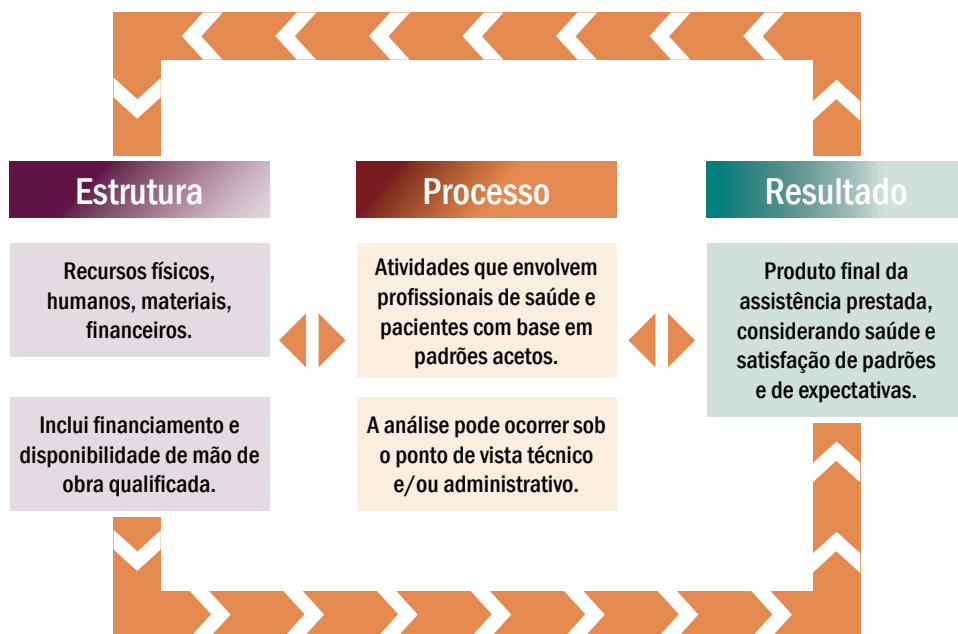


Figura 1 - Tríade da estruturação sistêmica.
Fonte: BARRETO; CALVO (2014).

Novaes (2000) propôs uma tipologia para caracterizar a finalidade das avaliações, quais sejam: investigação avaliativa, avaliação para gestão e avaliação para decisão, conforme expresso no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Critérios para caracterização de tipos de avaliação em saúde, segundo Novaes (2000).

CRITÉRIOS	INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA	AVALIAÇÃO PARA DECISÃO	AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Externo/interno
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização e compreensão	Caracterização e quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo, experimental e quase experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo e situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para a gestão
Juízo formulado	Hipóteses	Recomendações	Normas
Temporalidade	Pontual / replicado	Corrente / pontual	Integrado / contínuo

Fonte: NOVAES (2000).

Com base na caracterização dos tipos de avaliação desenvolvidos por Novaes, pesquisadores e profissionais técnicos da área desenvolvem, geralmente, avaliações para conhecimento do objeto, denominadas de investigação avaliativa. Já, para a produção científica, interessa que essas avaliações sejam orientadas por hipóteses, buscando associações entre as ações e os resultados observados (CALVO; HENRIQUE, 2006). Calvo e Henrique (2006) ponderam, ainda, que as avaliações acadêmicas e técnicas, com objetivo fundamental de conhecimento do objeto, nem sempre subsidiam a tomada de decisão, uma vez que a decisão é influenciada por muitos outros fatores além dos diagnósticos técnicos.

Os profissionais de saúde devem desenvolver avaliações que forneçam informações para aprimorar os programas e os serviços de saúde, como, por exemplo, a assistência farmacêutica. Dependendo da finalidade, são desenvolvidas avaliações do tipo avaliação para gestão ou avaliação para decisão, as quais devem ser dinâmicas, para acompanhar as frequentes alterações dos objetos avaliados, e tendo como enfoque prioritário a identificação de problemas relacionados ao objeto de avaliação e o estabelecimento de estratégias para resolução desses problemas, produzindo, assim, recomendações positivas em relação aos problemas identificados (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Em estudo reflexivo sobre as avaliações das políticas de saúde, Fernandes e colaboradores (2011) fizeram um levantamento dos artigos publicados sobre avaliação no período de 1994 até 2009, e constataram que 34,85% deles tratam de investigações avaliativas e que 13,64% não são consideradas avaliações. Embora as pesquisas avaliativas venham sendo valorizadas pela gestão, é importante ressaltar que, nesse tipo de avaliação, o avaliador não está inserido no serviço, e que a avaliação pode não ser aceita com tanta facilidade quanto uma avaliação que parte do serviço, direcionada para a resolutividade dos problemas e apoio nas tomadas de decisão.

Ao fazer uma avaliação, uma dúvida recorrente é quanto a que metodologia utilizar. É melhor usar um método quantitativo ou um método qualitativo? É consenso entre a maioria dos estudiosos da área que o uso de métodos quantitativos e qualitativos, em um mesmo estudo avaliativo, pode torná-lo mais consistente (SAMICO *et al.*, 2010).

Para Tanaka e Melo (2004), a abordagem quantitativa deve ser utilizada para realizar as aproximações iniciais com o objeto de avaliação, pois ela permite descrever e explicar, parcialmente, o objeto. Os autores destacam que isso ocorre devido a disponibilidade dos dados e a familiaridade que a maioria dos técnicos possuem com os números. Dispomos de muitas bases de dados no serviço público que, muitas vezes, não são utilizadas no cotidiano dos serviços para o planejamento e a avaliação das práticas desenvolvidas.

Para aprofundamento do significado e interpretação do fenômeno, é recomendado o uso de abordagens qualitativas (TANAKA; MELO, 2004; CALVO; HENRIQUE, 2006). Segundo Alves e colaboradores (2010), uma pesquisa avaliativa qualitativa vai além do entendimento de que os dados coletados “falam por si”, pois deve-se decompô-los e buscar relações entre eles, uma vez que sínteses são necessárias para que haja produção de julgamentos de valor.

5.2 Avaliação da assistência farmacêutica

Segundo estabelecido na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a assistência farmacêutica é

*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. 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 (BRASIL, 2004, grifo das autoras).*

Como já destacado no conceito, a avaliação deve ser uma das ações da assistência farmacêutica. Nos serviços de saúde, a prática da avaliação deve estar inserida na rotina e ser um instrumento da gestão, como o planejamento. Percebe-se, contudo, uma barreira criada nos processos de trabalho em relação à avaliação. Na prática, avaliar parece ser algo punitivo, por isso é pouco incorporado nas rotinas e não é visto como instrumento para qualificar a assistência farmacêutica.

As avaliações no âmbito da assistência farmacêutica, realizadas na lógica da tríade de Donabedian (estrutura-processo-resultado), têm recebido investimento e vêm demonstrando resultados isolados, às vezes, por levarem em consideração somente aspectos relacionados à estrutura ou ao processo; poucas vezes são realizadas avaliações que consideram os resultados da assistência farmacêutica. A estrutura, o processo e o resultado podem não ter uma conexão direta e gerar um juízo de valor na avaliação da assistência farmacêutica sem muitos subsídios, pois, em alguns serviços, a falta de estrutura dificulta o alcance dos resultados ou limita o desenvolvimento dos processos. Uma excelente estrutura ou processos adequados também não garantem o avanço nos resultados de assistência farmacêutica.

Quando se está tratando dos resultados de uma avaliação no serviço, é preciso levar em consideração que estes são subsídios que podem influenciar a tomada de decisão do gestor, e devem ter o potencial de direcionar para uma mudança em caso de um resultado que não atingiu o propósito estabelecido para a ação. Ao fazer uma avaliação, é importante que o farmacêutico faça o seguinte questionamento: Onde queremos chegar? Qual o resultado esperado da assistência farmacêutica?

Ter clareza do objetivo e da ação é um dos passos para alcançar os resultados desejados. A meta de um serviço deve estar direcionada pelo planejamento e, quando necessário, orientada por uma avaliação. A avaliação exige a emissão de um juízo de valor e só tem sentido com o direcionamento de um propósito, ou seja, com a finalidade da ação.

No âmbito nacional, uma avaliação importante na assistência farmacêutica foi realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/MS), em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre os anos de 2003/2004, intitulada “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, processo e resultados” (OPAS, 2005). Esse estudo teve como objetivo avaliar os resultados das políticas farmacêuticas por meio do acesso, da qualidade e do uso racional de medicamentos. Naquele momento, em especial, a avaliação permitiu visualizar um panorama da situação da assistência farmacêutica nos aspectos antes abordados, à luz da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), podendo contribuir para a construção de estratégias de intervenção e estabelecimento de um modelo de monitoramento da política de medicamentos no Brasil. Após 10 anos da Política Nacional da Assistência Farmacêutica, o panorama da área é diferente, sendo possível observar, na realidade

dos municípios brasileiros: farmácias mais estruturadas; avanços na política de financiamento; aumento na contratação de farmacêuticos, melhor qualificados e conscientes do seu papel no sistema de saúde, fatos que contribuem para a melhoria da assistência farmacêutica. Com isso, o cenário para fazer uma avaliação hoje é diferente daquele de há 10 anos, o que, sem dúvida, reflete na metodologia e na condução da avaliação.

Em estudo realizado por Santos (2011), ao analisar a produção bibliográfica na área da assistência farmacêutica e direcionada ao serviço, no âmbito do SUS, verificou-se que a maior parte dos trabalhos objetivou realizar avaliações restritas a descrições sobre aspectos estruturais dos serviços relacionados à aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos; pautadas por parâmetros normativos, com contribuições para um autodiagnóstico e posterior monitoramento no que diz respeito ao grau de adequação das instalações e dos procedimentos com este fim. Na busca realizada por Santos (2011), somente dois trabalhos estavam voltados ao desenvolvimento de metodologias de avaliação da assistência farmacêutica (COSENDEY; HARTZ; BERMUDEZ, 2003; OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2009).

Em 2010, Barreto e Guimarães publicaram uma proposta diferenciada de avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica, trazendo uma abordagem de avaliação da assistência farmacêutica, sob a lógica de um conceito ampliado de gestão, no estado da Bahia. A avaliação mostrou que a visão da assistência farmacêutica, como um ciclo, voltado a cumprir as suas etapas, não possibilita fazer uma gestão partilhada, com autonomia decisória, que considere questões sociais e políticas envolvidas no fazer gestão (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Outros estudos têm proposto metodologias que relacionam a avaliação ao serviço e a sua inserção na gestão. Sartor (2010) desenvolveu um modelo de avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica do SUS, no município de Florianópolis (SC). O modelo apresentou-se adequado para avaliação de eficácia do serviço, elaborado com cinco dimensões de análise. Nos resultados encontrados, a eficácia do serviço no município foi classificada como regular. A orientação foi o principal problema dos serviços apontado, seguido pelo acolhimento e pela separação e preparação do medicamento.

Em 2013, uma avaliação desenvolvida em Santa Catarina sobre a capacidade de gestão da assistência farmacêutica, adaptou uma proposta metodológica já aplicada na Bahia, para a realidade catarinense. O processo de readequação aconteceu de forma participativa, com a inserção de farmacêuticos de vários municípios do Estado e, como resultado, foi possível compilar indicadores que representassem a realidade e apontassem as necessidades da assistência farmacêutica catarinense. A avaliação gerou subsídios para os pesquisadores elencarem aspectos relevantes para a gestão da assistência farmacêutica, como: a dificuldade de relação dos municípios com a gestão estadual; a relevância do controle social

como um aliado da assistência farmacêutica; a atual informalidade em que a gestão se encontra, sem entender a importância da institucionalização dos processos e serviços; e o papel do farmacêutico como gestor. Os resultados da avaliação proposta geraram subsídios para a melhoria da gestão da assistência farmacêutica no Estado, já que os profissionais que atuam na área, ao se apropriarem desses resultados, obtiveram mais instrumentos e argumentos para a negociação com os gestores (MANZINI, 2013; MENDES, 2013).

As avaliações elaboradas pela academia produzem referencial teórico importante para subsidiar e orientar as avaliações no cotidiano dos serviços. A parceria entre o ensino e o serviço pode contribuir no desenvolvimento de avaliações.

A depender do objeto escolhido, o recorte da avaliação realizado é distinto, uma vez que podemos avaliar o serviço da Central de Abastecimento Farmacêutica, a dispensação dos medicamentos na unidade de saúde ou a assistência farmacêutica do município, por exemplo. Ao determinar um objeto para ser avaliado, é fundamental analisar qual é a governabilidade que se tem sobre ele.

O objeto a ser avaliado determinará os direcionamentos da avaliação. Mais do que isso, o entendimento que se tem do objeto avaliado influenciará o processo de avaliação. Por exemplo, se uma simples entrega do medicamento for realizada na dispensação, e esse for o propósito da ação, a avaliação será construída com base nessa finalidade. Quando o serviço é desenvolvido com uma concepção ampliada de dispensação, considerando aspectos sociais e políticos; reconhecendo as necessidades do usuário, a importância da relação com a equipe de saúde, em especial com os prescritores, a adequada estrutura física da assistência farmacêutica, entre outros fatores, a avaliação incorporará esses aspectos e apresentará indicadores também ampliados, e que possam gerar uma resposta adequada para a tomada de decisão.

Ao finalizar uma avaliação e compreender os resultados obtidos, mesmo não tendo a solução para todos os problemas evidenciados, a avaliação deve ser estimulada. É necessário estabelecer as metas e os objetivos do serviço, e saber aonde se quer chegar. Elencar os objetivos mais próximos de serem alcançados até os considerados mais difíceis ou longe do nosso alcance imediato, ou seja, despertar para saber aonde chegar – só assim é possível identificar o avanço (LEITE *et al.*, 2014).

Para superar a concepção minimalista de assistência farmacêutica, ainda encontrada nos serviços, reduzida ao fornecimento do produto medicamento, é preciso que se faça uma reflexão sobre qual é o objetivo desse serviço e qual é a expectativa da população em relação à assistência farmacêutica, o que ela espera dos serviços prestados pelo farmacêutico. Se a expectativa da população for o recebimento do medicamento, por exemplo, ela estará satisfeita em receber o produto, mesmo que isso ocorra em um local sem condições adequadas para

atendimento, sem a presença de um farmacêutico e sem o fornecimento das informações para o uso adequado do medicamento. Nesse contexto, a avaliação desse serviço pode indicar um resultado satisfatório, dependendo de como a avaliação foi realizada.

5.3 Avaliação no cotidiano dos serviços

Os principais conceitos e as linhas de pensamento sobre avaliação em saúde e da assistência farmacêutica são apresentados a seguir. Como operacionalizar a avaliação no cotidiano dos serviços?

5.3.1 Como conduzir um processo de avaliação no serviço

Assim como o planejamento, a avaliação precisa ser dinâmica e deve refletir as demandas do serviço e da equipe de saúde, adaptando-se conforme as mudanças que surgirem. Antes de selecionar indicadores, é preciso determinar o objeto a ser avaliado e qual o modelo de avaliação a ser adotado.

Conhecer o objeto a ser avaliado é o primeiro passo para qualquer avaliação. Caso não se conheça esse objeto (serviço, programa, sistema), deve-se realizar um diagnóstico antes de se pensar em uma avaliação.

Os modelos de avaliação precisam estar de acordo com a realidade do serviço e refletir o contexto onde serão aplicados. É possível utilizar indicadores da literatura, desde que readequados à realidade local, ou elaborar novos. Pode ser que um modelo de avaliação reflita bem o momento que o serviço está passando, mas, em um período posterior, os indicadores já não revelem a situação do objeto avaliado, pois o serviço é dinâmico e sofre alterações, além de atualizações que podem ocorrer na legislação, por exemplo.

As ideologias do grupo que vai construir a avaliação, as especificidades da organização do local e o momento político da saúde também vão direcionar o modelo. Como já exposto, a avaliação nunca é isenta, uma vez que os envolvidos têm um posicionamento, e isso deve estar explícito. De qualquer forma, é importante basear a avaliação em uma metodologia reconhecida, respeitando, criteriosamente, as questões éticas e científicas, necessárias para garantir um resultado mais próximo da realidade.

O caráter participativo da avaliação é fundamental para que os resultados obtidos não acabem em desuso. O envolvimento dos atores deve acontecer em todo o processo: na concepção da avaliação; no conhecimento do objeto; na construção da matriz avaliativa (onde são definidos os indicadores, as medidas e os parâmetros); na definição dos critérios para emissão do juízo de valor; na aplicação e no levantamento dos dados; e na discussão dos resultados obtidos. Alves e colaboradores (2010) reforçam essa ideia, ao afirmarem que, para

a avaliação ser um processo de caráter formativo, com o intuito de contribuir com a aprendizagem dos sujeitos envolvidos, é preciso que os interessados participem de todas as etapas do processo, não somente na fase de divulgação e devolutiva dos resultados.

O envolvimento dos interessados no processo de avaliação permite que mais pessoas estejam envolvidas e comprometidas com a assistência farmacêutica e, com isso, maior será a possibilidade de desenvolvimento de ações que impliquem em reais mudanças (MANZINI, 2013), fortalecendo o serviço. Incluir atores que vão além da gestão central como, profissionais de saúde, usuários do serviço, controle social vai enriquecer a construção da avaliação e a busca pela melhora do serviço terá mais legitimidade.

A necessidade de avaliar pode surgir em diferentes períodos e estágios de desenvolvimento do serviço. Em alguns momentos, o gestor pode demandar a avaliação para uma tomada de decisão. Em outros, o farmacêutico pode ter a sensibilidade e realizar uma avaliação para propor novos projetos ou verificar o andamento de algo já implantado, utilizando o resultado da avaliação como subsídio para melhora e fortalecimento do serviço.

É importante sempre refletir sobre os resultados da avaliação, uma vez que ela implica na emissão do juízo de valor, sendo ele positivo ou negativo. Quando o resultado é totalmente positivo e não indicar problemas no serviço, podemos pensar em duas situações: será que era necessário avaliar esse serviço? Ou, será que os indicadores, as medidas e os parâmetros estavam inadequados? Deve-se sempre utilizar a avaliação para mudar, para aprimorar o objeto avaliado. Já, quando os resultados são negativos, podem ter ocorrido problemas na matriz avaliativa, como o uso de indicadores não sensíveis, por exemplo; ou pode ser que o serviço esteja realmente com problemas. Nesse caso, os resultados devem ser refletidos junto aos gestores para buscar a melhora na situação apresentada, levando, inclusive, à priorização dessas ações no planejamento.

5.3.2 Exemplos de indicadores para avaliação da assistência farmacêutica

Para elaborar uma avaliação, é preciso construir uma matriz avaliativa, onde estão expressos os elementos que auxiliarão na análise e interpretação das informações, orientando a emissão do juízo de valor. A literatura no campo da avaliação apresenta diferentes denominações para a matriz avaliativa, tais como: matriz de descrição do programa; matriz de comparação ou análise; matriz de monitoramento; matriz de julgamento; matriz de avaliação (ALVES *et al.*; 2010; BERRETTA *et al.*, 2011; SCALCO *et al.*, 2010).

A Figura 2 apresenta, resumidamente, os elementos que compõem a matriz avaliativa, sobre os quais será discorrido na sequência.

Pergunta → indicador → medida → parâmetro



Elementos para emissão do juízo de valor da avaliação

Figura 2 - Elementos que compõem a matriz avaliativa.
Fonte: MANZINI (2013).

Indicador

É comum, na área da saúde, utilizarmos indicadores para analisar a situação de saúde da população, a produtividade dos serviços, as condições de saneamento básico no município, entre outros fatores. Mas, afinal, o que é um indicador?

Indicador, segundo Guimarães e colaboradores (2004), é um elemento que aponta certa condição, característica, atributo ou medida numérica que permite o registro, a compilação e a análise de dados e informações sobre um evento, tornando possível a mensuração de conceitos mais complexos, e sintetiza ou representa e/ou dá maior significado ao que se quer avaliar. Alves e colaboradores (2010) ponderam que, como elemento que indica, o indicador será sempre uma aproximação do fenômeno e não o fato em si.

O grau de excelência de um indicador está relacionado com a sua validade e a sua confiabilidade, sendo validade entendida como a capacidade de medir o que se pretende, e confiabilidade a capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando o indicador é aplicado em condições similares. A validade de um indicador é determinada pela sua especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado) e pela sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) (BRASIL, 2008).

Os indicadores devem ser elaborados de forma que possibilitem a análise e a interpretação com facilidade, sendo expressos de maneira compreensível aos atores envolvidos na avaliação. A validação do uso dos indicadores escolhidos para a realidade proposta, incluindo o consenso entre os envolvidos, contribui para a aceitabilidade dos resultados e para o uso da avaliação. Tanaka e Melo (2004) ponderam que o indicador selecionado ou elaborado deve estar acessível ou ser obtido em curto prazo e sem demandar muito trabalho.

Para saber mais sobre indicadores, consulte a página na internet da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

Medidas

Como maneira de dimensionar os resultados, para cada indicador deve ser estabelecida uma medida, também conhecida como fórmula. As medidas utilizadas são binárias (eventos que admitem apenas duas possibilidades) ou contínuas.

Para um indicador específico, como, por exemplo, mortalidade infantil, é possível ter mais de uma medida:

- Ocorrência de óbitos de menores de 1 ano em determinado local e período - medida: sim/não. Esse é um exemplo de uma medida binária.
- Número de óbitos de menores de um ano em determinado local e período (número absoluto).
- Número de óbitos de menores de um ano para cada mil nascidos vivos em determinado local e período (proporção).

Parâmetro

Ao selecionarmos o indicador devemos sempre indicar com o que o resultado encontrado será comparado, o que é chamado de parâmetro. O parâmetro é uma referência adotada por quem está avaliando e deve ser aceito pela equipe de trabalho e pelos atores envolvidos na pesquisa. Tais parâmetros estão fundamentados em aspectos normativos, estabelecidos, legalmente e em revisão da literatura, e devem estar definidos antes da coleta de dados. O parâmetro deve ter a mesma escala que a sua medida. O valor de cada indicador pode ser consequência direta de seu parâmetro (TANAKA; MELO, 2004).

Tanaka e Melo (2004) reforçam, ainda, que o parâmetro deve ser sempre um referencial factível no contexto do objeto avaliado e não apenas uma meta ideal ou um “padrão” adotado, que não reflete as condições objetivas da realidade local. Para tanto, ao selecionar indicadores para a avaliação de um serviço, é preciso analisar com atenção as medidas e os parâmetros propostos, adequando-os à realidade. Adequar à realidade não significa que ele deve ser ajustado para que o resultado da avaliação seja positivo, mas sim que ele reflita as características locais de organização do serviço, por exemplo.

Apresentamos, no Quadro 2, exemplos de indicadores já utilizados e validados para a avaliação da assistência farmacêutica. Para elaboração do quadro, optou-se pela separação dos indicadores por categorias. No entanto, os indicadores apresentados podem se enquadrar em mais de uma das categorias apresentadas.

Quadro 2 - Modelos de indicadores utilizados na avaliação da assistência farmacêutica.

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Seleção	Existência formal da CFT na Secretária Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Oficial: portaria ou nomeação dos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica - Não oficial - Não existe 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica - Portaria de instituição da CFT 	<p>MANZINI, 2013 MENDES, 2013</p> <p>Indicador semelhante encontrado em: BARRETO; GUJIMARÃES, 2010 BRASIL, 2006</p>
Seleção	Regularidade de funcionamento da CFT no último ano	<p>Municípios com mais de 100.000 habitantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acima de 6 (seis) reuniões anuais: regular - Abaixo de 6 (seis) reuniões anuais: irregular <p>Municípios com menos de 100.000 habitantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acima de 3 (três) reuniões anuais: regular - Abaixo de 3 (três) reuniões anuais: irregular 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica 	<p>MANZINI, 2013 MENDES, 2013</p> <p>Indicador semelhante encontrado em: BARRETO; GUJIMARÃES, 2010</p>
Seleção	CFT possui recursos para financiamento das suas atividades	Não disponibilizado na fonte consultada	Não disponibilizado na fonte consultada	SANTANA, 2013
Seleção	Estratégias de divulgação da lista e das decisões da CFT	Não disponibilizado na fonte consultada	Não disponibilizado na fonte consultada	SANTANA, 2013
Seleção	Existência da Remume	<ul style="list-style-type: none"> - Institucionalizada por meio de norma (resolução, portaria, ofício) - Não institucionalizada por meio de norma - Não existe 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica, secretário de saúde, prescritores e coordenadores das unidades de saúde - Publicação oficial da Remume 	<p>MANZINI, 2013 MENDES, 2013</p> <p>Indicador semelhante encontrado em: BRASIL, 2006</p>

CONTINUA >>>

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Seleção	Elaboração de pareceres e/ou relatórios técnicos para documentar as alterações da lista	Não disponibilizado na fonte consultada	Não disponibilizado na fonte consultada	SANTANA, 2013
Programação	Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica	Sim / Não	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica	MANZINI, 2013 MENDES, 2013
Programação	Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos	- Utilização de métodos de programação de medicamentos: a) perfil epidemiológico b) oferta de serviços c) consumo histórico d) consumo ajustado - Não utilização de métodos de programação	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica - Entrevista com farmacêuticos	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: BARRETO; GUIMARÃES, 2010 BRASIL, 2006
Programação	Percentual de UBS que realizam programação de necessidades de medicamentos essenciais	Número de UBS que realizam programação de necessidades medicamentos/Total de UBS x 100	Não disponibilizado na fonte consultada	BARRETO; GUIMARÃES, 2010
Programação	Percentual de UBS em que o farmacêutico é o responsável pela elaboração da programação de necessidades de medicamentos essenciais	Número de UBS em que o farmacêutico é o responsável pela elaboração da programação de medicamentos/Total de UBS x 100	Não disponibilizado na fonte consultada	BARRETO; GUIMARÃES, 2010
Programação	Utilização do sistema informatizado para controlar o estoque	Sim / Não	Não disponibilizado na fonte consultada	CORREIA, 2007

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Aquisição	Tempo de média de desabastecimento em unidades públicas de saúde e CAF	Número de dias médio de desabastecimento: número dias de desabastecimento de cada medicamento x 365 / número de dias cobertos na revisão de cada medicamento Tempo médio de desabastecimento em cada unidade: número médio de dias de desabastecimento = do número de dias de desabastecimento por ano de todos os medicamentos / número de medicamentos principais cobertos	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006
Aquisição	Porcentagem de medicamentos adquiridos que não pertencem à Relação de Medicamentos Essenciais	Número de medicamentos adquiridos que não pertencem à Relação de Medicamentos Essenciais / número total de medicamentos adquiridos x100	- Secretaria Municipal de Saúde - Coordenação de assistência farmacêutica	COSENDEY, 2000 MARIN <i>et al.</i> , 2003
Aquisição	Porcentagem do orçamento público gasto com medicamentos, do total do orçamento destinado aos medicamentos (desempenho orçamentário)	Parte do orçamento público gasto com medicamentos / orçamento destinado à compra de medicamentos x 100	- Secretaria Municipal de Saúde (setor de compras) - Coordenação de assistência farmacêutica	COSENDEY, 2000 MARIN <i>et al.</i> , 2003
Armazenamento / Distribuição	Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as unidades de saúde, conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal	Sim/ Não com base nos seguintes critérios: - Regularidade recomendada: mensal, quinzenal e semanal - Irregular: diferente desta situação	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica - Análise do cronograma	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: BARRETO; GUJMARÃES, 2010
Armazenamento / Distribuição	Existência de POP que descrevam as normas para o correto armazenamento dos medicamentos	Sim / Não	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006

CONTINUA >>>

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Armazenamento / Distribuição	Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições adequadas para o armazenamento de medicamentos	Sim / Não	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006
Armazenamento / Distribuição	Existência de POP que descrevam as normas para o transporte dos medicamentos	Sim / Não	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006
Armazenamento / Distribuição	Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque das unidades de saúde	- Sim / Não para medicamentos fora da validade - Existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade	- Verificação do estoque de medicamentos destinados à dispensação nas unidades de saúde	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: BARRETO: GUITMARÃES, 2010 BRASIL, 2006 OPAS, 2005 BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006 COSENDEY, 2000 MARIN <i>et al.</i> , 2003
Armazenamento / Distribuição	Existência de procedimentos preventivos da perda de medicamentos por validade na CAF	Sim / Não	Não disponibilizado na fonte consultada	CORREIA, 2007 COSENDEY, 2000 MARIN <i>et al.</i> , 2003

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Armazenamento / Distribuição	Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos	Sim / Não para os seguintes instrumentos: - Termômetro digital - Aparelho condicionador de ar - Refrigerador próprio para armazenamento de termolábeis - Armário com chave para armazenamento dos psicotrópicos Considerar, para cada unidade de saúde, apenas os itens elegíveis. Calcular a porcentagem de cada unidade e, para o município, a média das porcentagens das unidades	- Verificação das condições na Farmácia da unidade de saúde	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: BARRETO; GUILMARÃES, 2010 OPAS, 2005
Armazenamento / Distribuição	Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS)	Sim / Não	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica - Análise do PGRSS	MANZINI, 2013 MENDES, 2013
Armazenamento / Distribuição	Existência de controle de estoque de medicamentos nas áreas de armazenamento municipais	O controle da movimentação de estoque é o registro diário das entradas e saídas de medicamentos e o estoque residual da movimentação, podendo ser realizado por meio manual (fichas de prateleiras) ou informatizado	Não disponibilizado na fonte consultada	BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006
Dispensação	Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos	Sim / Não	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica - Análise do instrumento de padronização de dispensação de medicamentos	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: BRASIL, 2006
Dispensação	Porcentagem de medicamentos prescritos pela denominação genérica (DCB ou DCI)	Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico: número de medicamentos prescritos pelo nome genérico / número total de medicamentos prescritos x100	- Análise de prescrições arquivadas	OPAS, 2005 Indicador semelhante encontrado em: BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006

CONTINUA >>>

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Dispensação	Abordagem ao usuário	<p>Sim: Se realizou a identificação do usuário em 50% ou mais dos atendimentos e se saudou o usuário ou se colocou-se à disposição em 50% ou mais dos atendimentos</p> <p>Não: Se realizou a identificação do usuário em menos de 50% dos atendimentos</p>	Não disponibilizado na fonte consultada	SARTOR, 2010
Dispensação	Porcentagem de unidades básicas de saúde (UBS) que possuem farmacêutico na dispensação	Número de UBS que possuem farmacêutico na dispensação / número total de UBS que dispensam medicamentos x 100	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006 BARRETO; GUIMARÃES, 2010
Dispensação	Porcentagem de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial, que possuem farmacêutico na dispensação	Número de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial, que possuem farmacêutico na dispensação / número total de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial x 100	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006
Dispensação	Orientação para o processo de uso dos medicamentos	<p>Sim: Se procurou informar modo de uso em 50% ou mais dos atendimentos e informar sobre acesso (um evento percebido) ou sobre tratamento não medicamentoso em 50% ou mais dos atendimentos</p> <p>Não: Se procurou informar modo de uso em menos de 50% dos atendimentos</p>	Não disponibilizado na fonte consultada	SARTOR, 2010
Farmacovigilância	Porcentagem de profissionais capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, entre outros)	Número de profissionais capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos / número total de profissionais X 100	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Acessibilidade / Acesso	Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componentes básico, especializado e estratégico) adotadas / padronizadas pelo município	Total de medicamentos prescritos que constam nas listas de medicamentos adotadas pelo município / Total de medicamentos prescritos por usuário dia x 100	- Prescrições na unidade de saúde - Listas de medicamentos adotadas pelos municípios	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: BARRETO; GUIMARÃES, 2010 BRASIL, 2006 OPAS, 2005
Acessibilidade / Acesso	Medicamentos que constam na Remume e que não constam na RENAME vigente e/ou em elencos pactuados na CIB	Total de medicamentos da Remume não constantes na RENAME vigente e/ou em elencos pactuados na CIB / Total de medicamentos da REMUME X 100	- Análise da Remume e RENAME vigente - Análise de pactuações vigentes da CIB	MANZINI, 2013 MENDES, 2013
Acessibilidade / Acesso	Porcentagem de prescrições atendidas na íntegra, aos usuários do SUS nas UBS	Não disponibilizado na fonte consultada	Não disponibilizado na fonte consultada	BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006
Acessibilidade / Acesso	Porcentagem de itens de medicamentos prescritos atendidos nas UBS.	Não disponibilizado na fonte consultada	Não disponibilizado na fonte consultada	BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006
Uso Racional de Medicamentos	Número médio de medicamentos por prescrição, nas unidades de saúde (prescrições arquivadas na farmácia e entrevista ao paciente após atendimento na farmácia)	Número de medicamentos por prescrição: total de medicamentos prescritos / número de prescrições revistas Número de medicamentos por prescrição: total de medicamentos prescritos / número de pacientes entrevistados	Não disponibilizado na fonte consultada	OPAS, 2005 BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006
Uso Racional de Medicamentos	Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remume pelos prescritores	Número de prescritores que referem conhecimento dos mecanismos de divulgação da Remume / Total de informantes x 100	- Entrevista com prescritores - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: BARRETO; GUIMARÃES, 2010 BRASIL, 2006 OPAS, 2005

CONTINUA >>>

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Estruturação dos serviços	Existência de sistema informatizado na rede de assistência farmacêutica, integrado ao sistema da rede de atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de assistência farmacêutica possui sistema informatizado e está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde - Rede de assistência farmacêutica possui sistema informatizado, mas não está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde - Não existe sistema informatizado 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica 	MANZINI, 2013 MENDES, 2013
Estruturação dos serviços	Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 4 (quatro) anos, em serviços de assistência farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> Sim/ Não para as seguintes questões: - Reforma ou ampliação de Farmácia de unidade de saúde - Reforma ou ampliação da CAF - Programas de capacitação de recursos humanos - Informatização da rede - Aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de assistência farmacêutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica 	MANZINI, 2013 MENDES, 2013
Estruturação dos serviços	Unidades de saúde que contam com a presença de farmacêutico	Número de unidade de saúde que contam com a presença de farmacêutico / Total de unidade de saúde x 100	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica 	MANZINI, 2013 MENDES, 2013
Estruturação dos serviços	Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico	Sim / Não	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica 	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: SARTOR, 2010
Estruturação dos serviços	Porcentagem de trabalhadores da assistência farmacêutica (exceto o farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 (quarenta) horas em assistência farmacêutica	Número total de trabalhadores que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em assistência farmacêutica / número total de trabalhadores da assistência farmacêutica X 100	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Estruturação dos serviços	Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais (nível superior e médio) que atuam na assistência farmacêutica	Sim / Não	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006
Estruturação dos serviços	Existência de parceria entre a coordenação de assistência farmacêutica do município e a coordenação estadual	Sim / Não	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica - Entrevista com secretário de saúde	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 BARRETO; GUIMARÃES, 2010
Estruturação dos serviços	Tipo (diversidade) de recursos incorporados à assistência farmacêutica municipal por meio de parceria com a coordenação estadual	Tipos de Recursos/apoio incorporados: 1. Recursos/Apoio Técnico 2. Recursos/Apoio Financeiro para além das obrigações já pactuadas 3. Recursos/Apoio Logístico	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica - Entrevista com secretário de saúde	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 BARRETO; GUIMARÃES, 2010
Estruturação dos serviços	Farmacêuticos que participaram de capacitação em assistência farmacêutica, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos	Número de farmacêuticos que participaram de capacitação em assistência farmacêutica, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos/ total de informantes x 100	- Entrevista com farmacêuticos, incluindo o coordenador da assistência farmacêutica, se for farmacêutico	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: BARRETO; GUIMARÃES, 2010
Estruturação dos serviços	Porcentagem de serviços de assistência farmacêutica (armazenamento, distribuição, transporte e dispensação de medicamentos) em condições adequadas de funcionamento (espaço físico, computador, fontes de informação específicas, sistema informatizado, recursos humanos etc.)	Número de serviços de assistência farmacêutica em condições adequadas de funcionamento / número total de serviços de assistência farmacêutica x 100	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006
Estruturação dos serviços	Existência de protocolos clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas unidades de saúde	Sim / Não	Não disponibilizado na fonte consultada	BRASIL, 2006

CONTINUA >>>

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Controle Social	Discussões das questões da área de assistência farmacêutica junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 (quatro) anos	Sim / Não para as seguintes situações: - Discussão e aprovação da Remuneração - Discussão sobre questões que alteram a organização do serviço - Discussão sobre novos projetos da área	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica - Entrevista com responsável pela Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde	MANZINI, 2013 MENDES, 2013
Planejamento / Monitoramento / Avaliação	Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde	- Participou das atividades da elaboração do Plano Municipal de Saúde - Subsidiou tecnicamente a elaboração do capítulo de assistência farmacêutica - Farmacêuticos não participaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica	MANZINI, 2013 MENDES, 2013
Planejamento / Monitoramento / Avaliação	Conhecimento do Plano Municipal de Saúde segundo farmacêuticos	Número de farmacêuticos que conhecem o Plano Municipal de Saúde / Total de informantes x 100	- Entrevista com farmacêuticos, incluindo o coordenador da assistência farmacêutica, se for farmacêutico	MANZINI, 2013 MENDES, 2013
Planejamento / Monitoramento / Avaliação	Elaboração participativa dos objetivos, das diretrizes e metas da assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde	- Elaboração pela coordenação da assistência farmacêutica com participação de farmacêuticos ou outros profissionais dos serviços - Outra forma de elaboração - Não existe a descrição dos objetivos, das diretrizes e metas sobre assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica - Análise do Plano Municipal de Saúde	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: BARRETO; GUIMARÃES, 2010 BRASIL, 2006
Planejamento / Monitoramento / Avaliação	Existência de monitoramento da assistência farmacêutica e utilização dos dados no planejamento das ações	- Existe o monitoramento e os dados são utilizados no planejamento - Existe o monitoramento e os dados não são utilizados no planejamento - O monitoramento não é realizado	- Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica	MANZINI, 2013 MENDES, 2013 Indicador semelhante encontrado em: BRASIL, 2006 CORREIA, 2007

CATEGORIA	INDICADOR	MEDIDA	FONTE DE OBTENÇÃO DOS DADOS	REFERÊNCIA CONSULTADA
Coordenação da Assistência Farmacêutica	Condição de existência da coordenação da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação instituída por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador - Coordenação não instituída por norma ou não atribuição de cargo comissionado ao coordenador - Não há reconhecimento das funções de gestão da assistência farmacêutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica - Entrevista com secretário de saúde - Documento de institucionalização da coordenação de assistência farmacêutica 	<p>MANZINI, 2013 MENDES, 2013</p> <p>Indicador semelhante encontrado em: BARRETO; GUILMARÃES, 2010 BRASIL, 2006</p>
Coordenação da Assistência Farmacêutica	Profissão do coordenador da assistência farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> - Farmacêutico - Outra profissão da área da saúde - Outra profissão que não seja da área da saúde/Qualquer outra situação 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica 	<p>MANZINI, 2013 MENDES, 2013</p>
Coordenação da Assistência Farmacêutica	Vínculo trabalhista do coordenador da assistência farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> - Estatutário - Outras formas de contratação - Não existe o cargo de coordenador da assistência farmacêutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da assistência farmacêutica 	<p>MANZINI, 2013 MENDES, 2013</p>

Legenda: CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico / CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica / CIB: Comissão Intergestores Bipartite / DCB: Denominação Comum Brasileira / DCI: Denominação Comum Internacional / PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde / POP: Procedimento(s) Operacional Padrão / Remume: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais / SUS: Sistema Único de Saúde / UBS: Unidade Básica de Saúde.
Fonte: Elaborado pelos autores, com base nas referências citadas no quadro.

Os indicadores apresentados no Quadro 2 são exemplos de indicadores utilizados em avaliações da assistência farmacêutica, utilizando objetos específicos e recortes diferenciados. E representam uma breve síntese dos muitos trabalhos de avaliação na área, com diferentes enfoques: avaliação da assistência farmacêutica municipal; avaliação da assistência farmacêutica estadual; avaliação da gestão da assistência farmacêutica; avaliação de um serviço específico, com a avaliação, entre outros. É importante observar que alguns estudos não apontavam todas as informações requeridas na tabela, tal como a medida que, neste caso, aparece no Quadro 2 como “não disponibilizado na fonte consultada”.

Ao construir uma avaliação, pode-se optar pela utilização de indicadores já construídos e validados em outros estudos, como os apresentados no Quadro 2, ou pode-se optar pela elaboração de novos indicadores.

Ao utilizar indicadores já construídos para outras realidades, é fundamental que seja realizado um processo de adequação para a realidade na qual será feita a avaliação, pois, só assim, a avaliação trará resultados fiéis e efetivos ao objeto. Recomenda-se que esse processo de readequação seja participativo, envolvendo especialistas no determinado objeto da avaliação, os quais podem ser desde pessoas com experiências acadêmicas até profissionais, usuários, cujas vivências sejam significativas para a questão em foco. Essa análise deve envolver toda a matriz avaliativa: indicadores, medidas e parâmetros.

Seja para readequar os indicadores ou para propor novos, sugere-se a utilização de técnicas de consenso, com a participação dos especialistas no tema. As principais técnicas de consenso são: comitê tradicional; método Delfos (Delphi); grupo nominal; e júri simulado. É importante utilizar uma metodologia para a discussão e adequação, pois os métodos permitem desenvolver, de forma padronizada, o processo, além de gerarem subsídios para o processo de construção da avaliação.

5.3.3 Como apresentar os resultados de uma avaliação

Uma avaliação não servirá para subsidiar a tomada de decisões e intervenção concreta sobre o que foi avaliado, se seus resultados não forem comunicados, adequadamente, para as pessoas envolvidas na tomada de decisão.

A essa forma de comunicação, Tanaka e Melo (2004) denominam de audiências relevantes, ponderando, ainda, sobre questões importantes que devem ser analisadas na apresentação dos resultados de uma avaliação:

- Sugere-se que, antes da elaboração do relatório final, os resultados da avaliação possam ser apresentados e discutidos com todos os participantes do processo e todos os interessados pelos seus resultados. Uma avaliação não pode ser participativa só no momento da elaboração e da

coleta de dados. A discussão dos resultados com esses atores contribuirá na elaboração do relatório final, e, mais do que isso, trará parceiros para o uso dos resultados da avaliação no serviço.

- O tomador de decisão está interessado no resultado e não na trajetória da avaliação. A ele basta que se apresente o resultado da forma mais objetiva possível, sem o detalhamento do processo metodológico.
- O relatório final deve conter a menor quantidade de texto possível, com o maior número de informações, com uma breve interpretação destas, em quadros, tabelas e matrizes.
- É fundamental adequar a linguagem ao público-alvo. Um relatório a ser apresentado ao gestor é diferente de um relatório apresentado para o controle social, por exemplo.

Lembre-se de que a avaliação para um serviço precisa ser ágil e fornecer as respostas no momento da tomada de decisão. De nada adianta apresentar o resultado, se a decisão já foi tomada.

Nemes (2001) destaca, também, que a avaliação em saúde desenvolverá maior potencialidade e sua utilização nos serviços será mais eficaz quanto mais pensarmos nela como decodificadora da realidade e, como produtora de insumos para o debate político. Nesse sentido, as avaliações dos serviços têm o papel de estabelecer os resultados da ação e de possibilitar aos envolvidos uma visão do andamento do serviço. As pesquisas não são isentas e refletem o momento e o contexto da assistência farmacêutica, ressaltando a importância do envolvimento dos profissionais e dos usuários nesse processo, para que todos entendam o resultado obtido e, na tomada de decisão, a participação seja, de fato, efetiva.

Farmacêutico, incorpore a prática da avaliação no cotidiano da farmácia! Utilize a avaliação como ferramenta na tomada de decisão e como fator para incorporação de novos parceiros na construção da assistência farmacêutica, como os outros profissionais de saúde e do controle social.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. A. A.; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Interpretação e análise das informações: O uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (org). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 89-107.

BARRETO, J. L.; CALVO, M. C. M. Avaliação em saúde e avaliação da assistência farmacêutica. In: Gestão da assistência farmacêutica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS - Florianópolis: UFSC, 2014.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

- BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 1, p. 73-83, 2006.
- BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF*, 20 de maio de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/php/index.php>>. Acesso em: 28 mar. 2014.
- CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação – algumas concepções sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. *Aodontologia e a Estratégia de Saúde da Família*. Tubarão: Ed. Unisul, 2006. p. 115-136.
- CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.
- CORREIA, A. R. F. Avaliação da Qualidade da Assistência Farmacêutica na Rede Pública Municipal de Atenção Primária de Saúde de Fortaleza - Ceará. 2007. 165 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.
- COSENDEY, M. A. E. Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.
- COSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. 395-406, abr. 2003.
- DONABEDIAN, A. The Definition of Quality: A Conceptual Exploration. In: DONABEDIAN, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. v. 1. p. 3-31.
- FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, set, 2011.
- GUIMARÃES, M. C. L.; SANTOS, S. M. C.; MELO, C.; FILHO, A. S. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov-dez, 2004.
- LEITE, S. N.; GUIMARÃES, M. C. L.; ROVER, M. R. M.; MENDES, S. J. Gestão da assistência farmacêutica. In: *Gestão da assistência farmacêutica [Recurso eletrônico]* / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS - Florianópolis: UFSC, 2014.
- MANZINI, F. Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão. 2013. 219 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (org.). Assis-tência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MENDES, S. Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contex-to catarinense. 2013. 239 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Gradua-ção em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

NEMES, M. I. B. Avaliação em saúde: Questões para os Programas de DST/AIDS no Brasil. Fun-damentos de Avaliação, n. 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2001. 28 p.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Públi-ca, v. 34, n. 5, p. 547-55, 2000.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2005.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; CHAVES, G. C.; RUIZ, A. M.; MIRANDA, E. S.; CAMPOS, M. R.; SUÁREZ-MÚTIS, M. C.; FREITAS, L. F. Uma proposta de modelo de avaliação para a assistência farmacêutica na malária. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 9, p. 2075-2082, set. 2009.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 15 - 28.

SANTANA, R. S. Seleção de medicamentos: indicadores, estratégias de implantação e contri-buições para o Sistema Único de Saúde. 2013. 102 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2013.

SANTOS, R. I. Concepções de Assistência Farmacêutica no contexto histórico brasileiro. 2011. 172 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universida-de Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SARTOR, V. B. Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção bás-ica do SUS. 2010. 172 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Gradua-ção em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. Cad. Saúde Pública [online], v. 26, n. 3, p. 603-614, 2010.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer. São Paulo: EDUSP, 2004.

Capítulo 6

Acesso aos medicamentos no SUS

Acesso aos medicamentos no SUS

Silvio César Machado-dos-Santos
Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento

6.1 Dimensões e determinantes do acesso aos medicamentos

Uma adequada gestão em saúde pública requer o equilíbrio entre a utilização racional dos recursos disponíveis e a obtenção dos melhores resultados em saúde para a população. A perspectiva não é a do paciente individual, mas de toda a comunidade que deve ter acesso a produtos e serviços, conforme suas necessidades em saúde. Nesse contexto, segundo o *Management Sciences for Health – MSH* (1997), a garantia da segurança e eficácia são pressupostos indispensáveis.

Ainda de acordo com o MSH (2012), serviços acessíveis e recursos humanos qualificados são componentes essenciais de qualquer sistema de saúde, com destaque, contudo, para os medicamentos, que têm especial importância, em decorrência de cinco razões principais:

- São produtos que podem salvar vidas e melhorar a saúde das pessoas;
- Desempenham papel fundamental na participação dos usuários nos serviços de saúde e na construção de relações de confiança com as equipes de saúde;
- Representam elevados custos para as pessoas e para o sistema de saúde;
- São diferentes de outros produtos de consumo;
- Melhorias no fornecimento e no uso de medicamentos são possíveis e causam impactos relevantes para o sistema de saúde.

A maioria das causas de desconforto, invalidez e morte prematura podem ser prevenidas, tratadas ou pelo menos aliviadas pelo uso de medicamentos custo-efetivos. Pesquisas domiciliares, envolvendo pacientes, indicam que a disponibilidade de medicamentos é um dos principais determinantes para o estabelecimento de uma relação de confiança entre os usuários e os serviços de saúde, e contribui para a satisfação das pessoas com o atendimento prestado (MSH, 2012).

Outro aspecto relevante é que o medicamento difere de uma mercadoria ou de um serviço de consumo tradicional, cuja aquisição constitui-se em ato de liberdade e eventual possibilidade de cada consumidor. A noção de “mercado” em saúde é diferente do conceito de mercado para outros setores da economia onde, em princípio, os consumidores sabem o que comprar (GELIJNS, 1990). As principais diferenças do mercado em saúde são (GELIJNS, 1990; MSH, 2012):

- Supõe-se que os consumidores tenham conhecimento de mercado em geral e que suas escolhas sejam autônomas. No caso da saúde, essas hipóteses são bem mais limitadas, pois são os profissionais (principalmente, os médicos) que decidem o tipo de tratamento e demais intervenções necessárias;
- O risco é um elemento sempre presente, porque os efeitos adversos da tecnologia médica afetam a concepção, o nascimento e a vida, o corpo e a mente. Durante a fase de desenvolvimento de novas tecnologias, os benefícios ou riscos são altamente incertos, motivo pelo qual as novas tecnologias são, em geral, refinadas após avaliações clínicas;
- O consumidor, muitas vezes, não pode julgar as prováveis consequências da não obtenção de um produto prescrito ou da interrupção de um tratamento.

O acesso a medicamentos é componente essencial de toda política farmacêutica e, por extensão, é um dos pilares das políticas públicas de saúde. Na maioria dos países em desenvolvimento, os gastos governamentais com medicamentos correspondem a segunda maior despesa em saúde, ficando atrás apenas dos gastos com recursos humanos. Considerando-se a natureza deste gasto principal, pode-se afirmar que os gastos com medicamentos representam os maiores sobre os quais o Estado tem controle discricionário. Esse fato corrobora para a vulnerabilidade do acesso aos medicamentos, que estão, particularmente, sujeitos à disponibilidade de financiamento público, a diversas pressões políticas e econômicas, como a inflação e as flutuações cambiais (WHO, 2006; MSH, 2012).

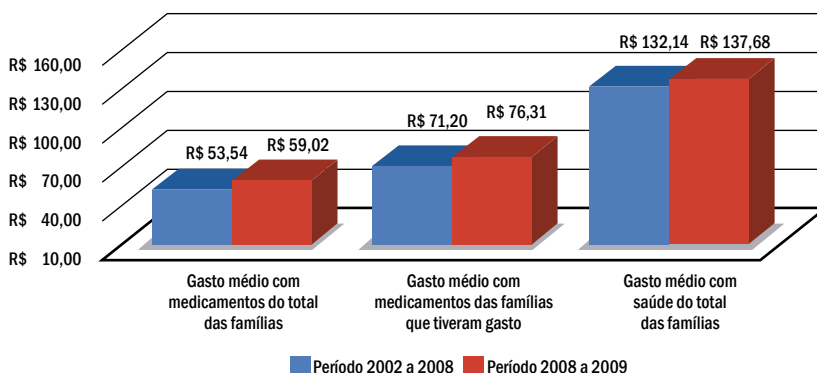
Os desafios para garantir o acesso aos medicamentos são crescentes e complexos, incluindo os reduzidos níveis de cobertura, a fragilidade financeira dos sistemas de saúde, as limitações das redes de distribuição de medicamentos e os problemas gerais de acesso aos serviços de assistência à saúde por grande parte da população dos países latino-americanos (WHO, 2004).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento, o gasto com medicamentos varia entre 24% a 65% dos recursos investidos em saúde. Mesmo assim, cerca de dois bilhões de pessoas - um terço da população mundial - ainda não tem acesso a medicamentos essenciais (WHO, 2004; GARCIA *et al.*, 2013).

No Brasil, a análise dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), nos períodos 2002-2003 e 2008-2009, possibilitou verificar que os gastos com medicamentos e planos de saúde representam a principal parcela dos gastos em saúde pela população brasileira, em todas as unidades da federação, correspondendo a cerca de 60% do total no Brasil. Destaca-se que houve um discreto aumento no percentual do gasto com medicamentos, em relação ao gasto com saúde, de

40,5% na POF 2002-2003 para 42,9% na POF 2008-2009, como pode ser observado no Gráfico a seguir (GARCIA *et al.*, 2013).

Gráfico 1 - Gasto médio das famílias brasileiras, com saúde e medicamentos, 2002-2009*



* Os valores estão corrigidos monetariamente, permitindo comparação temporal.

Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados. Adaptado de GARCIA *et al.* (2013).

É importante destacar que, entre as famílias de menor renda, os gastos com medicamentos corresponderam, proporcionalmente, à maior parte do gasto com saúde, enquanto entre as famílias de maior renda, sobressaíram os gastos com planos de saúde (GARCIA *et al.*, 2013).

O acesso a medicamentos tem efeitos importantes sobre a situação de saúde individual que, por sua vez, está relacionada com sua capacidade produtiva e de geração de renda. Segundo Andrade e Lisboa (2006), as decisões individuais ou as políticas públicas que afetam direta ou indiretamente a saúde têm efeitos cruciais sobre o desenvolvimento econômico de um país. Nesse sentido, a oferta de serviços e a situação de saúde da população aparecem como preocupações crescentes entre os formuladores de políticas públicas. Além disso, o acesso a medicamentos também é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito (PANIZ *et al.*, 2008).

Como objeto de políticas públicas, os medicamentos não são apenas foco de preocupação sanitária já que, por se tratar de bens comerciais de produção industrial, representam um especial interesse no planejamento de estratégias de crescimento econômico. Além disso, um segmento desse mercado apresenta forte ritmo inovador, gerando e demandando um intensivo uso de conhecimentos e informações. Estas três dimensões (sanitária, industrial e tecnológica) constituem os vértices de um triângulo que devem se articular na formulação das políticas farmacêuticas, no âmbito nacional e regional. É necessário desenvolver estratégias integradas que atendam à

relação e interdependência entre acesso, desenvolvimento industrial e inovação (WHO, 2004).

Existe um conjunto de mecanismos e ferramentas para promover e regular o acesso da população aos medicamentos essenciais. De acordo com a OMS (WHO, 2004), a garantia desse acesso depende, prioritariamente, das seguintes variáveis, apresentadas no Quadro 1:

Quadro 1 - Variáveis que impactam diretamente sobre a garantia do acesso aos medicamentos essenciais nos países da América Latina, conforme OMS (2004).

Variáveis que impactam diretamente sobre a garantia do acesso aos medicamentos essenciais nos países da América Latina

- O tamanho relativo do mercado interno de medicamentos.
- O desenvolvimento econômico, a capacidade produtiva e de inovação tecnológica.
- A capacidade de administração das autoridades sanitárias e o desenvolvimento de competências do ente regulador.
- O nível de fragmentação do sistema de saúde do país ou região de saúde.
- Os graus de centralização – descentralização dos serviços e de autonomia regional e local no fornecimento de medicamentos.
- Os níveis de cobertura e financiamento de medicamentos essenciais à população.
- A vigência de tratados bilaterais ou multilaterais de cooperação e livre comércio.

Fonte: WHO (2004).

Considerando a multiplicidade de produtos farmacêuticos lançados constantemente no mercado e a escassez de recursos financeiros, torna-se imperativo estabelecer prioridades, selecionando-se medicamentos seguros, eficazes e que atendam às reais necessidades da população, o que resultará em benefícios terapêuticos e econômicos.

Nos últimos anos, muitos dos medicamentos lançados no mercado, apesar de representarem um custo acima dos tratamentos disponíveis para determinada doença, não demonstram superioridade terapêutica em relação às opções já existentes, também conhecidos como medicamentos *me too*¹. Dentre os medicamentos comercializados no mercado mundial, 70% são entidades químicas relacionadas, não essenciais ou pequenas variações de um fármaco original (WHO, 2004).

Nesse sentido, a OMS, desde a década de 70, estimula a criação de listas de medicamentos essenciais como estratégia para garantir acesso e racionalidade nos sistemas de saúde. Segundo a OMS (WHO, 2012):

1. São denominados medicamentos *me too* as substâncias químicas novas com ação farmacológica análoga, que não apresentam superioridade terapêutica em relação às opções já existentes no mercado. In CORREA, C. M. "Ownership of knowledge: the role of patents in pharmaceutical R & D." Disponível em <<http://www.scielosp.org/cgi-bin/wxis.exe/fah/>>. Acesso em: 17 mai. 2011.

Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população. Eles são selecionados considerando a relevância para a saúde pública, evidências de eficácia e segurança, e a análise de custo-efetividade (grifo dos autores).

A relação de medicamentos essenciais deve ser um instrumento orientador do cuidado em saúde, a fim de melhorar a qualidade da atenção prestada, a gestão dos medicamentos, a capacitação dos prescritores e a informação dos cidadãos. Importante destacar que o conceito de essencialidade considera o tratamento mais custo-efetivo para uma dada condição, a partir de uma perspectiva epidemiológica, que reflete necessidades coletivas e, não necessariamente, individuais ou de segmentos específicos. A seleção de um rol de medicamentos não é, por conseguinte, uma medida de austeridade financeira, mas sim um exercício de inteligência clínica e de gestão (PEÑA, 2000).

Conforme o MSH (2012), para garantir o acesso a medicamentos essenciais, vacinas e produtos de saúde, quatro variáveis têm particular relevância: disponibilidade, acessibilidade física, acessibilidade econômica e satisfação do usuário. Além dessas, merece destaque a qualidade dos produtos e serviços de saúde, em decorrência de sua transversalidade. Assegurar essas condições é um importante desafio, que exige uma abordagem integrada e permanente dos gestores de saúde, a partir do adequado planejamento e da articulação das dimensões relevantes (WHO, 2004).

De acordo com Penchansky e Thomas (1981), o acesso a serviços de saúde é entendido como um conjunto de cinco dimensões mensuráveis, que representam um grau de ajuste entre o usuário do serviço e o sistema de saúde. A disponibilidade (*availability*) é definida como uma relação entre o tipo e a quantidade do produto ou serviço ofertado, em relação ao fornecido. A acessibilidade (*accessibility*) refere-se à localização geográfica entre produtos e serviços e a localização eventual do usuário. A acomodação (*accomodation*) diz respeito à adequação dos serviços prestados, incluindo, por exemplo, instalações e tempo de espera para consulta. A capacidade aquisitiva (*affordability*) trata da relação entre o preço dos produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por estes. E, a aceitabilidade (*acceptability*) considera as atitudes e expectativas dos usuários sobre os produtos e serviços.

Nesse contexto, a OMS apresenta algumas importantes dimensões a serem analisadas, de forma integrada, para assegurar o acesso a medicamentos essenciais (Quadro 2).

Quadro 2 - Dimensões para a garantia do acesso aos medicamentos essenciais, conforme OMS (2004).

Dimensões para a garantia do acesso aos medicamentos essenciais	
Pesquisa e Desenvolvimento	É necessário que haja investimento em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para doenças predominantes no país, inclusive contemplando o tratamento de doenças negligenciadas. Esses produtos não chegam a ser desenvolvidos, em geral, por falta de interesse econômico e atrativo para a indústria farmacêutica, como também pela ausência de incentivos à pesquisa por parte dos Estados.
Acessibilidade Geográfica	Os medicamentos devem ser disponibilizados à população dentro de uma distância razoável, ou seja, estejam em unidades geograficamente acessíveis, considerando os pontos da rede de atenção à saúde e a distribuição territorial da população. Esta dimensão deve considerar a distância, o tempo necessário para atingir o serviço e os meios de transporte disponíveis para a população, dentre outros fatores.
Acessibilidade Física	Assegurar a disponibilidade física pressupõe a existência de uma relação atualizada de medicamentos essenciais e de um adequado investimento do setor público em planejamento e logística, para garantir que os processos de aquisição, armazenamento, transporte e distribuição sejam eficazes e eficientes. Outro fator determinante da acessibilidade física é a capacidade de oferta do mercado. Em alguns casos, há falta de interesse comercial pela produção e/ou venda de medicamentos. Nesse contexto, a intervenção do Estado é fundamental.
Acessibilidade Econômica	A adequada disponibilidade de medicamentos essenciais pressupõe a aplicação eficiente e eficaz de recursos financeiros. Para tanto, é primordial o desenvolvimento de mecanismos de financiamento público e a implantação de estratégias nacionais que garantam a oferta de produtos, em ambos os setores, público e privado. Trata-se do necessário equilíbrio entre os recursos disponíveis para financiar os medicamentos e o custo total pago pelos mesmos. O custo financeiro dos serviços deve estar ao alcance dos usuários e ser compatível com o sistema adotado no país.
Acessibilidade Funcional	Esta dimensão indica a necessária adequação das normas técnicas dos serviços de saúde, em especial da prescrição e dispensação, aos hábitos e costumes da população usuária e à disponibilidade contínua do cuidado em saúde, por meio da oferta de serviços oportunos e compatíveis com as demandas em saúde.

Fonte: WHO (2004).

Em função dessas variáveis, é necessário que cada esfera de gestão realize sua própria análise de situação, avaliando tanto a capacidade para desenvolver as ações quanto para sustentá-las. Ressalta-se, ainda, que as barreiras de acesso são complexas e ocorrem em múltiplos níveis do sistema de saúde (BIGDELI *et al.*, 2012). Além disto, é primordial analisar, de forma contextualizada, o potencial impacto que cada ação pode ter sobre o acesso da população aos medicamentos essenciais e, assim, priorizar as atividades que gerem os melhores resultados para a população.

6.2 O acesso aos medicamentos essenciais no Brasil

As políticas públicas para garantir o acesso a medicamentos no Brasil antecedem a criação do SUS. A primeira lista nacional de medicamentos foi regulamentada pelo Decreto nº 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para uso farmacêutico humano e veterinário. À época, a aquisição dos produtos dessa lista era responsabilidade apenas do governo federal. As dificuldades eram maiores do que as atuais, considerando-se os aspectos econômicos, logísticos e a fragilidade da indústria nacional (NASCIMENTO, 2012).

A criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, foi uma iniciativa pioneira, destinada a promover e organizar as atividades de assistência farmacêutica aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, e incrementar a pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico. Conforme o Decreto nº 68.806/1971, a instituição da CEME também objetivava o acompanhamento de indicadores, como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional (BERMUDEZ, 1995).

Em 1987, entrou em operacionalização uma proposta governamental para racionalizar o fornecimento de medicamentos no âmbito da atenção primária em saúde, denominada “Farmácia Básica” (BERMUDEZ, 1992). Foi idealizada como um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que possibilitavam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente no âmbito ambulatorial (MEDICI *et al.*, 1991; BERMUDEZ, 1995).

Embora as diversidades regionais tenham sido consideradas na concepção da farmácia básica, a sua implantação, utilizando um módulo-padrão nacional, não contemplou essas diversidades. O mesmo módulo, composto de medicamentos e quantitativos fixados, era fornecido para todas as regiões do Brasil, independente dos perfis epidemiológicos. Esse fato teve, como consequência, a falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, o que incorria em desperdício de recursos públicos (COSENDEY *et al.*, 2000). A vasta extensão territorial, associada às diferenças inter e intrarregionais e ao grande contingente populacional, ainda representam um grande desafio para a garantia de acesso aos medicamentos no país.

Em 1988, com a promulgação da Nova Constituição Federal do Brasil, foi conferido ao Estado o papel de assegurar a saúde de forma universal, integral e equânime, incluindo a assistência farmacêutica. Houve um processo de transição dentro do Ministério da Saúde, durante o qual foram mantidas as atividades de aquisição dos medicamentos dos Programas Estratégicos e sua distribuição para

as secretarias estaduais de saúde. Com a desativação da CEME, por meio do Decreto nº 2.283/1997, foi criada uma nova versão do programa Farmácia Básica, que consistia em um elenco de medicamentos, destinados ao atendimento ambulatorial dos municípios com população igual ou inferior a 21.000 habitantes, entregues diretamente aos municípios (BRASIL, 1997; COSENDEY *et al.*, 2000).

Nesse contexto e devido à inoperância do sistema CEME, os governos de três estados brasileiros – Paraná, São Paulo e Minas Gerais – elaboraram, no âmbito da política de assistência farmacêutica, programas que incluíam a distribuição de medicamentos essenciais para a atenção primária. Esses programas apresentavam como objetivo comum garantir o tratamento eficaz das doenças mais frequentes em cada estado, expandindo o acesso e a resolubilidade da rede no atendimento às necessidades individuais e coletivas da população de baixa renda, integralizando a distribuição e dispensação de medicamentos às ações de saúde (COSENDEY *et al.*, 2000).

Com a publicação da Política Nacional de Medicamentos, por meio da Portaria nº 3.916/1998, foram estabelecidas as diretrizes, prioridades e responsabilidades dos gestores federal, estaduais e municipais para a Assistência Farmacêutica no país. Considerando a prioridade de implementar a política de descentralização do setor saúde e a necessidade de definir critérios para a aplicação dos recursos destinados à assistência farmacêutica básica, foi publicada a Portaria nº 176/1999, que estabeleceu o financiamento tripartite da assistência farmacêutica Básica e a transferência, fundo a fundo, dos recursos federais, condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal. Outra importante definição da referida portaria foi a utilização da população do Censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como referência para o cálculo dos valores *per capita* a serem investidos na aquisição dos medicamentos do Componente Básico, critério vigente até os dias atuais (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999).

A implantação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica possibilitou aos municípios uma ampliação na oferta de medicamentos à população. Porém, em muitos casos, esse acesso não foi qualificado, por não vir acompanhado de ações importantes da assistência farmacêutica, entre elas a promoção de seu uso racional (CFF, 2011).

Outro importante marco regulatório foi a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Dentre os eixos estratégicos apresentados pela Resolução nº 338/2004, vários relacionam-se com a garantia do acesso à assistência farmacêutica. Merecem destaque: a manutenção e qualificação de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, considerando a necessária articulação; e a observância das prioridades regionais, definidas nas instâncias gestoras do SUS. Outros eixos reforçam algumas importantes diretrizes que constavam, também, da Política Nacional de Medicamentos de 1998: o desenvolvimento, a valorização, fixação e capacitação de recursos humanos; a construção de uma Po-

lítica de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade; e a modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e de qualidade da produção de medicamentos (BRASIL, 2004).

6.3 O modelo de financiamento da assistência farmacêutica no SUS

O acesso aos medicamentos e produtos em saúde, a promoção do uso racional destas tecnologias e a garantia de sua eficácia, segurança e qualidade são diretrizes básicas das políticas nacionais de medicamentos em muitos países. Para concretizar esses objetivos, existem várias estratégias que incluem diversos modelos de gestão das etapas do ciclo logístico, com possibilidades desde os sistemas totalmente públicos até os totalmente privados. Associados aos modelos de gestão, têm-se, também, várias possibilidades de financiamento. Dessa forma, os sistemas nacionais de financiamento da assistência farmacêutica apresentam diferentes conformações, que derivam do modelo adotado pelo país (MSH, 1997).

Tradicionalmente, o fornecimento de medicamentos e insumos para saúde pode ser classificado em seis modelos principais, de acordo com a distribuição de responsabilidades entre os setores público e privado (MSH, 2012):

1. **Totalmente público:** neste sistema, a aquisição e distribuição dos medicamentos são responsabilidade da esfera governamental, por meio de recursos do tesouro e da rede própria, responsável pelo armazenamento, distribuição e dispensação. Muitos países na África, Ásia, Europa e América Latina utilizam esta estratégia padrão.
2. **Fornecimento de medicamentos por meio de agências autônomas:** sistema alternativo ao abastecimento totalmente público, em que o financiamento é público, mas a gestão é realizada por uma agência de abastecimento farmacêutico autônoma ou semiautônoma. Esta estratégia pode ser encontrada em países da África, Ásia e América.
3. **Seguro social de saúde:** sistema de reembolso a farmácias privadas ou aos próprios pacientes, utilizando recursos do orçamento público e de seguro saúde. O reembolso pode ser do valor total do medicamento ou parcial (copagamento), conforme política estabelecida. Este modelo é utilizado pela Austrália e por muitos países da Europa Ocidental e América.
4. **Financiamento privado e fornecimento público:** o fornecimento de medicamentos ocorre em unidades de saúde públicas, mas os produtos são pagos (no todo ou em parte) pelos pacientes. Na década de 1990, este modelo foi utilizado pela China e por alguns países na Ásia, África e América Latina.

5. Monopólio estatal: produtos farmacêuticos são adquiridos e distribuídos por uma empresa que detém o monopólio e fornece os produtos para farmácias privadas, bem como para os serviços de saúde do governo. Embora este modelo tenha um significado histórico, raramente é encontrado atualmente.
6. Totalmente privado: os pacientes pagam o custo total dos medicamentos, adquirindo-os em farmácias privadas e drogarias. Esta estratégia está presente também em países com modelo de fornecimento público, e pode responder por até 90% da demanda local.

A sustentabilidade do financiamento público em saúde está diretamente associada ao equilíbrio entre os recursos disponíveis e a demanda a ser atendida. Por exemplo, se a demanda por medicamentos exceder os recursos disponíveis, há apenas quatro opções para o sistema de saúde: melhorar a eficiência; aumentar o investimento; reduzir a demanda; ou aceitar um declínio na qualidade do atendimento. Os países desenvolvidos utilizam cada vez mais as análises econômicas para garantir a sustentabilidade das políticas de saúde instituídas. Mas, os países em desenvolvimento, que possuem recursos mais limitados, também devem utilizar os conhecimentos da área de farmacoeconomia para assegurar o acesso aos medicamentos (MSH, 2012).

Nesse contexto, o financiamento público de medicamentos deve atender a alguns fundamentos básicos (CONASS, 2001):

- Constar, oficialmente, na política de saúde estabelecida, conforme as necessidades existentes e as estratégias adotadas para garantir acesso aos produtos e serviços;
- Garantir o atendimento aos diferentes níveis de atenção e complexidade do sistema, considerando os princípios do SUS;
- Possuir caráter sustentável e continuado, ou seja, ser viável econômica e politicamente, com definição clara das fontes de recurso, assim como das responsabilidades de cada esfera de gestão e do setor privado contratado e/ou conveniado;
- Considerar o modelo de descentralização adotado no SUS, o que demanda a articulação contínua entre os gestores das diferentes esferas de governo;
- Possuir mecanismos permanentes de avaliação e controle que respaldem o planejamento e a execução dos recursos de forma eficiente.

Historicamente, o financiamento da assistência farmacêutica no Brasil está diretamente relacionado com a aquisição de medicamentos. Considerando as possíveis estratégias de financiamento, apresentadas anteriormente, pode-se afirmar que o país adota um modelo misto, no qual convivem diferentes formas de finan-

ciamento: totalmente público, público-privado e totalmente privado (MACHADO-DOS-SANTOS, 2002).

Os medicamentos considerados essenciais, conforme a nova concepção da RENAME, possuem financiamento público, por meio dos Componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica, e alguns, de maneira concorrente, por um modelo público-privado que inclui o copagamento de medicamentos e insumos farmacêuticos, o “Farmácia Popular do Brasil”. Além dessas estratégias de financiamento público, grande parcela da população adquire os medicamentos de que necessita nas farmácias privadas/drogarias, utilizando recursos do orçamento familiar.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) fornecem evidências sobre a importância da assistência farmacêutica pública para a população brasileira de menor renda, apresentando, também, indícios da sua natureza progressiva: é a população de menor renda que faz mais uso do fornecimento público de medicamentos. Segundo a PNAD 2008, do total da população do primeiro décimo de renda domiciliar *per capita*, com prescrição de algum medicamento, 64,3% tiveram acesso parcial ou total a medicamentos gratuitos²; e quase a metade da população desse estrato de renda recebeu todos os medicamentos receitados por meio de serviços do SUS. A análise dos dados possibilita inferir que o SUS tem um papel preponderante no fornecimento de medicamentos à população (GARCIA *et al.*, 2013).

Porém, importantes desigualdades no gasto com medicamentos permanecem no Brasil. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, as famílias de maior renda, pertencentes ao último décimo, gastaram com medicamentos, em termos absolutos, 6,5 vezes mais do que o valor gasto pelas famílias de menor renda, pertencentes ao primeiro décimo. Quando se observa o gasto das famílias brasileiras, segundo as condições de vida relatadas, um elevado percentual de famílias, cuja quantidade de alimento consumido não é suficiente para atender às suas necessidades e com condições de vida ruins, relatou ter despesa com medicamentos. As famílias com condições de vida difíceis gastam, proporcionalmente, mais com medicamentos, em relação à sua renda familiar, do que as famílias com condições de vida consideradas boas. Isso reforça a importância dos programas de assistência farmacêutica do SUS (GARCIA *et al.*, 2013). Na medida em que os fatores “preço dos medicamentos” e “capacidade de pagamento” – com recursos do SUS ou pela renda familiar – são determinantes para o referido acesso, verifica-se que, ainda, há um grande caminho a percorrer, tanto em relação à ampliação dos recursos destinados ao financiamento público de medicamentos como em relação à melhoria de distribuição de renda no Brasil.

2. O termo “gratuito” refere-se ao fornecimento de medicamentos e produtos em saúde aos usuários do SUS, por meio de financiamento público.

6.3.1 Os Componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 204/2007, o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde foram regulamentados na forma de cinco blocos de financiamento específicos, no âmbito do SUS: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS (BRASIL, 2007). Desta forma, a partir de 2007, o financiamento para a Assistência Farmacêutica passou a ser constituído por três componentes, movimentados em contas específicas:

- I. Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e
- III. Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (a partir da Portaria GM/MS nº 2.981/2009 passou a ser denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica).

Com a descentralização, a responsabilidade pela garantia de acesso aos medicamentos considerados essenciais foi dividida entre as esferas de governo, de acordo com os Componentes da Assistência Farmacêutica, conforme apresentado no Quadro 3. A descentralização promoveu também o surgimento de um conjunto de normas e portarias específicas, atualizadas conforme a necessidade de adequações da política de assistência à saúde e a partir das pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Quadro 3 - Responsabilidades pelo financiamento dos Componentes da Assistência Farmacêutica no SUS.

Componente	Financiamento	Forma de financiamento	Regulamentação
Básico	Tripartite	Valor <i>per capita</i> /ano investido por cada ente federado	Portaria Ministerial e Deliberações CIB-SUS
Estratégico	Federal	Predominantemente aquisição centralizada pelo governo federal	Portarias ministeriais específicas por Programa
Especializado	Bipartite ¹	Aquisição centralizada pelo governo federal dos itens do Grupo 1A, ressarcimento por APAC às Secretarias de Estado do Grupo 1B e aquisições realizadas com recursos do tesouro estadual pelas Secretarias de Estado de Saúde (Grupo 2). Os medicamentos do grupo 3 são do Componente Básico.	Portaria Ministerial

1 - O financiamento do Componente Especializado é predominantemente bipartite, ou seja, realizado pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Estado de Saúde. Porém, alguns medicamentos do Componente Básico fazem parte das linhas de cuidado do Componente Especializado.

Fonte: BRASIL (2013a), BRASIL (2013b) e BRASIL (2013c).

6.3.1.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica à saúde. Atualmente, é regulamentado pela Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a).

O financiamento do CBAF é tripartite, ou seja, responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com aplicação de valores mínimos pactuados na CIT, conforme apresentado na Tabela 1, a seguir. Os valores investidos são pactuados, considerando a população censada pelo IBGE de cada município e redefinidos, por novas pactuações entre as três esferas de gestão, periodicamente. Os valores pactuados para o ano de 2014 estão apresentados, também, na Tabela 1.

Tabela 1 - Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS, conforme pactuação, março de 2014.

Ente federado	Valor por habitante/ano ¹	Financiamento ²
União	R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos)	Aquisição dos medicamentos e insumos do CBAF, constantes dos Anexos I e IV da RENAME ³ vigente.
Estados	R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos)	Aquisição dos medicamentos e insumos, constantes dos Anexos I e IV da RENAME ³ vigente, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes, estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME ³ vigente no SUS.
Municípios	R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos)	

1. Para fins de alocação dos recursos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais, utiliza-se a população estimada e atualizada pelo Censo do IBGE.
2. O Distrito Federal aplicará, no mínimo, o somatório dos valores referentes às contrapartidas estadual e municipal para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes.
3. Os recursos pactuados pelo CBAF somente podem ser utilizados para a aquisição de medicamentos incluídos na RENAME vigente.

Fonte: BRASIL (2013a).

Os valores apresentados na tabela anterior podem ser majorados, conforme pactuações nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), devendo ser pactuada, também, a periodicidade e a forma de repasse dos estados aos municípios. Os recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, para financiar a aquisição de medicamentos do CBAF, são transferidos a cada um dos entes federativos em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual, de acordo com pactuação estabelecida (BRASIL, 2013a).

Dessa forma, cada estado tem autonomia para pactuar com os seus municípios a melhor estratégia de execução dos recursos destinados à aquisição de medicamentos do Componente Básico. Algumas secretarias estaduais de saúde adquirem, de forma centralizada, os medicamentos e os distribuem aos municípios; outras repassam os recursos, integralmente, fundo a fundo aos municípios; e, em outros estados, os municípios organizam-se em consórcios de saúde para a melhor execução dos recursos financeiros.

Cada estratégia tem suas vantagens e desvantagens. Considerando a diversidade do país, o perfil dos municípios e sua respectiva capacidade de compra, é importante que o modelo utilizado considere a alternativa mais adequada para qualificar o gasto em saúde.

Além dos recursos federais aplicados *per capita* ano, o Ministério da Saúde financia a aquisição e a distribuição às secretarias de saúde dos estados dos medicamentos Insulina Humana NPH 100 UI/mL e Insulina Humana Regular 100 UI/mL, de acordo com programação específica.

É importante que, para fins de auditoria, as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios mantenham, em arquivo organizado e acessível, os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos financeiros tripartite do CBAF pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. A transferência dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para estados, Distrito Federal e municípios pode ser suspensa na hipótese de não aplicação dos recursos financeiros pactuados pelas respectivas secretarias de saúde, impactando, diretamente, o acesso aos medicamentos essenciais.

Desde o exercício de janeiro de 2010, a partir da publicação da Portaria nº 2.982/2009, parte dos recursos pactuados pelo CBAF pode ser utilizada para atividades destinadas à adequação de espaço físico das Farmácias do SUS, à aquisição de equipamentos e mobiliário para o suporte às ações de Assistência Farmacêutica, e à realização de atividades vinculadas à educação continuada, voltada à qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica na atenção básica, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade (BRASIL, 2009).

É necessário destacar que, conforme a legislação vigente, apenas as contrapartidas estaduais e municipais podem ser utilizadas para a estruturação de serviços farmacêuticos, o que fere o necessário equilíbrio financeiro entre os entes federados. As secretarias municipais de saúde e do Distrito Federal, anualmente, podem utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores de contrapartida dos recursos financeiros estaduais e municipais, definidos em portaria, após pactuação na respectiva CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Essas atividades e os recursos financeiros aplicados devem constar dos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão).

Outro ponto relevante é que o recurso destinado às atividades de qualificação da assistência farmacêutica integra o valor pactuado para o Componente Básico, ou seja, não há alocação de novos recursos financeiros. Cabe ao gestor definir qual o investimento é mais relevante: a aquisição dos medicamentos ou a organização e qualificação da assistência farmacêutica. Isso gera uma concorrência negativa entre aplicar os recursos escassos na compra de medicamentos *versus* investir na infraestrutura. Na realidade, é fundamental que se invista na qualificação e estruturação da assistência farmacêutica, a fim de aprimorar o acesso aos medicamentos adquiridos, mas com recursos adicionais àqueles destinados ao custeio com medicamentos e, preferencialmente, em rubrica específica.

Até o ano de 2012, os estados e municípios que avançaram na qualificação da assistência farmacêutica investiram recursos próprios, distintos dos pactuados para o Componente Básico, na estruturação de serviços farmacêuticos. Os principais exemplos destas iniciativas, no Brasil, são o projeto denominado Farmácia Cidadã, da Secretaria de Saúde (SES) do Estado do Espírito Santo, e o Programa Farmácia de Minas, da SES de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2008; ESPÍRITO SANTO, 2010).

Em 2012, foi instituído, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR- SUS). A promoção de condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado é uma diretriz do Programa, organizado em quatro eixos: estrutura, educação, informação e cuidado (BRASIL, 2012).

O primeiro financiamento ocorreu em 2013, destinado a 453 municípios que possuíssem até 100.000 (cem mil) habitantes, com população em situação de extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria. A segunda etapa do projeto contemplou o mesmo número de municípios, totalizando, até maio de 2014, 906 municípios habilitados. Os recursos para investimento variaram, conforme porte populacional, de R\$ 11.200,00 até R\$ 33.600,00. Para o custeio são/foram repassados mensalmente R\$ 2.000,00 para os municípios contemplados (BRASIL, 2013d).

Trata-se de uma iniciativa importante, especialmente por contemplar quatro eixos que se complementam. Mas, por ser um Programa, o QUALIFAR é frágil institucionalmente, pois não possui caráter permanente nem sustentável em termos de política de longo prazo. Isso fica ainda mais preocupante diante da grande necessidade de investimentos nessa área e que, certamente, demandará muitos anos de ação continuada para corrigir este passivo histórico e acumulado de falta de investimentos. Outra preocupação acontece em relação ao volume de recursos disponibilizados nesse Programa para o componente estrutura, visto que é insuficiente para qualificar a assistência farmacêutica num país continental como o Brasil, que precisa construir e/ou adequar milhares de farmácias públicas e dezenas

de Centrais de Abastecimento Farmacêutico. Por essa razão, constata-se que este Programa é muito importante e bem-vindo, mas seu impacto ainda é pequeno, devido ao referido volume dos recursos disponibilizados frente à necessidade nacional e, principalmente, pela baixa cobertura populacional atingida.

Isso pode ser verificado quando se comparam os investimentos e a abrangência do QUALIFAR-SUS com algumas iniciativas estaduais de estruturação da assistência farmacêutica, implantadas num universo geográfico menor e exclusivamente com recursos do tesouro estadual. Por exemplo, em Minas Gerais, já foram inauguradas 509 novas unidades denominadas Farmácias de Minas e, adicionalmente, outros 320 municípios estão construindo unidades desta Rede de Farmácias Públicas, atingindo 95% dos municípios e cerca de 80% da população do Estado. Para a construção de unidades padrão, a SES-MG repassa R\$ 100.000,00 para cada município contemplado e, de acordo com o porte populacional, o recurso pode chegar a R\$ 300.000,00 por unidade, destinados à construção do modelo ampliado de farmácia. Além disto, todo o equipamento e mobiliário necessários à montagem das unidades são adquiridos de forma centralizada pelo Estado, cujo valor médio de doação corresponde a R\$ 35.000,00. Adicionalmente, há um incentivo financeiro, pago em parcelas trimestrais, para apoiar o município na manutenção da unidade, cujo valor anual é de R\$ 13.200,00 (MINAS GERAIS, 2014).

No Estado do Espírito Santo, todas as microrregiões de saúde estão cobertas por Farmácias Cidadãs. Aproximadamente 33% dos municípios e 55% da população já estão sendo, diretamente, atendidas por essas novas unidades, que constituem um novo conceito em farmácia pública, com ênfase na humanização e presença permanente de farmacêuticos na dispensação. Os investimentos, em média, são superiores a R\$ 100.000,00 por unidade.

Mediante os dados apresentados, pode-se inferir que o financiamento público da assistência farmacêutica, historicamente, tem priorizado a compra dos produtos e subvalorizado a qualificação da estrutura e dos serviços farmacêuticos. Esta estratégia de financiamento, com seu viés focado quase exclusivamente no medicamento, pode explicar os importantes problemas de acesso aos medicamentos essenciais ainda vivenciados pela população brasileira e o incipiente papel clínico que o profissional farmacêutico exerce na atenção à saúde.

6.3.1.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

De acordo com o Ministério da Saúde, são considerados estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e possuam impacto socioeconômico. A aquisição dos medicamentos ocorre de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, responsável também pela distribuição aos estados e Distrito Federal, para posterior distribuição aos municípios (BRASIL, 2013c).

O Componente Estratégico é constituído por medicamentos e insumos para os tratamentos das seguintes condições:

- Tuberculose
- Hanseníase
- Antirretrovirais do programa DST/HIV/Aids
- Endemias Focais: Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional
- Sangue e Hemoderivados
- Alimentação e Nutrição
- Controle do Tabagismo
- Talidomida no tratamento de Doença Enxerto x Hospedeiro, Lúpus Eritematoso e Mieloma Múltiplo.

Para cada uma das condições incluídas no Componente Estratégico, há portarias ou normas específicas que regulamentam o financiamento, o elenco e o acesso aos medicamentos.

6.3.1.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados pelo Ministério da Saúde. Atualmente, regulamentado pela Portaria nº 1.554/2013, o CEAF possibilita o acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste Componente, mediante a pactuação entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas em portaria (BRASIL, 2013b).

Os medicamentos do CEAF somente devem ser autorizados para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionadas à Saúde - 10ª revisão (CID-10), constantes do Anexo IV da referida Portaria e suas atualizações.

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas por este Componente estão divididos em três grupos, conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas (Quadro 4). Estes grupos foram definidos de acordo com os seguintes critérios gerais: complexidade do tratamento da doença, garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado e manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

Quadro 4 - Divisão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme responsabilidades de financiamento.

Responsabilidade	Grupo 1A	Grupo 1B	Grupo 2	Grupo 3
Financiamento	Ministério da Saúde		Secretarias de saúde dos estados e Distrito Federal	Medicamentos do CBAF com financiamento e execução regulamentados por portaria específica
Aquisição	Ministério da Saúde	Secretarias de saúde dos estados e Distrito Federal ¹	Secretarias de saúde dos estados e Distrito Federal	
Programação, armazenamento, distribuição e dispensação	Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal			

1. O recurso para a aquisição de medicamentos deste grupo é repassado pelo Ministério por meio de APAC. Fonte: BRASIL (2013b).

Considerando o alto valor unitário dos produtos, a aquisição dos medicamentos do CEAF deve ser realizada conforme regulamentação vigente da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), aplicando-se o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), os benefícios fiscais cabíveis e tendo como referência os preços praticados no mercado, no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública (BRASIL, 2013b).

O fornecimento de medicamentos do CEAF é realizado, primordialmente, por farmácias vinculadas às secretarias estaduais de saúde que cofinanciam as despesas com os medicamentos deste componente. Porém, não há a disponibilização de nenhum recurso pelo Ministério da Saúde para cofinanciar a estruturação nem a manutenção dessas farmácias nos estados da federação. As deficiências de estruturação dessas unidades responsáveis pela dispensação de medicamentos deste componente, como já relatado na literatura, reforçam a constatação realizada anteriormente: o financiamento público da assistência farmacêutica destina-se, prioritariamente, à aquisição dos produtos, sem considerar as diversas variáveis que impactam o acesso e a qualidade do uso dos medicamentos (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012).

Outra questão importante do atual modelo de financiamento é a subdivisão do elenco e do investimento público em diferentes componentes. Como cada componente da Assistência Farmacêutica possui um elenco, uma forma de organização e financiamento próprios, para ter acesso aos medicamentos e insumos prescritos, os usuários do SUS são submetidos a diversas normas, serviços e localizações diferentes em um mesmo município, sob gestão de esferas também diversas (municipal e estadual). A fragmentação do elenco gera a fragmentação da

atenção. Mas, como o paciente é um só e, muitas vezes, faz uso de medicamentos de diferentes componentes, o resultado é a peregrinação do cidadão pela rede pública e privada de saúde e o comprometimento da atenção qualificada e integral ao usuário do SUS.

É fundamental que o farmacêutico mantenha-se atualizado com relação à legislação que regulamenta a assistência farmacêutica no Brasil e verifique, no âmbito de sua atuação, as pactuações das Comissões Intergestores, pois o elenco de medicamentos, os valores e a forma de execução dos Componentes da Assistência Farmacêutica são atualizados periodicamente. Essa legislação pode ser encontrada na página eletrônica do Ministério da Saúde.

6.3.2 Farmácia Popular do Brasil

Outra estratégia de financiamento da assistência farmacêutica é o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Instituído em 2004, por meio do Decreto nº 5.090, que regulamentou a Lei nº 10.858/2004, o programa surgiu como uma alternativa para ampliar o acesso aos medicamentos no país, constituindo-se como a primeira iniciativa federal de copagamento de medicamentos. O foco inicial era universalizar o acesso da população aos medicamentos e assegurar medicamentos essenciais a baixo custo à população assistida pela rede privada, buscando diminuir o impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar (BRASIL, 2004).

O PFPB é composto por duas estratégias, caracterizadas pelas diferentes formas de gestão e elenco disponibilizado: a rede própria e a rede conveniada. No modelo de rede própria, as unidades são estabelecidas por meio de parcerias da Fiocruz com estados, municípios e o Distrito Federal. O outro modelo, denominado “Aqui tem Farmácia Popular”, está sob a gestão direta do Ministério da Saúde e é estabelecido pelo credenciamento de farmácias privadas e drogarias, onde convivem o sistema de fornecimento gratuito e de copagamento.

O Farmácia Popular inaugura a convivência de dois sistemas situados em uma mesma gestão, que, entretanto, possuem diferenças marcantes, trazendo à tona, mais uma vez, o embate entre a proposta descentralizada e a centralizada e vertical, na provisão de medicamentos da atenção básica. Não se pode dizer que, com a criação do programa, o governo federal retoma a opção pela gestão centralizada do sistema; entretanto, também não se pode negar a influência desse modelo na concepção da rede própria do Programa Farmácia Popular. Tal característica reforça o papel, mesmo que não intencional, do PFPB como indicador de falhas na provisão pública de medicamentos no país (SANTOS-PINTO *et al.*, 2011).

O “Aqui tem Farmácia Popular” possui algumas particularidades, tais como: uma lista de medicamentos mais restrita; preços de medicamentos que podem

variar entre diferentes marcas de um mesmo produto ou entre os estabelecimentos participantes do Programa; e um cálculo diferenciado para o valor do subsídio, baseado em um valor de referência estabelecido para cada medicamento (SANTOS-PINTO *et al.*, 2011).

Os valores pagos pelo Ministério da Saúde por meio da estratégia “Aqui tem Farmácia Popular” são muito maiores do que aqueles executados pelas secretarias de saúde de estados e consórcios públicos, que realizam compras centralizadas de medicamentos, com ganhos de escala. A estratégia de elaboração de registros de preços, adotada por várias dessas instituições, tem possibilitado uma melhoria na eficiência dos processos de compra e a obtenção de preços, significativamente, inferiores aos ressarcidos pelo Ministério da Saúde às farmácias/drogarias credenciadas pelo Farmácia Popular. Alguns exemplos podem ser verificados na Tabela 2.

Tabela 2 - Comparativo entre os valores unitários de medicamentos pagos pelo Ministério da Saúde às unidades credenciadas pelo Aqui tem Farmácia Popular e os valores de compras públicas, realizadas pelo Consórcio Paraná e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014.

Medicamento	Unidade farmacotécnica	Valor ressarcimento pelo MS (R\$) ¹	Valor RP SES-MG (R\$) ²	Valor RP Consórcio Paraná (R\$) ³
Captopril 25mg	1(um) comprimido	0,28	0,014	0,018
Maleato de enalapril 10mg		0,39	0,020	0,031
Atenolol 25mg		0,19	0,027	0,023
Losartana potássica 50mg		0,32	0,029	0,038
Glibenclamida 5mg		0,12	0,009	0,015
Etinilestradiol 0,03mg+levonorgestrel 0,15mg comprimido	1(uma) cartela	3,77	0,17	0,13

1. Valor máximo para pagamento pelo Ministério da Saúde, definido na Portaria GM/MS nº 971/2012, às unidades credenciadas pelo Aqui tem Farmácia Popular.
2. Valor registrado nas atas de registro de preço em vigor em junho de 2014, conforme Portal de Compras da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, disponível em: <<https://www.registrodeprecos.mg.gov.br/aasi/do/filtrarRPs>>.
3. Valor registrado nas atas de registro de preço em vigor em junho de 2014, do Consórcio Paraná Saúde, disponível em: <http://www.consorcio-parana-saude.com.br/pdf/me_lote_6_2014.pdf>.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os valores registrados, a partir de pregões eletrônicos para registro de preços nos estados do Paraná e Minas Gerais, correspondem, em média, a apenas 5% dos valores pagos pelo Ministério da Saúde às farmácias credenciadas pelo Aqui tem Farmácia Popular, ou seja, 20 vezes menos. Estudo realizado por Garcia e colaboradores (2012) demonstrou que diferenças de preços também são verificadas quando se comparam os valores registrados pela SES-MG para itens padronizados

no Componente Básico e os pagos pelo Ministério às unidades próprias do Programa Farmácia Popular. Dos 52 itens analisados, 48 (92%) são comprados a preços inferiores pela Secretaria de Estado, a partir de pregão eletrônico para registro de preços.

É certo que nenhuma conclusão pode ser obtida pela análise simples dos números e, realmente, devem ser divergentes, pois os valores pagos pelo Ministério consideram os custos de dispensação pela rede particular conveniada. Porém, a grande diferença observada aponta a necessidade de um melhor entendimento desses custos. Será que os gastos envolvendo os processos licitatórios, a logística e a dispensação na rede pública justificam as grandes diferenças observadas? Sem dúvida, fazem-se necessárias análises econômicas que possibilitem a discussão da racionalidade dos investimentos realizados e, também, os efeitos indesejados em relação à rede pública de farmácias municipais.

Análise realizada por Santos-Pinto e colaboradores (2011) verificou que mais de 70% dos medicamentos do Programa Farmácia Popular também fazem parte do elenco dos Componentes da Assistência Farmacêutica. Em decorrência das diferenças de valores observadas, a sobreposição de listas do Farmácia Popular e dos Componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica pode gerar uma concorrência negativa no mercado. Para as empresas fabricantes e distribuidoras, torna-se mais vantajoso vender para o varejo privado do que concentrar as vendas nos processos de compras públicos, nos quais os preços são muito inferiores. Como os fornecedores regionais são os mesmos na maioria dos casos, outro efeito indesejado que já tem sido observado é a elevação dos preços ofertados nos certames licitatórios, realizados pelas secretarias de saúde.

Outro ponto importante é que a oferta de itens coincidentes, por meio das diferentes estratégias, pode gerar duplicidade de atendimento, ou seja, um paciente pode receber o mesmo medicamento na farmácia pública municipal e pelo programa Aqui tem Farmácia Popular, devido à inexistência de integração entre os sistemas informatizados do programa e os implantados no SUS. Nesse sentido, é preciso que seja discutida, de forma mais aprofundada, a relação entre o PFPB e os princípios do SUS, buscando avaliar, de maneira consistente, sua real viabilidade no contexto da saúde no país. Além disso, é necessário que seja garantido o acesso aos medicamentos com os menores custos possíveis para o sistema e para o usuário (SANTOS-PINTO *et al.*, 2011).

Análise também relevante deve ser feita sobre o fato de que o fornecimento de medicamentos pelas farmácias públicas pressupõe a atuação do farmacêutico como membro de uma equipe multiprofissional. Nesse contexto, a dispensação de medicamentos é parte do cuidado integral em saúde. Em contraposição, as unidades credenciadas pelo “Aqui tem Farmácia Popular”, normalmente, realizam apenas uma entrega ou venda de produtos, não havendo trabalho integrado destas unidades com as equipes de saúde locais, e não gerando informações para

subsidiar a formulação e a gestão de Políticas Farmacêuticas, com viés de saúde coletiva.

Os dados da PNAD 2012 e da POF 2008-2009 indicam que os programas de assistência farmacêutica do SUS são a única forma de acesso a medicamentos para grande parcela da população brasileira, principalmente aquela de menor renda. Dessa maneira, existe um grande potencial para que as políticas públicas nessa área tenham um impacto redistributivo importante no país. Assim, a avaliação dos gastos com a assistência farmacêutica pública, sua evolução, composição e seus ganhos de eficiência tornam-se informações essenciais para os gestores públicos da área de saúde (GARCIA *et al.*, 2013; IBGE, 2013).

Analisando o Plano Nacional de Saúde 2008-2011, observa-se que a assistência farmacêutica compõe o objetivo “ampliar o acesso da população aos serviços e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde”. As metas estabelecidas para a diretriz “implementação da assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos”, para o referido período, foram (BRASIL, 2010):

Ampliar o número de farmácias da rede própria do programa Farmácia Popular do Brasil, passando de 300 farmácias em 2007 para 600 farmácias até 2011.

Ampliar o número de medicamentos do programa Aqui Tem Farmácia Popular, passando de 9 em 2007 para 16 até 2010, com a inclusão da insulina regular, dois medicamentos para asma e dois para osteoporose.

Ampliar o número de medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais de medicamentos, a partir de parcerias de desenvolvimento produtivo, passando a contar com 35 novos medicamentos até 2011.

Complementando esta análise, conforme consta no Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012, do governo federal, uma das principais estratégias para a garantia da assistência farmacêutica consiste na promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais, por meio dos programas “Farmácia Popular do Brasil” e “Saúde Não Tem Preço”³. As metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde para o período de 2012-2015 são (BRASIL, 2012):

Ampliar a cobertura do programa ‘Aqui tem farmácia popular’ nos municípios do mapa da extrema pobreza que tenham farmácias, passando de 638 municípios em 2011 para 2.365 municípios até 2015.

Ampliar o elenco de medicamentos fitoterápicos da assistência farmacêutica básica, passando de oito em 2011 para 20 até 2015.

3. O “Saúde Não Tem Preço” é um programa do governo federal, criado para garantir o acesso “gratuito” a medicamentos para hipertensão e diabetes, por meio de farmácias e drogarias credenciadas no “Aqui tem farmácia popular”. O Programa funciona desde fevereiro de 2011.

Disponibilizar três unidades internacionais (U.I.) de fator VIII per capita (hemofilia A) e 0,8 U.I. de fator IX per capita (hemofilia B) para atendimento aos pacientes portadores de doenças hemorrágicas hereditárias.

Além do destaque conferido pelo Ministério da Saúde ao programa Farmácia Popular, no planejamento plurianual, a priorização desta estratégia também pode ser verificada quando se analisa a execução orçamentária do governo federal. Ao compararem-se os valores liquidados para as dotações orçamentárias Farmácia Básica e Farmácias Populares, nos anos de 2011 e 2012, pode-se verificar que os gastos com o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (dotação Farmácia Básica) não foram ampliados desde 2009, enquanto os valores gastos com a Farmácia Popular apresentaram realinhamentos constantes, sendo 64% de aumento apenas no biênio 2011-2012. Com isso, de acordo com os dados do último Relatório aprovado (2012), os gastos do Ministério com o PFPB ultrapassaram em cerca de 40% os valores executados com a contrapartida federal para o Componente Básico (CBAF), conforme demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 - Execução orçamentária do governo federal, por unidade orçamentária, conforme relatório anual de gestão 2011 e 2012.

Denominação	Valores executados (liquidados), em reais	
	2011	2012
34. Farmácia Básica – PAB	1.060.000.000,00	1.077.448.725,00
36 e 72. Farmácias Populares	914.129.308,00	1.498.355.346,00

Fonte: Relatórios Anuais de Gestão do governo federal 2011 e 2012, disponível em BRASIL (2013d).

A evolução histórica dos valores de contrapartida pactuados para a aquisição de medicamentos do CBAF está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Evolução do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Brasil, 1999 a 2013.

Ano ¹	Contrapartida - valor <i>per capita</i> /ano (R\$)			
	Federal	Estadual	Municipal	Total
1999	1,00	0,50	0,50	2,00
2006	1,65	1,00	1,00	3,65
2007	4,10	1,50+(0,30) ²	1,50+(0,30) ²	7,70
2009	5,10	1,85+(0,50) ²	1,85+(0,50) ²	9,82
2010	5,10	1,85+(0,50) ²	1,85+(0,50) ²	9,82
2013	5,10	2,36 ³	2,36 ³	9,82

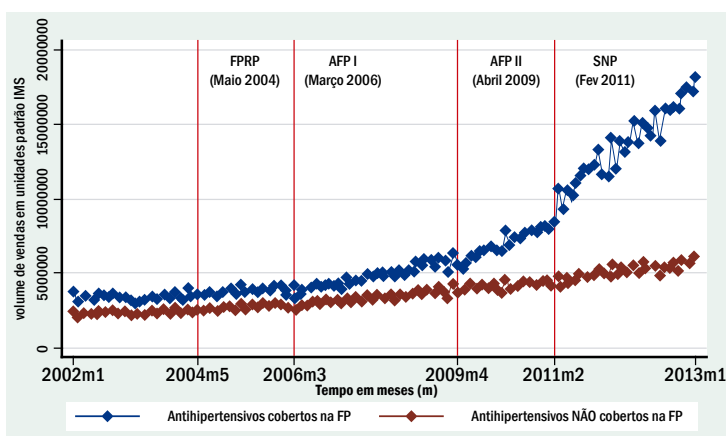
1. Recursos específicos para a aquisição de insumos de diabetes.
2. Os anos referem-se ao ano de publicação de portarias, atualizando o CBAF.
3. A partir da Portaria nº 1.555/2013, os valores referentes à contrapartida para a aquisição de medicamentos do CBAF e de insumos para os portadores de diabetes insulino-dependentes foram unificados.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Conforme ressaltado pelo próprio governo federal, o foco do planejamento para 2013 foi a expansão do Farmácia Popular nos municípios constantes do mapa de extrema pobreza. Assim, verifica-se que o Ministério da Saúde tem investido de forma prioritária no programa Farmácia Popular, em detrimento do financiamento público do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Importante ressaltar que, de acordo com o Decreto nº 5.090/2004, o programa surgiu como uma alternativa para ampliar o acesso aos medicamentos no país, com foco na diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ou seja, a estratégia representada pelo Farmácia Popular objetiva ampliar o acesso aos medicamentos para aquela camada da população com algum poder de compra.

Informações a respeito dos impactos do Programa começam a ser disponibilizadas e devem ser consideradas na avaliação desta política adotada no Brasil. Um dos estudos de maior abrangência e rigor metodológico está sendo conduzido por pesquisadores da Fiocruz. Luiza et al (2014), analisando dados do IMS Health (informação do mercado privado) e das bases do Programa Farmácia Popular, encontraram dados sugestivos de impacto do programa sobre o acesso a medicamentos para doenças traçadoras, como hipertensão arterial sistêmica (Gráfico 1). Medicamentos incluídos no Programa, desde o início do Programa Aqui tem Farmácia Popular, mas especialmente após o início do Saúde Não Tem Preço em 2011, passaram a ter expressivo aumento de número de unidades consumidas no mercado brasileiro, crescimento muito superior em relação aos medicamentos não incluídos no Programa, que mantiveram o mesmo padrão de consumo.

Gráfico 1 - Vendas mensais de antihipertensivos em unidades no mercado privado - IMS Health. Brasil, 2002-2013



O estudo analisou ainda os valores empregados com medicamentos pelo Ministério da Saúde, pelo paciente e as médias mensais. Os autores concluem que houve aumento da eficiência pelo programa, como aumento do número de

pacientes cobertos e redução do gasto médio por paciente com a introdução do Saúde Não Tem Preço, mesmo com a inclusão de novos fármacos. No Programa, os medicamentos genéricos têm sido priorizados, tendo seu consumo consistentemente mais elevado que os similares e de referência.

A realização de mais estudos que visem elucidar o papel do programa Farmácia Popular sobre o acesso da população brasileira a medicamentos essenciais e sobre os gastos das famílias brasileiras com esses medicamentos, é essencial. Também é importante investigar a eficiência deste programa em comparação com a dos programas de assistência farmacêutica do SUS, para que se possa avaliar o papel de cada estratégia para a ampliação do acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais e nos resultados de saúde.

6.4 O acesso aos medicamentos como parte do acesso à saúde

O SUS é constituído pela conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011a). Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde, cabe aos entes federativos: garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso; orientar e ordenar os fluxos; ofertar, regionalmente, e monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

A dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde é parte da assistência terapêutica integral, regulamentada pelo SUS, conforme a Lei nº 12.401/2011. Para tanto, as prescrições devem estar em conformidade com as diretrizes terapêuticas, definidas em protocolos clínicos para as doenças ou os agravos à saúde a serem tratados. Além disto, conforme regulamentado pelo Decreto nº 7.508/2011, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012b):

- Assistência do usuário por ações e serviços de saúde do SUS;
- Prescrição do medicamento por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- Prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- Dispensação em unidades indicadas pela direção do SUS.

Esta regulamentação apresenta importantes desafios para a gestão pública da Assistência Farmacêutica. Primeiramente, a dispensação é entendida como parte da assistência integral. Nesse contexto, surge a primeira contradição: como limitar o acesso aos medicamentos de prescrições originadas nos serviços do SUS

se, por definição, os serviços de saúde são livres à iniciativa privada? Conforme Vieira e Zucchi (2007), essa prática é contrária às diretrizes e aos princípios do sistema, pois o fornecimento de medicamentos estaria garantido apenas para prescrições originadas pelo SUS.

Com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, é facultada aos entes federativos a possibilidade de ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem. O próprio Ministério da Saúde, utilizando a prerrogativa de estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos do Componente Especializado, autoriza o atendimento a prescrições emitidas por serviços privados de saúde. Dessa forma, há diferentes regras para acesso aos medicamentos contemplados pela RENAME vigente.

A legislação que regulamenta o Componente Especializado ressalta que a não disponibilização de medicamentos no âmbito no Componente pode comprometer a integralidade do tratamento e provocar desequilíbrio financeiro entre as instâncias gestoras do SUS. Considerando que vários medicamentos do Componente Básico compõem as linhas de cuidado, definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados pelo Ministério da Saúde, garantir a adequada farmacoterapêutica pressupõe assegurar a disponibilização dos medicamentos necessários, independente da origem da prescrição. Este conflito, decorrente do não alinhamento da legislação, pode comprometer o adequado acesso aos tratamentos prescritos e, conseqüentemente, o direito constitucional à saúde. Além disto, essas inconsistências geram, muitas vezes, oportunidades para intervenções judiciais.

Outro ponto importante é a dificuldade do SUS em garantir acesso universal à atenção em saúde. O número de pessoas com cobertura por pelo menos um plano de saúde tem apresentado crescimento no Brasil. Conforme dados da PNAD, em 1998, 24,5% de pessoas eram asseguradas. Em 2008, o percentual da população com plano de saúde subiu para 26,3% (ou 49,1 milhões de pessoas) (IBGE, 2013).

Dados do Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) 2012 indicam as dificuldades recentes que o país tem demonstrado em aumentar a cobertura de programas, como a Estratégia Saúde da Família. O Brasil possui um IDSUS equivalente a 5,47. A região Sul teve pontuação de 6,12, seguida do Sudeste (5,56), Nordeste (5,28), Centro-Oeste (5,26) e Norte (4,67). Como era de se esperar, os estados da região Sul possuem índices mais altos - Santa Catarina (6,29), Paraná (6,23) e Rio Grande do Sul (5,90). Em seguida, vêm Minas Gerais (5,87) e Espírito Santo (5,79). As menores pontuações são do Rio de Janeiro (4,58), Rondônia (4,49) e Pará (4,17) (BRASIL, 2014).

A questão da desigualdade dos gastos com atenção à saúde, em particular com medicamentos, realizados pelas famílias brasileiras revela as tensões da convivência entre o setor público e privado na provisão da assistência à saúde (MEDICI, 2011). Entretanto, esquece-se que o setor privado de assistência à saúde

transfere seus gastos para o SUS, por diversos mecanismos como, por exemplo, não ofertando ou racionando medicamentos de alto custo, procedimentos e exames de alta complexidade (BAHIA, 2008).

Dessa forma, não existe solução fácil, inclusive em razão dos fenômenos da transição demográfica e epidemiológica, observados na população brasileira, com o crescimento da população idosa e a relevância da morbimortalidade por doenças crônicas (VASCONCELO; GOMES, 2012). Isso requer maior conhecimento sobre o perfil e a evolução dos gastos da saúde das famílias brasileiras, em particular, seu dispêndio com medicamentos, que é item de maior peso para as famílias mais pobres, entre os gastos com saúde (GARCIA *et al.*, 2013).

Além disto, é fundamental que as políticas de financiamento público da assistência farmacêutica tenham o necessário alinhamento entre si e com a política de atenção à saúde, nos diferentes níveis de complexidade do sistema. As estratégias de acesso aos medicamentos e produtos em saúde devem ser avaliadas com relação à capacidade de gerar resultados em saúde, garantindo a melhor relação custo-efetividade para o cidadão e para o sistema.

6.5 Considerações finais

O acesso aos medicamentos é um tema extremamente complexo e abrangente. Garantir que a população tenha acesso aos medicamentos necessários e que estes possuam qualidade, eficácia e segurança são desafios constantes para o sistema de saúde. Como abordado no Capítulo “Gestão da assistência farmacêutica no SUS: uma abordagem estratégica e orientada para resultados”, além da garantia dos recursos suficientes para o financiamento, também é importante que se garanta uma boa gestão dos mesmos, visto que, atendendo a um pressuposto econômico, esses recursos sempre serão escassos e limitados diante das crescentes necessidades em saúde.

No Brasil, a dimensão territorial e as inúmeras distorções do sistema de saúde, que incluem diferenças epidemiológicas, de financiamento público e capacidade de planejamento e gestão entre as esferas e os entes federados, são importantes fatores de vulnerabilidade do sistema. A presença do farmacêutico nas unidades de saúde do SUS, em seus diferentes níveis de organização e complexidade, sua inclusão efetiva nas equipes multiprofissionais e o desenvolvimento de atividades clínicas integradas ainda representam um desafio a ser superado.

Em um ambiente onde convivem diferentes formas de financiamento e de estratégias de acesso aos medicamentos, permanece o desafio de conciliar as reais necessidades em saúde da população com as demandas apresentadas para incorporação pelo sistema, com as estratégias adotadas pelo gestor para garantir o acesso e com as formas de financiamento, a fim de assegurar a sustentabilidade do financiamento público.

Nesse sentido, mostra-se essencial, especialmente para efeitos de regulação e financiamento público, definir inovação em termos de melhoria terapêutica e condicionar o financiamento público ao alcance dessas melhorias. Dessa forma, o acesso aos medicamentos e produtos em saúde, premissa da política nacional, poderá ser garantido à população brasileira.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. B. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. In: SILVEIRA, F. G. *et al.* Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: Ipea, v. 1. p. 83-106, 2006.
- BAHIA, L. The contradictions between the universal Unified Health System and the transfer of public funds to private health plans and insurances. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1.385-1.397, out. 2008.
- BERMUDEZ, J. Remédios: Saúde ou Indústria? A Produção de Medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- BERMUDEZ, J. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade: Crítica da Política de Medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – SO-BRAVIME, 1995.
- BIGDELI, M. B.; TOMSON, G.; LAING, R.; GHAFAR, A.; DUJARDIN, B.; DAMME, W. V. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy and Planning*. London, 22 de novembro de 2012; 28:692–704. Disponível em: <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/28/7/692.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 fev. 2014.
- BRASIL. Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 25 de julho de 1997.
- BRASIL. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União; 10 de novembro de 1998. Seção 1, n.215, p.1.
- BRASIL. Portaria GM nº 176, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília: Diário Oficial da União, 08 de março de 1999.
- BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamentou a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e instituiu o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 de maio de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Diário Oficial da União, 29 de janeiro de 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.982, de 01 de dezembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 02 de dezembro de 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS : Uma construção coletiva : Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e

Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf>.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União: 29 de abril de 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União: 28 de junho de 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 13 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 30 de julho de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 30 de julho de 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012. Aprovado com ressalvas em deliberação na 245ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 8-9 de maio de 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 980, de 27 de maio de 2013. Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2013. Diário Oficial da União. Brasília, 27 de maio de 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. IDSUS. Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Disponível em <<http://189.28.128.182/i3geo/sage/abremapa.php?id=1>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Comissão de Saúde Pública; Conselho Regional de Farmácia do Paraná. Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. A assistência farmacêutica no SUS. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2011. 60 p.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Assistência Farmacêutica no Brasil: um componente essencial do sistema de atenção à saúde. Caderno n. 7. Brasília: CONASS, 2001. 20p.

COSENDEY, M. A. E.; BERMUDEZ, J. A. Z.; REIS, ANDRÉ 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.scielosp.org/pdf/csp/v16n1/1576.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. A estruturação do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo 2003-2010. Vitória: SES, 2010.

GARCIA, M. M.; GUERRA Jr, A. A.; MACEDO, R. C. R.; ACURCIO, F. A. Modelos de Assistência Farmacêutica no Brasil: Programa Rede Farmácia de Minas e Programa Farmácia Popular do Brasil. Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana, 3-7 de diciembre de 2012.

GARCIA, L. P.; MAGALHÃES, L. C. G.; SANT'ANNA, A. C.; FREITAS, L.R.S.; AUREA A. P.; POSENATO, L. Dimensões do Acesso a Medicamentos no Brasil: Perfil e Desigualdades dos Gastos das Famílias, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 E 2008-2009. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Rio de Janeiro: Ipea, junho de 2013.

GELIJNS, A. C. Comparing the development of drugs, devices, and clinical procedures: appendix A. In: GELIJNS, A. C. (Ed.) Modern methods of clinical investigation. Washington: National Academy, 1990. p.147-201.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. IBGE: Rio de Janeiro, 2013. Volume 32. 132p.

LIMA-DELLAMORA, E. C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 17, n. 9, p. 2387-2396, 2012.

LUIZA, V.L. et al. Farmácia Popular: impacto das políticas de subsídeo no acesso e no uso de medicamentos no Brasil – ISAUM-Br. Disponível em < <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/08/ISAUM-Br.pdf>>

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. A Política de Fármacos eleva a Política de Saúde. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.D. (Orgs.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: So-bravime; Cealag, 2002. p. 353-387.

MSH. Management Sciences for Health. Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution and Use of Pharmaceuticals. Second Edition, revised and expanded. United States oAmerica: MSH in collaboration with the World Health Organization, 1997.

MSH. Management Sciences for Health. Managing Access to Medicines and Health Technologies. Arlington, USA: Management Sciences for Health, 2012.

MEDICI, A. C.; OLIVEIRA, F.; BELTRÃO, K. I. A Política de Medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1991.

MEDICI, A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. In: BACHA, E. L.; SCHWARTZMAN, S. (Org.). Brasil: a nova agenda social. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p. 23-93.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Rede Farmácia de Minas - Plano Estadual de Estruturação da Assistência Farmacêutica: uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS. Belo Horizonte, 2008. 87p

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Rede Farmácia de Minas. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/351-rede-farmacia-de-minas-sesmg>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

NASCIMENTO, R. C. R. M. Judicialização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais – Uma análise da correlação entre proteção dos direitos de Propriedade Intelectual e o perfil das demandas por medicamentos atendidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

PANIZ, V. M. V. *et al.* Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008.

PENA, J. P. Marco lógico para la selección de medicamentos. Rev Cubana Med Gen Integr., v. 16, n. 2, p. 177-85, 2000.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, v. 19, n. 2, p. 127-141, 1981.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world medicines situation. Geneva; WHO: 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva: WHO. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>>. Acesso em: 28 nov. 2006.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Essential medicines. Disponível em <http://www.who.int/topics/essential_medicines/en>. Acesso em: 10 set. 2012.

Capítulo 7

Judicialização da assistência farmacêutica como garantia do direito constitucional à saúde: avanço ou retrocesso?

Judicialização da assistência farmacêutica como garantia do direito constitucional à saúde: avanço ou retrocesso?

Silvio César Machado-dos-Santos

Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento

Patrícia Campanha Barcelos (colaboradora)

Ainda no contexto da abordagem sobre a questão do acesso aos medicamentos no Brasil, a judicialização das demandas dos cidadãos nesta área constitui um caminho relevante e com grande impacto, atualmente, sobre o SUS. Devido às suas especificidades, ela será objeto de uma abordagem individual, neste capítulo.

A institucionalização do SUS trouxe profundas mudanças para os serviços de saúde, ao definir a universalidade de acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações como princípios da atenção à saúde. A Lei nº 8080/90 definiu as normas de funcionamento e a responsabilidade do SUS para a execução de todas as ações em saúde, incluindo a assistência farmacêutica, bem como apontou a necessidade de formular uma política nacional de medicamentos (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal Brasileira garante que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, assegurando-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. O direito à vida é o mais fundamental dos direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência de todos os demais (MORAES, 2004).

A tutela do direito à saúde é questão bastante complexa, não só porque envolve direito da personalidade integrante do mínimo existencial da pessoa, mas também porque, tratando-se de direito fundamental social, submete-se às contingências financeiras do Estado, o que se costuma designar por reserva do possível, uma expressão oriunda do direito alemão. De um lado está a escassez de recursos financeiros e de outro existe uma infinidade de necessidades dos indivíduos, que precisam ser atendidas. Diante dessa equação, o Estado precisa decidir, racional e organizadamente, a forma de alocação dos recursos, ponderando os interesses envolvidos e visando o melhor resultado para a população (URBANO, 2010).

O direito à saúde, aí compreendida a assistência farmacêutica, tem *status* de direito fundamental no ordenamento jurídico brasileiro e, como tal, merece e exige plena eficácia. A atuação do Poder Judiciário em prol da efetivação dessa assistência é denominada “judicialização da saúde”. Normalmente, justificada pela omissão e/ou ineficácia do Estado na prestação da assistência médico-farmacêutica

tica, este crescente fenômeno tem representado um grande desafio aos gestores públicos e causado inúmeras distorções no atendimento à saúde e nas políticas públicas instituídas. O resultado é a aplicação dos recursos destinados às políticas integrais e universais para o atendimento às demandas individualizadas (GANDIN, *et al.*, 2011; MARQUES, 2008).

As ações judiciais na área da assistência farmacêutica datam do início dos anos 90 e destinavam-se ao fornecimento de medicamentos para o tratamento de pessoas vivendo com o HIV/Aids. Contudo, após a publicação da Lei nº 9.313/1996, que garante o acesso universal aos antirretrovirais, e da Lei dos genéricos, em 1999, houve redução nos pedidos desses medicamentos, surgindo outras condições dominantes. O perfil das demandas judiciais altera-se ano a ano, e cada vez menos medicamentos considerados essenciais são demandados (MESSEDER *et al.*, 2005).

A intervenção judicial no âmbito da gestão pública pode ter efeitos positivos e negativos na garantia do direito à saúde. Por um lado, ajuda na efetivação do acesso, quando o Estado é ausente ou ineficiente, forçando os gestores a melhorar seus serviços. Por outro, ao assegurar o atendimento de demandas individuais que infringem princípios como equidade e integralidade, pode comprometer o orçamento da saúde ou, até mesmo, prejudicar a efetivação de políticas públicas, sem necessariamente garantir a opção mais racional e segura para o paciente (BARCELOS, 2010; CHIEFFI; BARATA, 2009; FIGUEIREDO, 2010; PEPE *et al.*, 2010).

De forma objetiva, pode-se resumir a interface entre judicialização e garantia do acesso a medicamentos essenciais em quatro situações, conforme demonstrado na Figura 1, a seguir. Considerando a eficiência na gestão pública para garantir o acesso a medicamentos essenciais na rede de atenção à saúde (IV), a judicialização só deveria ocorrer para corrigir distorções do sistema (I), não sendo aplicada em situações onde os medicamentos pleiteados não são considerados essenciais (III).

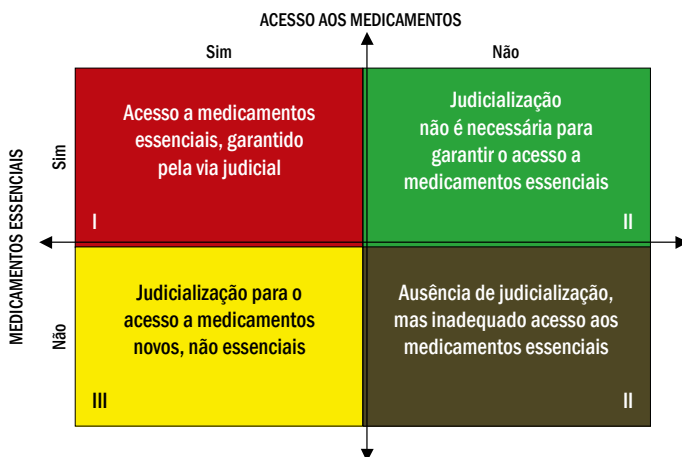


Figura 1 - Relação entre judicialização e acesso a medicamentos essenciais.
Fonte: NASCIMENTO (2012); CUBILLOS *et al.* (2012).

Estudos sobre a judicialização da saúde no Brasil ressaltam o impacto negativo do aumento exponencial de demandas judiciais para a gestão, para o orçamento público e para o uso racional de medicamentos (DANTAS *et al.*, 2005; PEPE *et al.*, 2010). Faz-se necessário, pois, apontar alguns paradoxos que envolvem esta questão e causam grande preocupação. Primeiramente, em relação aos princípios do SUS, essas demandas confrontam-se com o princípio da integralidade, uma vez que a maioria das ações é de cunho individual, contemplam apenas uma parte do tratamento (o medicamento) e não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica, que poderiam se beneficiar do objeto da demanda. Ao mesmo tempo, podem aprofundar iniquidades do acesso, uma vez que a possibilidade do uso da via judicial não se faz igual para todos os brasileiros, favorecendo aqueles que têm maior possibilidade de acesso à justiça (CHIEFFI; BARATA, 2009; PEPE *et al.*, 2010).

Outro relevante aspecto a ser discutido é a interface entre os crescentes gastos para atendimento à judicialização e a incorporação de novas tecnologias no SUS. Análise realizada por Chieffi e Barata, no período de 2004 a 2006, demonstrou que os fármacos que mais impactaram os orçamentos públicos em São Paulo, pela via judicial, foram incorporados pelo SUS, subsequentemente, na relação de medicamentos padronizados pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Esse incremento de ações no período que antecedeu as incorporações pelo SUS pode indicar que a indústria farmacêutica utiliza a judicialização como estratégia para a incorporação de novas tecnologias no sistema público (NASCIMENTO, 2012).

Vários estudos realizados no Brasil sobre a judicialização da assistência farmacêutica identificam um predomínio de demanda por medicamentos novos no mercado, de alto custo unitário e protegidos por patentes. Esta mudança no perfil tem causado um impacto importante e crescente nos gastos públicos para atendimento às ações judiciais e promovido distorções no acesso equânime, princípio constitucional a ser garantido (MESSEDER *et al.*, 2005; CHIEFFI; BARATA, 2010; LOPES, 2010; NASCIMENTO, 2012).

Cabe ressaltar que grande parte dos medicamentos novos, na verdade, não apresentam real ganho em eficácia terapêutica, e podem, até mesmo, adicionar eventos adversos inesperados. A intervenção do Poder Judiciário, portanto, deve ser realizada com bastante cautela, avaliando-se as especificidades do caso concreto e considerando-se a dimensão subjetiva e objetiva do direito fundamental envolvido (BARCELOS, 2010; CONASS, 2011; PEPE *et al.*, 2010; NASCIMENTO, 2012).

Nesse contexto, uma discussão que vem sendo feita refere-se aos limites do judiciário para fazer “escolhas trágicas”, em detrimento da legitimidade dos poderes executivo e legislativo. O termo surgido no Direito americano, “*tragic choices*”, está relacionado com o controle judicial das políticas públicas e exprime, de um lado, a tensão entre a necessidade estatal de tornar concretas e reais as ações e

prestações de saúde em favor das pessoas, e, de outro, as dificuldades governamentais de viabilizar a alocação de recursos financeiros, sempre tão dramaticamente escassos (STF, 2010). Obrigar a rede pública a financiar toda e qualquer ação de prestação de saúde geraria grave lesão à ordem administrativa e levaria ao comprometimento da sustentabilidade do financiamento do SUS (CONASS, 2011).

O orçamento tem como funções a alocação de recursos para prover a oferta de bens e serviços, a intervenção na economia com o objetivo de tornar a sociedade menos desigual (função distributiva) e a promoção do equilíbrio de preços, manutenção de empregos e estabilidade da sociedade. Assim, a adequada execução orçamentária está, diretamente, relacionada ao bom planejamento. Deve-se considerar que qualquer satisfação do direito à saúde é excludente, já que o orçamento é limitado para atender a todas as demandas.

A intervenção do Poder Judiciário, sem a análise das políticas públicas e normas consolidadas que disciplinam o acesso à saúde, formuladas com base nas necessidades epidemiológicas da população, compromete os recursos do Poder Executivo e causa distorções, pois sua concessão não está vinculada à reserva orçamentária, prevista quando da formulação de políticas e do planejamento dos programas (NOGUEIRA, 2004). Algumas decisões judiciais chegam a bloquear verbas públicas para cumprir liminares. No limite, podem impedir que políticas de saúde pública sejam devidamente implementadas, comprometendo a atividade administrativa do Estado, que precisa organizar áreas jurídicas específicas, em detrimento do aperfeiçoamento da assistência farmacêutica para oferecer um melhor atendimento à população (VIEIRA, 2008; BARROSO, 2008; BARCELOS, 2010).

Outrossim, ao determinar o fornecimento de medicamentos sem possibilitar a manifestação do gestor de saúde ou sem buscar a opinião de profissionais que possam avaliar as evidências científicas e a segurança do produto, seu fornecimento pode, até mesmo, causar prejuízo à saúde do usuário, configurando-se como uso irracional dos recursos terapêuticos e financeiros (CONASS, 2011; PEPE *et al.*, 2010).

Adicionalmente, a forma mais utilizada para adquirir o medicamento e cumprir o prazo estabelecido é por meio de dispensa de licitação por emergência ou declaração de inexigibilidade por exclusividade, previstas na Lei das licitações públicas, a Lei nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993). As aquisições por dispensa de licitação ou inexigibilidade não são, objetivamente, convenientes ao interesse público, pois podem favorecer fraudes, diminuem a concorrência e aumentam os preços praticados nas compras (CONASS, 2011; PEPE *et al.*, 2010).

A judicialização, que busca garantir o acesso a produtos e serviços em saúde, tem comprometido a qualidade dos gastos públicos, por meio de decisões arbitrárias e incoerentes com os princípios constitucionais. Como exemplo, cita-se uma decisão encaminhada à SES-MG pela 1ª Vara Cível da Comarca de Itaguara/MG. Nos autos da ação ordinária nº 0322.11.001186-1, foi deferida uma lista de

pedidos, pleiteando o fornecimento dos seguintes alimentos a um portador de fenilcetonúria (NASCIMENTO, 2012):

03 kg de pão fenil; 80 coxinhas; 40 pastéis; 05 massas para pão de queijo; 08 pacotes de Sequilhos®; 05 pacotes de Gelita®; 04 molhos de tomate; 05 milhos verde; 05 cremes de leite; sucos de laranja, abacaxi, morango, uva, manga, goiaba; 04 pacotes de amido de milho; 06 embalagens de sopa Vono®.

Sabe-se que a gestão pública possui deficiências e, muitas vezes, é inefetiva. Porém, ajuizar uma ação contra um órgão público, que tem por missão zelar pelo cumprimento dos princípios constitucionais e da qualidade do gasto, para solicitar produtos alimentícios não considerados de primeira necessidade, por marca registrada e contrapondo às indicações nutricionais para a doença, ultrapassa a coerência e o bom senso. Similarmente a esse deferimento, têm-se inúmeros outros que obrigam a gestão pública a deslocar recursos de ações programáticas importantes para garantir o “cumprimento de um direito constitucional”.

Pelo grande volume de recursos financeiros e interesses envolvidos, a assistência farmacêutica constitui uma das áreas mais complexas do sistema de saúde. A indústria farmacêutica investe milhões em estratégias de propaganda e indução de prescrições médicas, muitas vezes, respaldadas em evidências científicas inidôneas (ESPÍRITO SANTO, 2007). Por pressões diretas ao consumidor ou via prescritores, o paciente é, muitas vezes, estimulado a recorrer à Justiça em busca do tratamento. Isso ocorre mesmo com medicamentos que ainda se encontram em fase de testes clínicos, de uso não autorizado no Brasil ou que não estão sequer registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (DANTAS *et al.*, 2005; FIGUEIREDO, 2010; PEPE *et al.*, 2010).

É importante destacar que o registro sanitário considera a eficácia e segurança do medicamento, de acordo com a indicação à qual se destina e com a oferta no mercado brasileiro. Não se trata meramente de uma etapa burocrática, mas constitui uma atividade de cunho técnico-científico imprescindível para a segurança do paciente (PEPE *et al.*, 2010).

Dada a relevância do tema, foi realizada, em 2009, uma Audiência Pública, convocada pelo Supremo Tribunal Federal, com o objetivo de esclarecer questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação de saúde. O debate sobre esse assunto, tão complexo por envolver áreas de saberes distintos – o Direito e a Saúde –, deve envolver operadores do direito, legisladores, gestores e cidadãos, que precisam estreitar relações em prol do cumprimento do direito à saúde (CONASS, 2011).

Considerando os resultados da audiência pública, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) criou um grupo de trabalho para estudar e propor medidas concretas e normativas para as demandas judiciais, envolvendo a assistência à saúde.

Em março de 2010, foi publicada a Recomendação nº 31, que traça diretrizes aos magistrados e demais operadores do direito para assegurar maior eficiência na solução dessas demandas. É de suma importância o conhecimento dessas recomendações por todos os atores envolvidos (CNJ, 2010).

Vários estudos, realizados no Brasil, demonstram que o mandado de segurança é um instrumento jurídico muito utilizado nas ações que demandam medicamentos aos gestores do SUS¹. Na maioria dessas ações judiciais, a prova citada é a apresentação de receita médica, sem comprovação por perícia. Desta forma, o direito líquido e certo tem sido assegurado por meio de um documento expedido por um único profissional – o médico. Este modelo de saúde, centrado no médico em detrimento à atenção multiprofissional, já foi estudado em vários países, demonstrando que, quando a atenção à saúde ocorre centrada no profissional médico, os resultados de eficiência e eficácia são menores que a atenção multidisciplinar (NASCIMENTO, 2012).

Conforme Sant’ana (2009), a “infalibilidade” da prescrição é subsidiada pela crença generalizada e equivocada de que, no contexto da assistência de saúde, sempre há uso adequado do medicamento, quando prescrito por profissional médico. Tal crença, segundo Lefèvre (1987), deu origem à “falsa oposição” entre uso com prescrição e uso sem prescrição, enquanto que a verdadeira questão seria o uso simbólico *versus* o uso não simbólico do medicamento, uma vez que a simples existência de prescrição médica não assegura o uso adequado do medicamento.

De fato, a saúde do paciente não é, necessariamente, resguardada pelo simples fornecimento do medicamento prescrito. Portanto, é preciso ter muita cautela, sobretudo, em relação à prescrição de medicamentos não pertencentes às relações de medicamentos essenciais, ou em desconformidade com os protocolos clínicos oficialmente instituídos. Quando há consenso científico atualizado a respeito do tratamento mais adequado e seguro de determinada doença, não parece prudente legitimar, *a priori*, uma prescrição médica que esteja em desacordo com esse consenso. Nesses casos, a bem da saúde do paciente litigante, não se pode prescindir de uma avaliação cuidadosa das razões que levaram o profissional médico a atuar de modo diverso do consensual. Principalmente, quando denúncias de conflitos de interesse não declarados, manipulações de resultados de estudos científicos e fraudes, envolvendo médicos, advogados, laboratórios farmacêuticos e outras entidades, tornam-se cada vez mais frequentes (SANT’ANA, 2009).

Outro aspecto importante para discussão é a violação do dever do Estado de estar a serviço da coletividade. Um dos principais motivos inspiradores da existência do Estado é, justamente, a necessidade de disciplinar as relações sociais,

1. O mandado de segurança é uma ação constitucional, de natureza civil, cujo objetivo é a proteção de direito líquido e certo, lesado ou ameaçado de lesão, por ato ou omissão de autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público. Direito líquido e certo é o que resulta de fato certo, ou seja, aquele capaz de ser comprovado, de plano, por documentação inequívoca (MORAES, 2004).

seja propiciando segurança aos indivíduos, seja praticando atividades que tragam benefício à sociedade. A concessão de um direito singular em detrimento às políticas instituídas em saúde representa não somente a violação do benefício coletivo, como expõe o impetrante a risco eminente de utilização de produtos que contêm, por sua característica primordial, o risco de danos.

Em relação às responsabilidades de cada esfera de gestão, a Procuradoria Geral da República entende que estas não podem servir como argumento do Estado para deixar de atender o cidadão, pois deve haver “responsabilidade solidária”² entre os entes federativos, principalmente em regiões pobres (ANDRADE, 2008). Porém, o financiamento da assistência farmacêutica possui uma dinâmica própria, na qual as responsabilidades são pactuadas. A observância destas responsabilidades pelo judiciário acarreta, muitas vezes, a superposição de esforços, o atendimento de demandas em duplicidade e o desperdício de recursos (BARROSO, 2008; NASCIMENTO, 2012).

Enfim, verifica-se que a judicialização tenciona o sistema e seus gestores no sentido de corrigirem as ineficiências e eliminarem os vazios assistenciais. Mas, também pode ser utilizada como instrumento, que leva a gastos desnecessários, para atender preferências médicas e/ou interesses de mercado, pois, em alguns casos, obriga os gestores a fornecerem medicamentos sem eficácia e segurança comprovadas e/ou em substituição a outros mais custo-efetivos, existentes na lista padronizada.

Mediante todas as variáveis apresentadas, é indiscutível a complexidade do tema e a necessidade de uma adequada interlocução entre Procuradorias, Defensorias Públicas, Ministério Público, Poder Judiciário e gestores públicos. Estes devem divulgar a estrutura, a forma de organização e funcionamento do SUS e as políticas adotadas para as diferentes áreas da atenção à saúde. Pode-se afirmar que as ações judiciais é um dos maiores desafios que os gestores do SUS enfrentam atualmente (CONASS, 2011).

Considerando-se que o recurso público disponibilizado é finito e que as demandas em saúde crescem exponencialmente, a função alocativa no orçamento é um desafio constante e gera a necessidade de se equilibrar receita e despesa, por meio da priorização de ações e do planejamento adequado. Sabe-se que o Estado não possui recursos materiais para atender, integralmente, a todas as demandas, motivo pelo qual, no limite da reserva do possível, deve-se ponderar o princípio da universalidade com o princípio da seletividade, cabendo ao Poder Público estabelecer parâmetros para a prestação de serviços de saúde resolutivos e que atendam aos princípios do SUS.

2. A responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios deriva dos artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 8.080/1990, combinados com o artigo 264 e seguintes do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 1996). Desta forma, o direito à saúde deve ser garantido pelas três esferas de governo.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. I. G. *et al.* A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. ver. Med. Minas Gerais, v. 18, n. 4 Supl 4, p. S46-S50, 2008.
- BARCELOS, P. C. Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo: um estudo exploratório. 2010. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.
- BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial. Rio de Janeiro: [s.n.] jan. 2008. Trabalho desenvolvido por solicitação da Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ejef.tjmg.jus.br/home/files/publicacoes/artigos/0132009.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2013.
- 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: Diário Oficial da União; 19 de setembro 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 21 de junho de 1993.
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 25, p. 1839-1849, 2009.
- CNJ. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação n. 31, de 30 de março de 2010. Publicado no DJ-e n. 61/2010, em 7/04/2010, p.4-6. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>>. Acesso em: 13 set. 2013.
- CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Assistência Farmacêutica no SUS. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7. Brasília: CONASS, 2011. 186p.
- CUBILLOS, L. *et al.* Universal health coverage and litigation in Latin America. Journal of Health Organization and Management, v. 26 Iss: 3, p. 390 – 406, 2012.
- DANTAS, N. S.; SILVA, R. R.; GAVRONSKI, A. A.; SILVA, O. J. B. Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa do Direito à Saúde. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2005. 107 p.
- ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. Diagnóstico da assistência farmacêutica no setor público e a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo. Vitória: SES, 2007. 111p.
- FIGUEIREDO, T. A. Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: A aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão. 2010. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.
- GANDIN, A. D. *et al.* Judicialização do Direito à Saúde. Disponível em: <<http://jusvi.com/artigos/32344>>. Acesso em: 29 jul. 2011.
- LEFEVRE, F. A oferta e a procura de saúde através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 21, n. 1, Feb. 1987. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910198700100010&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 10 nov. 2013.

- LOPES, M. C. *Judicialização da Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010. 257p.
- MARQUES, S. B. *Judicialização do direito à saúde*. Rev. Direito Sanitário. São Paulo, v. 9, n. 2, out. 2008.
- MESSEDER A. M. *et al.* Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, mar-abr, 2005.
- MORAES, A. *Direito Constitucional*. 16 ed. São Paulo: Altas, 2004.
- NASCIMENTO, R. C. R. M. *Judicialização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais – Uma análise da correlação entre proteção dos direitos de Propriedade Intelectual e o perfil das demandas por medicamentos atendidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais*. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.
- NOGUEIRA, R. W. L. Saúde, medicamentos, desenvolvimento social e princípios orçamentários. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n. 542, 31 dez. 2004. Disponível em: <http://www.professorallan.com.br/UserFiles/Arquivo/Artigo/artigo_saude_medicamentos_desenvolvimento_social_e_principios_orcamentarios.pdf>. Acesso em: 05 set. 2013.
- PEPE, V. L. E. *et al.* A Judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.
- SANT'ANA, J. M. B. *Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009. 93p.
- STF. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Informativo STF nº 582. Brasília, 12 a 16 de abril de 2010 - Nº 582. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo582.htm>>. Acesso em: 19 set. 2013.
- URBANO, H. E. M. C. *Notas sobre a efetivação do direito fundamental à saúde*. Revista de Informação Legislativa. Brasília: Ano 47. n. 188. Out-dez 2010.
- VIEIRA, F. S. *Ações judiciais e o direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365-369, 2008.

Capítulo 8

Pesquisa e desenvolvimento
de novos fármacos e a
regulação do mercado em
saúde no Brasil: desafios
para a garantia do acesso

Pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos e a regulação do mercado em saúde no Brasil: desafios para a garantia do acesso

Silvio César Machado-dos-Santos

Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento

O mercado farmacêutico possui algumas peculiaridades que representam importantes desafios ao equilíbrio entre a oferta e a demanda e, conseqüentemente, à garantia de preços acessíveis para consumidores e gestores públicos. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997) destaca os seguintes fatores, que incidem sobre o mercado farmacêutico, tornando-o ainda mais desafiador:

- Assimetria de informação - o paciente, normalmente, sabe menos do que o médico ou o farmacêutico/dispensador sobre a eficácia, a qualidade e a segurança dos fármacos. Isso pode resultar no uso inapropriado desta tecnologia em saúde. Para que os mercados funcionem corretamente, compradores e vendedores devem ter informações adequadas e completas.
- A falta de competição - no campo farmacêutico há grandes monopólios, sendo a produção de vários itens concentrada em um pequeno número de fabricantes/fornecedores. Além disso, a proteção aos direitos de propriedade industrial, especialmente patentes e marcas, gera exclusividade e, conseqüentemente, poder de mercado.
- Externalidades (*Spillover*) - o emprego de tecnologias em saúde pode beneficiar não somente a pessoa que as utiliza, mas outros, cujo risco de doença é reduzido em decorrência do uso desta tecnologia. São exemplos: a imunização; o tratamento da tuberculose e das doenças sexualmente transmissíveis; ou, ainda, aquelas situações onde os mecanismos de mercado não sejam suficientes para que haja Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), e disponibilização de determinados medicamentos, como no caso das doenças negligenciadas. Tais serviços, com grandes benefícios para a saúde pública e para a sociedade, não podem ser deixados ao mercado e justificam o financiamento público.

A análise histórica do mercado farmacêutico, no Brasil, possibilita identificar que esse campo pouco evoluiu ao longo das últimas décadas, sendo dominado por empresas transnacionais. Características da indústria farmacêutica nacional, apontadas por Bermudez (1995), continuam atuais: alta dependência na importa-

ção de matérias-primas; predominância da estratégia de concorrência pela diversificação de produtos, ocasionando grande diversidade de produtos registrados e vendidos no país; e alta concentração da produção por classes terapêuticas nas empresas transnacionais.

A indústria farmacêutica nacional teve seu auge na década de 30. O que diferenciou a evolução da indústria no Brasil, quando comparada a de outros países, foi a inexistência de um parque industrial instalado para a área química. Assim, a partir da Segunda Guerra Mundial, as empresas que possuíam capacidade inovativa expandiram-se, adquirindo característica transnacional. No Brasil, essas empresas implantaram suas subsidiárias, mas continuaram produzindo as matérias primas e desenvolvendo atividades de P&D no país sede (BERMUDEZ, 1995).

As empresas atingem vantagem competitiva por meio das iniciativas de inovação. Uma vez conquistada essa vantagem, a empresa, por meio de um processo de melhorias contínuo, apenas a sustentará. Esse processo tem gerado, no campo da indústria farmacêutica, um elevado número de novos produtos no mercado, a cada ano (PORTER, 1999).

A competição na indústria farmacêutica baseia-se na diferenciação do produto, calcada no investimento continuado e de grande porte em atividades de P&D e de *marketing*. As empresas líderes do setor destinam entre 10% e 20% de seu faturamento às atividades de P&D, enquanto as despesas com *marketing* chegam a 40% do valor da produção. Essas atividades têm como propósito incrementar o portfólio de produtos, muitas vezes de forma artificial e sem qualquer ganho terapêutico, sendo as patentes o principal mecanismo setorial de apropriação privada dos resultados das inovações. Baseado nessa análise é possível falar que o setor saúde tem uma dinâmica inovativa própria, seguindo uma lógica distinta de outros setores econômicos (PAVITT, 1984; ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2000).

De acordo com Szmrecsányi (2000), até recentemente, as variáveis econômicas eram levadas em conta apenas no estudo da evolução da tecnologia, devido à interface com a produção de bens e serviços por meio do progresso técnico. Porém, atualmente, esse relacionamento teve que ser estendido à própria ciência, pois parte relevante da pesquisa contemporânea é realizada em contato direto com as atividades econômicas que a financiam, e que se apropriam dos seus frutos. O lançamento de novos medicamentos no mercado é um bom exemplo dessa realidade. A maioria dos produtos novos é oriunda de pesquisas dos próprios laboratórios farmacêuticos ou financiadas por eles, com o objetivo de reverter o investimento realizado em lucro, principalmente durante os anos de comércio exclusivo, decorrente da proteção patentária.

Embora seja notória a correlação entre os temas “patentes de medicamentos” e “direitos humanos”, a legislação multilateral da Organização Mundial do Comércio (OMC), ao tratar o tema, garante aos produtos farmacêuticos

e a qualquer outro produto de comércio equânime *status* de tratamento. O art. 27, do Acordo sobre aspectos da Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPs), determina ampla proteção a patentes, em todos os setores tecnológicos¹.

Conforme o Acordo TRIPs, foi concedido o prazo de dez anos (até 2005) aos países signatários para adequarem suas respectivas legislações nacionais sobre patentes aos parâmetros estabelecidos pelo Acordo. Os países em desenvolvimento poderiam utilizar salvaguardas para a proteção da saúde pública e para o desenvolvimento socioeconômico e tecnológico. Porém, a Lei que regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial, no Brasil, foi publicada em 1996, sem adotar as salvaguardas previstas. Assim, o Brasil passou a reconhecer patentes de medicamentos a partir da publicação da Lei nº 9.279 (BRASIL, 1996), diferentemente de países como China e Índia, que postergaram a adoção de patentes farmacêuticas para desenvolver sua indústria farmacêutica nacional.

A Lei brasileira de Propriedade Intelectual permite que o governo autorize a produção de medicamentos relevantes para a saúde pública, desconsiderando a proteção patentária, por meio da utilização da licença compulsória² ou da importação paralela³. Essa estratégia, porém, é pouco utilizada em função das deficiências tecnológicas locais, que dificultam a realização de engenharia reversa ou mesmo de métodos industriais com viabilidade econômica. Além disso, a utilização das citadas prerrogativas não está livre de repercussões no plano político internacional, pois sempre representa uma possibilidade potencial de retaliação econômica por parte dos países sede das empresas detentoras das patentes (ACÚRCIO, 2013).

Vale destacar que o número de especialidades farmacêuticas, disponíveis no mercado mundial, tem crescido a cada ano, superando a marca de 35.000 produtos já no início dos anos 2000. Essa evolução em termos numéricos nem sempre está atrelada a reais ganhos terapêuticos, e tal incremento na disponibilidade de novos medicamentos sobrepuja, em muito, a capacidade de conhecimento em relação a eles, tornando difícil dimensionar seus possíveis riscos (PENA, 2000).

Os problemas de saúde pública globais e as pandemias são, para a indústria farmacêutica, oportunidades de mercado que, quando interessantes do ponto de

1. Conforme o parágrafo 1º do artigo 27 do Acordo TRIPs, sem prejuízo do disposto nos parágrafos 2º e 3º, qualquer invenção, de produto ou de processo, em todos os setores tecnológicos, será patenteável, desde que nova, envolva passo inventivo e seja passível de aplicação industrial. [...] WTO, Agreement on trade-related aspects of intellectual property rights. Disponível em: <http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips.pdf> Acesso em: 11 nov. 2010.

2. Conforme o artigo 71 da Lei nº 9.279/1996, nos casos de emergência nacional ou interesse público, declarados em ato do Poder Executivo Federal, desde que o titular da patente ou seu licenciado não atenda a essa necessidade, poderá ser concedida, de ofício, licença compulsória, temporária e não exclusiva, para a exploração da patente, sem prejuízo dos direitos do respectivo titular.

3. Importação paralela é a importação, sem o consentimento do proprietário da patente, de um produto equivalente ao patenteado, comercializado em outros países, com ou sem a autorização do detentor da patente.

vista econômico, são exploradas. Porém, a proteção conferida pela propriedade intelectual não tem gerado investimentos em P&D no estudo de fármacos para as novas doenças tropicais e subtropicais. Segundo estatísticas da OMS, despendem-se 90% em P&D no mundo para direcioná-los a condições que afetam apenas 10% da população. Dos 1.393 novos medicamentos aprovados, entre 1975 e 1999, apenas 16 (1,2%) foram especificamente desenvolvidos para o tratamento de doenças negligenciadas (WHO, 2009).

Tanto a melhoria da eficácia dos medicamentos já existentes como o possível desenvolvimento de novos fármacos para doenças atualmente sem tratamento dependem, em grande parte, do êxito no processo de inovação. Contudo, há um descompasso entre a política de inovação e a de incorporação de tecnologias no âmbito dos sistemas de saúde. Na perspectiva da saúde pública, a inovação deve estar associada ao oferecimento de opções terapêuticas mais eficazes e efetivas que os tratamentos disponíveis, e/ou aos aspectos econômicos (menores custos de tratamento), enfatizando o conceito de inovação, socialmente, necessária ou inovação baseada nas necessidades de saúde.

De acordo com a OMS (WHO, 1997), preços acessíveis são pré-requisito importante para garantir o acesso a medicamentos essenciais nos setores público e privado. Nesse contexto, são fundamentais: o estabelecimento de uma política governamental de preços; a redução de impostos sobre os medicamentos; a promoção da concorrência por meio de políticas de medicamentos genéricos; e boas práticas de aquisição, incluindo a negociação de preços e a adoção de medidas compatíveis com o Acordo TRIPS, tais como o licenciamento compulsório de medicamentos patenteados e as importações paralelas.

Os sistemas nacionais e internacionais que determinam o preço de venda dos produtos farmacêuticos são extremamente complexos. De acordo com o MSH (2012), alguns fatores são determinantes na regulação do mercado farmacêutico:

- Os preços dos medicamentos protegidos por patentes são, normalmente, elevados. A introdução de medicamentos genéricos possibilita o aumento da competitividade do mercado, sendo um importante mecanismo para garantir acessibilidade aos medicamentos.
- O governo pode interferir, efetivamente, sobre o mercado farmacêutico, tornando-se grande comprador de produtos e regulando as diferentes etapas da cadeia de abastecimento, o que afeta, significativamente, os custos para os consumidores. Os governos também podem eliminar ou reduzir os impostos sobre os medicamentos considerados, economicamente, estratégicos. Para incentivar o fornecimento de medicamentos genéricos, os governos podem trabalhar para minimizar as barreiras à sua entrada no mercado.

- Existe uma série de mecanismos para controlar os preços dos produtos farmacêuticos, incluindo o estabelecimento de preços de referência, a intercambialidade por genéricos, *benchmarking*⁴ internacional e análises farmacoeconômicas. Cada país deve determinar quais mecanismos são os melhores, com base na avaliação do contexto, e garantir monitoramento e avaliação constantes.
- Os custos totais de medicamentos não dependem apenas dos preços de venda, mas também da demanda de mercado. O uso inadequado de medicamentos contribui para aumentar os custos dos tratamentos e a possibilidade de resultados clínicos adversos.

Considerando-se o direito à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, previsto na Constituição Federal, por qualquer ângulo de observação, o fato é que o papel do Estado nessa área é inquestionável, seja provendo, diretamente, a oferta de medicamentos por meio da estrutura pública, seja regulando a dinâmica de funcionamento do mercado com o intuito de fomentar a concorrência e evitar práticas abusivas de preços.

Isso ocorre porque o mercado, operando livremente, não é capaz de propiciar um adequado padrão de equidade e bem-estar social no setor saúde, resultando na necessidade de intervenção governamental. Já que o preço dos medicamentos é uma variável determinante do nível de acesso, além da questão do financiamento, a atuação do Estado deve ocorrer também pela formulação e implementação de políticas que contemplem, entre outras coisas, mecanismos de regulação para assegurar o cumprimento de uma série de funções básicas e necessárias, em prol do bem-estar coletivo (MACHADO-DOS-SANTOS, 2002).

Com esse intuito, a OMS defende a necessidade do estabelecimento de políticas e regulamentações nacionais de medicamentos. Essa regulação deve abranger a importação, a produção local, a comercialização e o uso dos medicamentos, com o objetivo de proporcionar ganhos de eficiência em todos os níveis e setores relacionados com essa cadeia, a fim de cumprir o propósito maior de garantir a todos os cidadãos o acesso a medicamentos eficazes, seguros, de reconhecida qualidade e a um custo razoável (MACHADO-DOS-SANTOS, 2002).

Conforme sintetiza Segura (1997, p. 46):

[...] por razões de equidade, o financiamento dos serviços de saúde deve ser público e, por razões de eficiência, a produção não pode realizar-se através de um mercado livre e desregulado. Não obstante, [...] a ausência de competição gera incentivos à ineficiência, pelo que a introdução de competição dentro dos sistemas de saúde constitui uma necessidade preempatória.

4. *Benchmarking* (termo inglês que significa "aferação") é a busca das melhores práticas na indústria, que conduzem ao desempenho superior. É visto como um processo positivo e pró-ativo por meio do qual uma empresa examina como outra realiza uma função específica, a fim de melhorar a forma de realizar a mesma função ou uma função semelhante.

O marco para essa discussão é a busca pelo aumento da eficiência por meio da introdução da competição em um mercado regulado e financiado publicamente. No campo farmacêutico, especificamente, essa regulação deve acontecer pelo menos sob três aspectos. O primeiro refere-se aos aspectos sanitários, buscando a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, disponibilizados por meio de um marco legislativo e normativo adequado, assim como de uma estrutura de vigilância apropriada. O segundo refere-se à regulamentação da conduta ética e da atuação dos profissionais ligados à saúde, direta ou indiretamente, especialmente no que diz respeito à relação com os usuários e com a indústria. O terceiro refere-se aos aspectos econômicos, relacionados com a regulação dos preços, tanto pelo controle direto deles, quanto pelos mecanismos de controle “extrapreço”, como: melhoria da dinâmica competitiva do mercado com a estratégia dos genéricos; legislação antitruste; desenvolvimento da ciência e tecnologia, reduzindo a dependência externa; redução da carga tributária; controle dos gastos institucionais; melhoria da eficiência na gestão; e utilização dos recursos, entre outros (MACHADO-DOS-SANTOS, 2002).

Em relação à regulação econômica, o Brasil retomou-a no final da década dos anos 90, por meio da Política dos Medicamentos Genéricos e do controle dos preços. A política de genéricos foi instituída a partir de 1999, pela Lei Federal nº 9.787, e tem sido uma das principais tentativas governamentais para ampliar o acesso da população a medicamentos no Brasil. Sua concepção está alicerçada na ideia de que, uma vez expirada a patente, a introdução de produtos baseados no medicamento original, mas comercializados sem marca, contribua para o aumento da concorrência via preços, devido à redução da assimetria de informações existentes, associada à garantia da qualidade e intercambialidade entre as diferentes opções. Esse cenário possibilita ao consumidor a comparação e escolha do produto pelo preço. As evidências internacionais e nacional demonstram que os medicamentos genéricos são comercializados a preços inferiores àqueles de marca, em uma variação “a menor” da ordem de 40% a 70%.

Estudo realizado por Nishijima (2008) demonstrou que os preços dos medicamentos de referência são sensíveis, negativamente, ao aumento do número de genéricos em seus mercados. Essa tendência é, particularmente, interessante do ponto de vista do bem-estar da sociedade brasileira, pois se os preços dos medicamentos de marca são reduzidos como resposta ao aumento da concorrência, então, a tendência é ocorrer uma queda no custo de tratamento das doenças.

Com relação à possível cobertura nosológica a ser alcançada com os medicamentos genéricos – já que seu elenco restringe-se àqueles livres de patentes – tem-se que a grande maioria dos itens constantes da RENAME encontra-se isenta de patentes e, portanto, passível de ser produzida por vários concorrentes e, assim, podendo integrar o mercado dos genéricos. Isso, por sua vez, vem tornando resolutiva a estratégia de uma política de medicamentos genéricos que contempla

tanto o setor público quanto o privado, além de ser perfeitamente compatível com as prioridades sanitárias dos diversos países, na medida em que possibilita reduzir os custos terapêuticos, ampliar o acesso, racionalizar o uso dos fármacos e atender às principais necessidades de saúde da população no campo farmacêutico.

Em relação às políticas de controle governamental dos preços, existem vários questionamentos sobre sua real eficácia no médio e longo prazo, assim como sobre sua conveniência econômica num contexto de políticas que privilegiam a hegemonia do mercado. Independentemente disso, sabe-se que o controle dos preços apresenta benefícios para o acesso aos medicamentos, pelo menos durante certo período de tempo. Nesse sentido, afirmam Madrid e colaboradores (1998, xiii):

[...] a intervenção estatal na fixação de preços não deve eliminar-se automaticamente como uma opção dentro da reforma do setor saúde, tampouco deve adotar-se ou renovar-se esta opção sem considerar cuidadosamente medidas alternativas, como as estratégias de medicamentos genéricos, que, quiçá, poderão lograr as mesmas metas com mais eficácia e apoiar os mercados competitivos.

O fato é que, quanto maior a participação direta do Estado no financiamento e/ou na provisão dos serviços de saúde, em geral, e na assistência farmacêutica, em particular, maior será o seu poder de intervenção e negociação com o setor privado, bem como maior tende a ser sua preocupação com o controle dos gastos em saúde.

Assim, nos países desenvolvidos, onde a maioria da população tem assegurado seu acesso aos medicamentos em decorrência de uma relevante participação do Estado, as medidas de controle governamental dos preços apresentam-se mais como políticas de contenção dos gastos. Já, nos países onde o acesso aos medicamentos não é garantido à maioria dos cidadãos, tais medidas são, acima de tudo, mecanismos necessários à ampliação da acessibilidade a esses insumos estratégicos em saúde, seja ela viabilizada pelo financiamento público ou privado.

Outra questão que merece destaque refere-se ao caráter dinâmico do controle dos preços dos medicamentos, ou seja, além do rigor na definição dos preços iniciais no momento do registro – produção ou importação –, faz-se necessário também o devido monitoramento do processo, no que diz respeito aos reajustes solicitados, em especial nos períodos de instabilidade econômica. Ainda que a regulação dos preços não seja uma unanimidade, ela é praticada de algum modo na maioria dos países. Alguns o fazem de maneira limitada, enquanto outros aplicam mecanismos rigorosos.

Quanto ao efetivo controle de preços dos medicamentos no Brasil, as evidências históricas das décadas de 70 e 80 demonstram uma clara predisposição à adoção do tabelamento de preços como medida de contenção para as elevadas

e permanentes taxas inflacionárias. Durante essas duas décadas, o controle era efetuado pelo Conselho Interministerial de Preços (CIP), deixando de existir no início da década dos anos 90, no Governo Collor, quando se iniciou o processo de extinção do controle formal dos preços dos medicamentos (MACHADO-DOS-SANTOS, 2001).

Desde então, o que ocorria eram acordos informais e acompanhamento distante desses preços, realizados por estruturas específicas do Executivo, como pela Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE), do Ministério da Fazenda; Secretaria de Direito Econômico (SDE); e pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), do Ministério da Justiça; além do próprio Ministério da Saúde, no ano de 2000 (MACHADO-DOS-SANTOS, 2001).

À exceção do Decreto nº 793/1993, do Governo Itamar Franco, e da legislação que implantou a estratégia dos medicamentos genéricos no País, em 1999, nenhuma outra medida concreta foi adotada na década de 90, no sentido de melhorar a dinâmica de funcionamento do mercado farmacêutico. Como consequência, os aumentos nos preços dos medicamentos no Brasil ocorreram em níveis muito acima dos índices de inflação nesse período (MACHADO-DOS-SANTOS, 2001).

Então, devido aos fortes indícios de prática abusiva de preços, amplamente divulgados pela mídia nacional, o Governo brasileiro adotou algumas normas para retomar o controle de preços dos medicamentos. Com esse intuito, foi homologada a Medida Provisória nº 2.063, de 18 de dezembro de 2000, que instituiu a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos (FPR), o Índice Paramétrico de Medicamentos (IPM), e criou a Câmara de Medicamentos (CAMED)⁵, entre outras providências.

A FPR definiu, mediante alguns parâmetros estabelecidos, o valor máximo do reajuste médio de preços para todas as empresas produtoras de medicamentos, vetando todo e qualquer novo reajuste até 31 de dezembro do ano seguinte (2001), salvo por autorização extraordinária emitida pelo Conselho de Ministros da Câmara de Medicamentos. Essa Medida Provisória também estabeleceu critérios para a definição do preço inicial das novas apresentações de medicamentos já existentes.

Avaliando o ambiente desse mercado no tocante aos reajustes dos preços de medicamentos, nos três primeiros meses após a criação da Câmara de Medicamentos, alguns desdobramentos puderam ser observados. Houve infrações às regras estabelecidas e alguns encaminhamentos punitivos foram adotados.

Posteriormente, em 2003, a CAMED passou a ser denominada Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), continuando como a instância

5. A Câmara de Medicamentos foi composta por um Conselho de Ministros – presidido pelo Chefe da Casa Civil –; por um Comitê Técnico – composto por Secretários dos Ministérios da Saúde, Justiça, Fazenda e da Casa Civil –; e por uma Secretaria Executiva, cujas competências e atribuições são exercidas pela Anvisa.

responsável pelo controle dos preços de produtos farmacêuticos no mercado brasileiro. A partir de 2007, a CMED passou a regular, também, os preços de venda para o governo, de uma relação de medicamentos recomendados em protocolos clínicos do Ministério da Saúde. Criou o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP), que consiste em uma alíquota a ser descontada do preço de fábrica desses medicamentos, dando origem ao preço máximo de venda ao governo (PMVG). Trata-se de um desconto mínimo obrigatório, que deve ser aplicado pelas distribuidoras e/ou laboratórios quando realizam vendas destinadas à Administração Pública.

Os sistemas de saúde e, entre eles, os sistemas de oferta de medicamentos, não são regulados de maneira simples. Tanto no sistema de saúde, em geral, quanto no sistema de medicamentos, em particular, quatro lógicas coexistem e estão em permanente tensão: a profissional, a tecnocrática, a de mercado, e a democrática, conforme apresentado na Figura 1.

A lógica profissional é aplicada na interface entre usuários do sistema de saúde e profissionais, quando estes propõem diagnósticos e planos de tratamento. A lógica tecnocrática está relacionada ao planejamento e à racionalidade administrativa, desenvolvida por gestores e planejadores. A lógica de mercado, dominante no caso da indústria farmacêutica e dos planos de saúde, exerce papel cada vez mais importante na regulação da área. E, finalmente, a lógica democrática, que está relacionada ao ambiente político (CONASS, 2009).



Figura 1 - Lógicas de mercado.

Fonte: CONTANDRIOPOULOS (2010).

Essas quatro lógicas coexistem, levando a duas constatações: a primeira é a certeza de que nenhuma delas, sozinha, é suficiente para assegurar a regulação do sistema, independentemente de como ele seja; a outra consiste em que, para uma decisão ser tomada e ser útil, é preciso que ela se baseie em uma dessas lógicas. Para Contandriopoulos (2010), a questão é saber qual lógica predomina e quando uma deve se sobrepor à outra. Por exemplo, quando um médico prescreve um medicamento deve prevalecer a lógica profissional ou a lógica de mercado? Para a implementação de um sistema público de saúde, deve prevalecer a lógica de mercado ou a lógica democrática? A resposta a questões como essas, buscando compatibilizar o tipo de lógica com o tipo de decisão, é o caminho para a organização do sistema regulatório em saúde.

Na área dos medicamentos, essa compatibilização é cada vez mais problemática, considerando que, nessa área, existe a regulação pelos quatro vetores lógicos, porém, deve-se ressaltar, eles se modificam ao longo do tempo. As relações de poder entre os atores e o equilíbrio entre as lógicas são mutáveis, o que gera redistribuição de argumentos e capitais a diferentes tipos de atores e, consequentemente, o desenvolvimento de novas estratégias, cujos resultados, em termos de acesso com equidade a medicamentos, são cada vez mais preocupantes (CONASS, 2010).

De acordo com Contandriopoulos (2010), para reequilibrar as quatro lógicas, seria necessário que a regulação democrática pudesse assegurar a independência da pesquisa e garantir, de maneira rígida e sem nenhuma exceção, a independência da *expertise* na avaliação da eficácia e da segurança dos novos produtos. Adicionalmente, são indispensáveis a revisão da legislação de patentes e a transparência de informações geradas pela indústria farmacêutica no processo de pesquisa e desenvolvimento de fármacos. Outro aspecto bastante relevante é o controle sobre o preço dos medicamentos exercido pelo governo e não pelas indústrias, evitando as negociações demasiadamente descentralizadas e desequilibradas (CONASS, 2010).

No contexto brasileiro, as questões apresentadas trazem outra preocupação: o mesmo Estado que regula o registro e os preços dos medicamentos, é um grande comprador. Além disto, apesar de o país adotar o conceito de essencialidade, proposto pela OMS, e incorporar novas tecnologias com base em estudos de custo-efetividade, o número de produtos registrados pela Anvisa é muito superior à relação de medicamentos considerados essenciais.

Outro aspecto relevante é que as demandas apresentadas à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) para incorporação são majoritariamente da indústria farmacêutica. Todas as demandas recebidas pela CONITEC, até agosto de 2012, foram submetidas pelas próprias empresas fabricantes. Mais uma vez, não são os gestores de saúde que apresentam as prioridades para análise e incorporação no SUS (NASCIMENTO, 2012).

O perfil de demandas por novas tecnologias pela via judicial e a avaliação das demandas apresentadas à CONITEC confirmam a mudança no trabalho de *marketing* das empresas nos últimos anos, que investem não só nos profissionais médicos, principais prescritores, mas na inclusão de novos produtos no setor público e em advogados para a garantia do financiamento dos medicamentos por meio judicial. Esse é mais um desafio apresentado à regulação do mercado farmacêutico no Brasil.

De acordo com Bonfim (2006), nos países desenvolvidos em que existe subsídio do governo para os produtos farmacêuticos, a análise do aumento do uso de medicamentos biológicos é decisiva. Igualmente importante para o Brasil, esses dados requerem estudo adequado, porque o SUS tem que responder à crescente exigência de fármacos novos para tratamentos que só deveriam ser instituídos, primeiro, sob o amparo da relação benefício–risco e, logo, custo–efetividade.

De acordo com Drummond e colaboradores (2005), ao se considerarem as condições de escassez e incerteza dos recursos em saúde, os gestores devem decidir, constantemente, quais estratégias devem ser adotadas para obter resultados duradouros em saúde. Os estudos de economia são uma importante ferramenta, que busca a compreensão das decisões de alocação de recursos tanto médicos como não médicos, os quais afetam a saúde. Nesse contexto, a farmacoeconomia representa um valioso instrumento de suporte para a tomada de decisão. A avaliação e o planejamento de investimentos baseados em uma distribuição mais racional de recursos permite a conciliação das necessidades em saúde com as possibilidades de custeio, tanto individual, como dos provedores e dos sistemas públicos de saúde.

Enfim, os gastos para assegurar o financiamento público de medicamentos têm mostrado tendência ininterrupta de crescimento no SUS. Uma das grandes ameaças à integridade dos sistemas de saúde é enveredar-se em uma espiral de medicalização e incorporação tecnológica, sem a devida análise crítica de benefícios e custos. Avaliações econômicas em saúde e, mais especificamente, em medicamentos, são cada vez mais relevantes na gestão do setor e têm sido realizadas em diversos países, com frequência crescente (ANDRADE, 2008).

REFERÊNCIAS

- ACÚRCIO, F. A. Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia. Francisco de Assis de Acúrcio (org.). Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 320p.
- ALBUQUERQUE, E. da M.; CASSIOLATO, J. E. As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor Saúde: Uma Resenha da Literatura como Introdução a uma Discussão sobre o Caso Brasileiro Estudo FESBE I. Belo Horizonte: FESBE, 2000.
- ANDRADE, E. I. G. *et al.* A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. Rev. Med. Minas Gerais, v. 18, n. 4 Supl 4, p. S46-S50, 2008.

BERMUDEZ, J. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade: Crítica da Política de Medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – SO-BRAVIME, 1995.

BONFIM, J. R. A. O registro de produtos farmacêuticos novos: critérios para a promoção do uso racional de fármacos no Sistema Único de Saúde. Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. São Paulo, 2006.

BRASIL. Lei nº 9279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Brasília: Diário Oficial da União; 15 de maio de 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). SUS 20 anos. Brasília: CONASS, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Relatório do Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica do CONASS, realizado em 15 e 16 de junho de 2009, em Brasília/DF. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2010. 108 p. (CONASS Documenta; 20).

CONTANDRIOPOULOS, A. P. O desafio do acesso a medicamentos em sistemas públicos de saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Relatório do Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica do CONASS, realizado em 15 e 16 de junho de 2009, em Brasília/DF. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2010. p.15-25.

DRUMMOND, M. F., M. J. SCULPHER, G. W. TORRANCE, B. J. O'BRIEN, AND G. L. STODDART. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2005.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição extrapreço. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Disponível em: <http://portalteses.iciet.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000043&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2014.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. A Política de Fármacos eleva a Política de Saúde. In: NEGREI, B. & VIANA, A.L.D. (Orgs.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 353-387.

MADRID, I., VELÁZQUEZ, G.; FEFER, E. Reforma del Sector Farmacéutico y del Sector Salud en las Américas: una Perspectiva Económica. Washington, DC: OPS/OMS, 1998.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). Managing Access to Medicines and Health Technologies. Arlington, USA: Management Sciences for Health, 2012.

NASCIMENTO, R. C. R. M. Judicialização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais – Uma análise da correlação a entre proteção dos direitos de Propriedade Intelectual e o perfil das demandas por medicamentos atendidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

NISHIJIMA, M. Os preços dos medicamentos de referência após a entrada dos medicamentos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro. Revista Brasileira de Economia. Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471402008000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2014.

PAVITT, K. What makes basic research economically useful? Research Policy, Amsterdam, v. 20, n.2, p. 109-119, 1991.

PENA, J. P. Marco lógico para la selección de medicamentos. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. Havana, v. 16, n. 2, p. 177-85, 2000.

- PORTER, M. R. *Competição: Estratégias competitivas essenciais*. Editora Campus, 1999. 515p.
- SEGURA, J. Conferencia Inaugural: El Estado Del Bienestar, la política economica y los servicios de salud. In: *Los medicamentos ante las nuevas realidades economicas*. (F. Lobo & G. Velásquez, orgs.). Madrid: Civitas, 1997.
- SZMRECSÁNYI, T. Por uma história econômica da ciência e da tecnologia. *Economia Aplicada*, v. 4. n. 2, 2000.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Essential Drugs Strategy: Objectives, priorities for action, approaches*. Geneva: WHO, 1997.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *How to investigate the use of medicines by consumers*. Geneva, OMS. 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines>>. Acesso em: 16 ago. 2009.

Capítulo 9

O papel do farmacêutico nas Redes de Atenção à Saúde

O papel do farmacêutico nas Redes de Atenção à Saúde

Wilson Hiroshi Oliveira Uehara
Fernanda Manzini

9.1 Introdução

O país passa por uma transição do quadro de doenças com uma diminuição de situações agudas e aumento de doenças crônicas, provocando falhas do sistema em atender as necessidades da população (OMS, 2003). O sistema de saúde atual, no Brasil, foi organizado para atender um quadro epidemiológico diferente do que se apresenta nos dias atuais.

E mais, hoje, o país, devido a uma transição demográfica acelerada, vive uma situação denominada carga tripla de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas, e uma presença hegemônica forte de condições crônicas.

O sistema fragmentado, organizado para atender as condições agudas e a agudização de condições crônicas, é formado por diversos pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação entre si. Vivenciamos um modelo de intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações dimensionadas a partir da oferta (e não da demanda). Assim, incapaz de prestar uma atenção contínua à população e de proporcionar à Atenção Primária à Saúde (APS), seu papel de coordenador do cuidado é insustentável para os enfrentamentos futuros (MENDES, 2010; BRASIL, 2010a).

Para Mendes (2010, p. 2299):

Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos.

O autor adverte que este modelo de sistema tem sido um desastre sanitário econômico no mundo inteiro, não conseguindo obter resultados satisfatórios no controle de doenças prevalentes.

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para superar a fragmentação da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes para estruturação das RAS foram estabelecidas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a).

As RAS, segundo estabelecido por Mendes (2010), são entendidas como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (p. 2300).

A concepção hierárquica e piramidal antes estabelecida para o sistema de saúde (atenção básica, média complexidade e alta complexidade), deve ser substituída, segundo Mendes (2010), por uma rede poliárquica de atenção à saúde, na qual são rompidas as relações verticalizadas, e o centro da comunicação é a APS, conforme ilustrado na Figura 1:

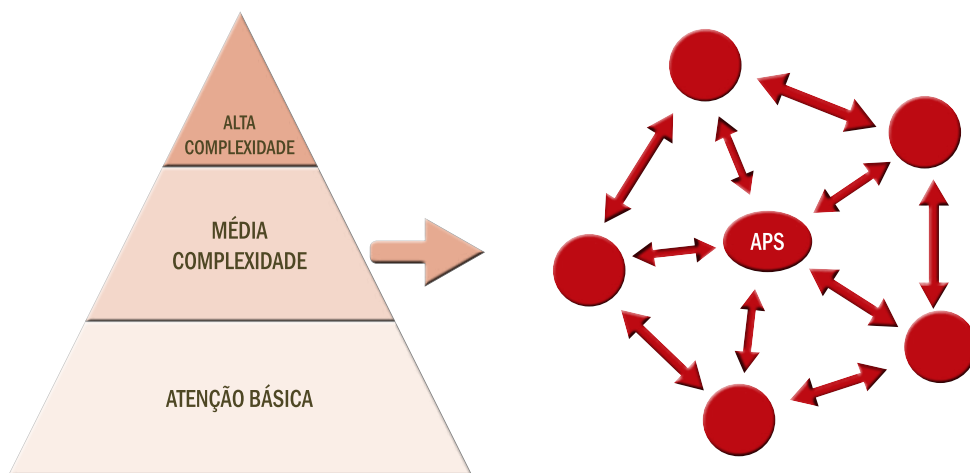


Figura 1 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.
Fonte: MENDES (2011).

9.2 Elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. As RAS são constituídas por três elementos: a população e região de saúde; estrutura operacional; e modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010a).

9.2.1 A população e a região de saúde

Definir uma população e assumir a responsabilidade sanitária sobre ela é o primeiro elemento para constituir uma RAS. Uma rede, para ser eficiente, deve ser capaz de identificar as características de sua população, estratificá-la por graus de riscos em relação às condições de saúde estabelecidas, criar vínculo com a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e garantir o tempo/resposta adequado para o atendimento.

Conforme estabelecido na Portaria nº 4.279/2010, a região de saúde deve estar bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2010a).

A região de saúde deve ser constituída por municípios limítrofes, levando em consideração identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Nesse sentido, é essencial que o farmacêutico conheça onde está inserido o seu município, uma vez que as suas ações devem estar em consonância com as necessidades regionais de saúde. Atualmente, existem 435 regiões de saúde em todo o país.

Com o estabelecimento das regiões de saúde, os serviços farmacêuticos devem ser organizados considerando o âmbito regional, e não somente a lógica de relacionamento entre os âmbitos federal, estadual e municipal. Em relação à seleção de medicamentos, os municípios poderão optar pelo estabelecimento de uma relação regional de medicamentos ou por uma pactuação para garantir o acesso dos medicamentos na região, considerando as diferenças entre os municípios, por exemplo. No entanto, um questionamento importante deve ser feito: Como se organizará a aquisição, se o financiamento dos medicamentos, atualmente, é definido com base *per capita*?

Ao optar por uma relação regional de medicamentos, é recomendado que a seleção dos medicamentos seja conduzida por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica da região de saúde. A aquisição de medicamentos pode ser realizada por meio de um consórcio, conforme já previsto na Portaria nº 1.555/2013. Um estudo de Amaral e Blatt (2011), realizado em um município catarinense que participa de um consórcio, apontou uma expressiva redução no custo dos medicamentos, em especial para municípios de pequeno porte.

O Pacto pela Saúde, publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, buscou uma maior integração no SUS, ressaltando a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para buscar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas ações (BRASIL, 2006).

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), estabelecido pelo Decreto nº 7.508/2011, constitui um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma região de saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população, sendo integrado por todos os entes federativos (União, estados e municípios) que formam a Região de Saúde (BRASIL, 2011a).

Esta integração entre as regiões de saúde deve incluir a assistência farmacêutica. Muitos municípios determinam regras, proibindo o atendimento de prescrições provenientes de outras cidades, pois, como o financiamento é calculado com base na população, entende-se que cada município é responsável por garantir o acesso aos medicamentos somente da sua população.

Por vezes, o farmacêutico atende usuários provenientes de outros municípios, e se vê no dilema de dispensar ou não o medicamento. Pela pactuação e contratualização entre os municípios, o usuário pode ter acesso ao serviço, mesmo assim muitas secretárias de saúde criam normas que proíbem o aviamento de prescrições de outros municípios. Por exemplo: o que fazer diante de uma prescrição, proveniente de outra cidade, de um antibiótico para uma criança? Ou qualquer outra situação em que uma demora ou interrupção no uso de um medicamento pode acarretar sérios riscos para a saúde do usuário? Essas situações demonstram, além do dilema ético vivenciado pelo profissional, o problema da não inserção da assistência farmacêutica na organização dos serviços.

Para saber mais, consulte os documentos indicados:

- **Pacto pela Saúde:** O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Está organizado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

- **Decreto nº 7.508/11**, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se refere à organização do SUS, ao Planejamento da Saúde, à Assistência à Saúde e à Articulação Interfederativa, e estabelece o COAP.

9.2.2 A estrutura operacional

Eugênio Vilaça Mendes (2011) apresenta uma proposta de estruturação operacional das RAS, composta por cinco componentes: o centro de comunicação; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança.

Para o autor, os três primeiros componentes correspondem aos nós das redes, e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós, conforme representado na Figura 2:

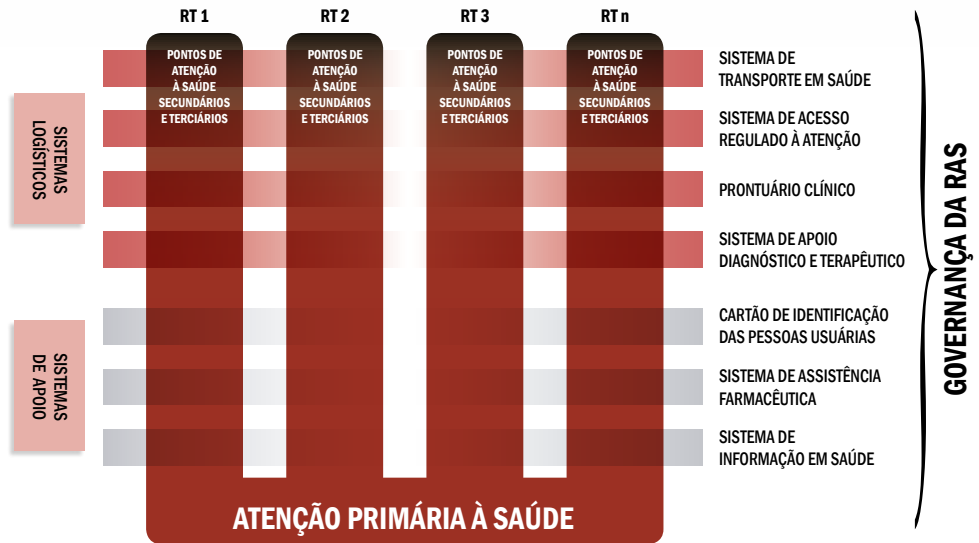


Figura 2 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.

Fonte: MENDES (2011).

Os **centros de comunicação** são as unidades de APS ou a equipe da ESF, e têm como principal responsabilidade a promoção e prevenção da saúde. É responsável, também, por ordenar e acompanhar o fluxo do paciente pelos vários pontos de atenção da rede de saúde.

Os **pontos de atenção secundário e terciário** são os pontos das redes onde se ofertam atendimentos especializados, caracterizados por maior densidade tecnológica.

Os **sistemas de apoio** são os setores que oferecem serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, sendo esses os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

Os **sistemas logísticos** são responsáveis por organizar o fluxo de informações, produtos e pessoas entre os diversos pontos da rede. Os principais sistemas logísticos são o cartão de identificação das pessoas, o prontuário clínico, os sistemas de regulação de acesso e os sistemas de transporte em saúde.

O **sistema de governança** é constituído pelas instâncias de negociação e pactuação da organização da RAS entre as várias instituições componentes da rede, que são as comissões intergestores dos três níveis de gestão. Esta organização ocorre por meio de instrumento, como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais; sistemas de informação e identificação dos usuários; normas e regras de utilização de serviços; processos conjuntos de aquisição de insumos; complexos reguladores; contratos de serviços; sistemas de certificação/acreditação; sistemas de monitoramento e avaliação; e comissões técnicas.

9.2.3 O modelo de atenção à saúde

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde. Segundo Mendes (2010, p. 2302):

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

O modelo idealizado na Portaria nº 4.279/2010, prioriza a APS voltada para o controle de doenças crônicas, sendo a ESF o principal modelo para organização da APS. A APS deve se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da APS na ordenação das Redes de Atenção. A PNAB trouxe avanços ao apresentar modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil; criar os Consultórios na Rua; ampliar o número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); e facilitar as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a).

Para saber mais, consulte a legislação indicada:

Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

9.3 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde

Segundo estabelecido na estruturação operacional das RAS, os sistemas de apoio, no qual está localizado o Sistema de Assistência Farmacêutica, são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos

de atenção à saúde. Mas, questiona-se, será que devemos compreender a farmácia como um local de apoio?

Conforme indicado por Mendes (2011), o Sistema de Assistência Farmacêutica, fundamental para a organização das RAS, envolve uma conformação complexa exercitada por um conjunto de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Neste sistema, estão englobadas as ações logísticas (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos) e as ações assistenciais da farmácia clínica e de vigilância (formulário terapêutico, dispensação, adesão ao tratamento, conciliação de medicamentos e farmacovigilância), ambas ações apoiadas pela farmacoeconomia e pela farmacoe epidemiologia. Para o autor:

O sistema de assistência farmacêutica engloba dois grandes componentes: a logística dos medicamentos e a farmácia clínica. Por isso, na construção das RAS, a organização do sistema de atenção farmacêutica deverá considerar essas duas dimensões. Em geral, no Brasil, prevalecem os esforços relativos à organização dos ciclos logísticos e coloca-se, ainda, pouco esforço no componente assistencial e de vigilância da farmácia clínica (MENDES, 2011, p. 126).

O próprio autor reconhece que a visão de assistência farmacêutica, indicada no modelo proposto de estruturação operacional das RAS, leva em consideração a logística dos medicamentos e as intervenções assistenciais e de vigilância nos diversos níveis de atenção, sem considerar os aspectos macropolíticos expressos nas políticas de medicamentos (MENDES, 2011).

O modelo vigente no campo da assistência farmacêutica, que valoriza apenas a disponibilidade do medicamento, não atende às necessidades propostas pelas RAS, definidas na Portaria nº 4.279/2010. Segundo estabelecido nessa Portaria, o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010a). Segundo Soares (2013), as farmácias públicas estão muito distantes dessas diretrizes e das políticas de promoção da saúde, intervindo de forma isolada e dissonante da organização do SUS.

Outro grande problema é a não adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, que tem sido identificada como causa para o insucesso do tratamento e como geradora de gastos adicionais e desnecessários para o sistema de saúde (DAF/MS, 2012; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

As discussões na área, inclusive pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/MS), trazem a inserção da assistência farmacêutica não só nos sistemas de apoio, mas também inserida tanto na atenção primária

ria, que é a ordenadora do cuidado, quanto nos pontos de atenção secundários e terciários. O nível de execução depende do nível de complexidade dos serviços, sendo que há funções que devem ser realizadas pelo farmacêutico e sua equipe, integradas ao sistema de saúde e outras, necessariamente, junto com os demais profissionais de saúde (OPAS, 2011).

O abastecimento dos medicamentos, incluindo aí as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, deve ser parte integrante dos **sistemas de apoio**; e as ações clínicas, como dispensação, orientações terapêuticas e de saúde, seguimento farmacoterapêutico, atenção farmacêutica e ações de promoção e educação em saúde, integradas às equipes de saúde, devem estar inseridas na **atenção primária** e nos **pontos de atenção secundários e terciários**.

Segundo apresentado pelo DAF/MS, no IV Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica, como **sistema de apoio**, a assistência farmacêutica observa as seguintes diretrizes norteadoras (DAF/MS, 2011):

- Promover a seleção de medicamentos, baseada na RENAME, por meio de um trabalho articulado com profissionais de saúde e atendendo às singularidades das regiões de saúde;
- Qualificar o subsistema de abastecimento de medicamentos e insumos estratégicos;
- Integrar os sistemas de informação em saúde das RAS com o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus;
- Induzir o desenvolvimento e a implantação de infraestrutura necessária à qualificação das atividades da assistência farmacêutica nas RAS;
- Promover a capacitação, fixação e valorização de recursos humanos necessários ao desenvolvimento e qualificação das atividades de Assistência Farmacêutica nas RAS.

Já, no **ponto de atenção**, são diretrizes norteadoras da assistência farmacêutica (DAF/MS, 2011):

- Apoiar o desenvolvimento da clínica farmacêutica nas unidades de saúde;
- Apoiar o fortalecimento das atividades de farmacovigilância e farmacoepidemiologia;
- Desenvolver e aplicar instrumentos que auxiliem na organização, agilização e qualificação da clínica farmacêutica, tais como: protocolo de classificação de riscos para problemas relacionados aos medicamentos (PRM), documento de notificação de falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, documento de notificação de reação adversa a medicamentos.

No **sistema de governança da RAS**, cabe à assistência farmacêutica (DAF/MS, 2011):

- Apoiar a Governança das RAS por meio de informações e indicadores de assistência farmacêutica, de forma que contribuam no diagnóstico, monitoramento, avaliação e qualificação dos serviços farmacêuticos;
- Desenvolver instrumentos que auxiliem na organização, agilização e qualificação da gestão da assistência farmacêutica;
- Apoiar iniciativas que contribuam para implantação de processos de certificação de acreditação da assistência farmacêutica nas RAS.

As ações do farmacêutico, seja como integrante ou como referência das equipes de saúde, e com os profissionais da atenção secundária e terciária, devem ter por objetivo o cuidado integral do usuário, e não somente o acesso aos medicamentos. A implantação dos serviços clínicos do farmacêutico é de grande importância para o tratamento, em especial das doenças crônicas. Garantir o uso correto, identificar ineficácia, reações adversas, assim como resolver os problemas relacionados aos medicamentos no tempo oportuno é essencial para a organização de uma RAS voltada para as condições crônicas.

A farmácia pública, quando bem estruturada, pode ser um importante elo, estabelecendo a comunicação entre a atenção secundária e a APS. Quando um usuário é encaminhado para uma consulta ao especialista, é comum que este assuma, definitivamente, o cuidado (MENDES, 2010). No entanto, os medicamentos são comumente retirados na farmácia mais próxima da casa do usuário. Essas visitas à farmácia, geralmente, são mensais, e são uma ótima oportunidade para avaliar o uso dos medicamentos. O farmacêutico deve trabalhar a referência e a contrarreferência com os profissionais dos diversos níveis de atenção, a fim de orientar e uniformizar a terapêutica do usuário.

Para isso, é preciso que o profissional esteja presente nas farmácias dos serviços de saúde e que sua atuação não esteja centrada somente nos aspectos logísticos da gestão da assistência farmacêutica.

Nessa lógica de atendimento nas RAS, é preciso repensar a estrutura dos serviços farmacêuticos. Quais as vantagens de trabalhar com um serviço centralizado de dispensação de medicamentos? E quais as vantagens e desvantagens de um serviço descentralizado?

Para Mendes (2002 *apud* MENDES, 2010), os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa (descentralizada) são aqueles que se beneficiam menos da economia de escala¹, para os quais há recursos suficientes e, em relação aos quais, a distância é fator fundamental para a acessibilidade. Já, os serviços que devem

1. Economia de escala é aquela que organiza o processo produtivo, de maneira que se alcance a máxima utilização dos fatores produtivos envolvidos no processo, procurando como resultado baixos custos de produção e incremento de bens e serviços.

ser concentrados (centralizados) são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e, em relação aos quais, a distância tem menor impacto sobre o acesso. Segundo o autor “Economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das RAS” (p. 74).

Novamente questiona-se: as farmácias, na APS, devem ser concentradas ou dispersadas pela rede? Existem vantagens e desvantagens em cada modelo.

Se concentradas, melhoram a logística de distribuição de medicamentos, o controle nos estoques, evitam-se as perdas e dificultam-se os desvios; e, ainda, possibilitam o acesso da população ao atendimento farmacêutico qualificado, se garantidos os recursos humanos necessários. Neste modelo, tem-se a possibilidade de uma supervisão direta do processo de dispensação e um maior controle do atendimento dos funcionários (UETA; HOEPFNER; BERNARDO, 2010). Uma desvantagem é a dificuldade de deslocamento da população, pois ela teria que percorrer maiores distâncias para obter seus medicamentos, além de afastar o farmacêutico do convívio direto com a equipe de saúde e dificultar a criação de vínculo com uma população adstrita.

Ueta, Hoepner e Bernardo (2010, p. 273) destacam que:

[...] sem uma estratégia de trabalho, que aproxime o serviço farmacêutico das unidades de saúde, pode-se perder o contato com a comunidade, com as unidades de saúde e com os profissionais, especialmente da Estratégia de Saúde da Família, sendo que esse contato é fundamental para o desenvolvimento de estratégias visando o uso racional de medicamentos. De modo geral, tem-se um bom serviço farmacêutico, com boa gestão operacional, mas pouco integrado ao serviço de saúde, principalmente do ponto de vista da gestão clínica.

No modelo de dispersão, ou de uma farmácia em cada unidade de saúde, as vantagens são, basicamente, a facilidade de acesso da população e a integração do farmacêutico (quando garantida sua presença) com a equipe de saúde, entre outros aspectos. Já, as desvantagens são a dificuldade e, mesmo a resistência, de gestores em contratar um farmacêutico para cada farmácia, e a maior complexidade para a distribuição de medicamentos. Em muitos locais onde há a descentralização do serviço sem a presença do profissional farmacêutico, identifica-se desorganização das farmácias, com perdas, faltas e desvios de medicamentos, além de locais inapropriados para a farmácia.

É preciso que o município analise as vantagens e as desvantagens de cada modelo, para discutir a organização dos serviços farmacêuticos na APS, já que serviços de atenção secundária e de atenção terciária devem contar com serviços farmacêuticos, de forma a atender as especificidades dos serviços.

9.4 Redes temáticas de atenção à saúde

Em 2011, após pactuação tripartite, foram definidas as redes temáticas a serem priorizadas pelo Ministério da Saúde:

- Rede Cegonha
- Rede de Atenção Psicossocial
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

Todas as redes temáticas devem ser transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde, conforme representado pela Figura 3.

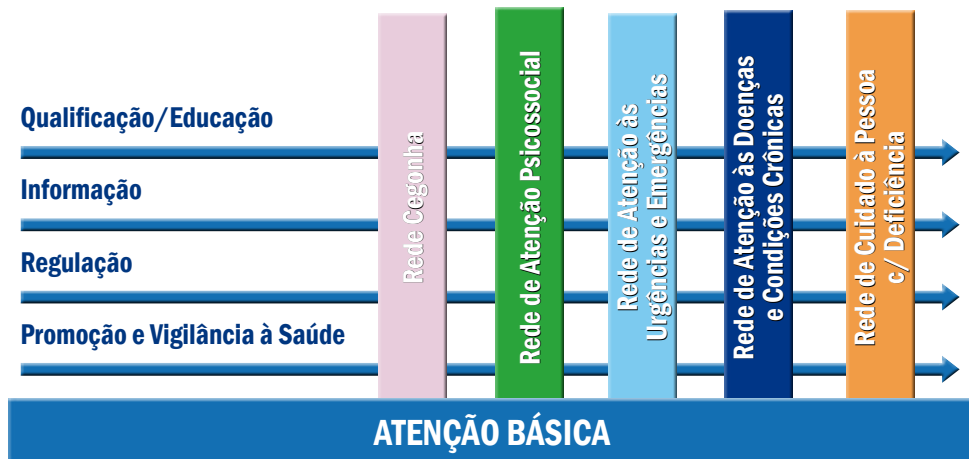


Figura 3 - Redes temáticas do Ministério da Saúde e a transversalidade dos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013).

Apresentam-se, a seguir, essas redes temáticas, priorizadas pelo Ministério da Saúde.

9.4.1 Rede Cegonha (Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil)

É a rede de cuidados que visa organizar a assistência à saúde da mulher, ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e à saúde da criança (de zero aos vinte e quatro meses).

A Rede Cegonha se organiza em quatro componentes:

- a) Pré-natal;

- b) Parto e nascimento;
- c) Puerpério e atenção integral à saúde da criança;
- d) Sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, descritas na Portaria nº 1.459/2011.

A Rede Cegonha tem como princípios:

- a) O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- b) O respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- c) A promoção da equidade;
- d) O enfoque de gênero;
- e) A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- f) A participação e a mobilização social; e
- g) A compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil, em desenvolvimento nos estados.

São objetivos da Rede Cegonha:

- a) Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- b) Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que ela garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- c) Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

O financiamento da Rede Cegonha será feito com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. O Ministério da Saúde fará, ainda, o aporte de recursos financeiros, que poderão ser usados para construção, reforma, compra de equipamentos e materiais e custeio.

Na categoria farmacêutica, 70% dos trabalhadores são mulheres. Apesar de ser uma categoria majoritariamente feminina, ainda encontramos nos serviços a diferenciação salarial no mesmo cargo entre homens e mulheres, exigência de boa aparência, dificuldades de ascensão profissional, proibição para o direito de amamentar, entre outros constrangimentos que expõem as profissionais à situações humilhantes durante a jornada de trabalho. É fundamental que a categoria debata os direitos dessa mulher, profissional e mãe, como o direito à amamentação e à licença-remunerada, entre outros. Com o objetivo de salientar os direitos

das trabalhadoras que a Federação Nacional de Farmacêuticos (Fenafar) lançou a campanha “Sou Mulher, Sou Farmacêutica, Tenho Direitos!”.

Para saber mais, sobre a Campanha “Sou mulher, Sou farmacêutica, Tenho direitos”, consulte a página da Fenafar na internet.

A Campanha pretende denunciar abusos e contribuir para a melhoria dos indicadores de trabalho nos espaços hoje ocupados por essas mulheres.

9.4.1.1 Papel da Assistência Farmacêutica na Rede Cegonha

Com relação às atribuições da assistência farmacêutica nesta rede temática, deve-se destacar o seu duplo papel: no apoio logístico, fornecendo medicamentos e insumos para a realização das ações; e na assistência direta às pacientes.

Além de garantir o acesso aos medicamentos e insumos de saúde necessários para a organização desta rede, o farmacêutico deve ter uma participação ativa nas ações de promoção de saúde.

No planejamento reprodutivo, podem ser desenvolvidas atividades de educação em saúde, relacionadas a métodos anticoncepcionais, uso de medicamentos durante a gestação, à amamentação e infância, dispensação de anticoncepcionais e anticoncepção de emergência. Um serviço que pode ser organizado pelos municípios na atenção primária à saúde é a prescrição farmacêutica (nos limites definidos pela Resolução CFF nº 586/2013) de alguns medicamentos anticoncepcionais, quando a mulher já faz uso deste, mediante a previsão em protocolos e diretrizes de Saúde da Mulher, estabelecidos pela secretaria de saúde e em comum acordo com a equipe de saúde.

A dispensação de anticoncepcionais de emergência é outro serviço de grande importância que precisa ser melhor organizado nas unidades de saúde, e o farmacêutico pode contribuir para essa melhora. Existe uma grande polêmica sobre a dispensação sem prescrição deste tipo de medicamento pelo farmacêutico. Os defensores desta prática alegam que isto diminuiria o número de gravidezes indesejadas, gravidezes na adolescência e número de abortos clandestinos. Como o tempo é fator determinante para a eficácia, é importante facilitar o acesso.

Os opositores alegam que isso incentivaria o comportamento sexual irresponsável, sem uso de preservativos, e desestimularia o uso de anticoncepcionais regulares. As evidências, entretanto, não amparam algumas dessas ideias, como demonstrado na publicação da OPAS/Ministério da Saúde, sobre uso racional de medicamentos “Temas selecionados. Contracepção de emergência: evidências vs preconceitos” (WANNMACHER, 2005). A despeito de opiniões éticas, ideológicas ou religiosas, é dever do profissional farmacêutico informar às pacientes todas as opções disponíveis para o planejamento reprodutivo e, sempre que possível, possibilitar seu acesso.

Uma atividade a ser desenvolvida na farmácia hospitalar de maternidades, além da gestão e organização da farmácia, é a organização de protocolos para a utilização de medicamentos como o misoprostol e de outros medicamentos sob controle especial. O Ministério da Saúde possui um Protocolo para Utilização do Misoprostol em Obstetrícia, de 2012. O misoprostol está padronizado na 8ª edição da Rename, nas concentrações 25 e 200 mcg.

9.4.2 Rede de Atenção Psicossocial

A Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), possui os seguintes objetivos gerais: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como o acesso de suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Segundo estabelecido nesta Portaria, a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

- I. Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde; equipe de atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); Centros de Convivência;
- II. Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades;
- III. Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV. Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V. Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

- VI. Estratégias de desinstitucionalização, formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII. Reabilitação psicossocial.

Para saber mais, consulte a legislação indicada:

Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

9.4.2.1. Papel da assistência farmacêutica na Rede de Atenção Psicossocial

As ações da assistência farmacêutica na Rede de Atenção Psicossocial devem ir além do apoio logístico no fornecimento de medicamentos, uma vez que a oferta do tratamento em saúde mental não pode estar reduzida à oferta da terapia medicamentosa. O tratamento deve ter por objetivo garantir resolutividade, promover a autonomia e a cidadania das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O farmacêutico deve conhecer a organização da Rede de Atenção Psicossocial, identificando como se dá o processo de matriciamento com os profissionais da rede (psicólogos, psiquiatras, terapeuta ocupacional, entre outros); e como ocorre o atendimento nos CAPS, nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), nos Centros de Convivência, nos Ambulatórios de Saúde Mental e nos Hospitais Gerais, compreendendo a articulação em rede desses serviços, na busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

Na saúde mental, é frequente a polimedicação dos usuários, a ocorrência de interações medicamentosas e de efeitos adversos, a não adesão ao tratamento, o uso concomitante com drogas e/ou álcool, além do uso abusivo de alguns psicotrópicos. Um trabalho realizado nos Estados Unidos demonstrou que 75% das pessoas entrevistadas, portadores de transtornos mentais, não receberam orientações do farmacêutico sobre a efetividade e segurança do tratamento. Estes mesmos pacientes relataram que a principal dificuldade para receber este tipo de atendimento foi a falta de um local com privacidade adequada para conversar com o farmacêutico (CALEY; STIMMEL, 2012).

O farmacêutico, que atua nas unidades de saúde ou no NASF, deve trabalhar junto com os usuários e com os familiares para orientar e ressignificar o uso dos medicamentos, buscando agregar e articular os saberes. Monteschi e colaboradores (2010) apontam a necessidade de que os familiares sejam, efetivamente, incluídos no planejamento do cuidado ao paciente não só como parceiros, mas também como alvo das intervenções, uma vez que, geralmente, a família é provedora de apoio e suporte de cuidado.

O trabalho pode ser feito em atendimentos individuais, em grupos ou em consultas com outros profissionais, e também na realização de ações de educação em saúde. As visitas domiciliares são uma importante estratégia para criação de vínculo. Esse trabalho deve se expandir da unidade de saúde para os demais espaços da rede, como os centros de convivência.

Coelho e Braga relatam a experiência da criação de um grupo de Roda de Conversa para discussão dos medicamentos, longe do espaço formal do consultório. Para as autoras, a criação de um espaço específico para abordar o tema incitou os usuários à reflexão e facilitou as discussões e orientações (BRASIL, 2011c). Grupos como esse podem ser utilizados para trabalhar o uso abusivo de benzodiazepínicos, por exemplo, ao discutir com os usuários os motivos que os levaram à dependência; e buscar ressignificar o uso dos medicamentos.

O farmacêutico, junto com os demais profissionais de saúde, também deve realizar trabalho no ambiente escolar, na prevenção do uso de drogas e de álcool. As ações de educação em saúde, pautadas na lógica da promoção de saúde, devem promover a autonomia dos indivíduos e não reforçar o modelo biomédico. É importante que essas ações não sejam isoladas e que estejam de acordo com o planejamento e demais ações adotadas pela escola e pela comunidade. O Programa Saúde na Escola (PSE), uma parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação, desenvolve atividades nas escolas com o apoio da rede básica de saúde e pode ser um espaço para o desenvolvimento de atividades relacionadas à Rede de Atenção Psicossocial.

Os CAPS são espaços destinados a acolher o usuário com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-lo em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhe atendimento médico e psicológico e orientar o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental. Neste espaço, são desenvolvidos projetos terapêuticos e comunitários; os usuários recebem a medicação indicada para a terapia e são ofertados os atendimentos necessários, por meio de consultas individuais ou da participação de grupos. Este é um dispositivo criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004a).

O farmacêutico, ao integrar a equipe do CAPS, promove o acompanhamento da terapêutica dos usuários, que, por vezes, recebem atendimento em regime de atenção diária; e contribui com os demais membros da equipe na discussão de casos, na condução e participação dos grupos terapêuticos, no acolhimento dos usuários, entre outras atividades. Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais; outras, destinadas às famílias e outras são comunitárias.

Esse espaço, por realizar a dispensação de psicotrópicos, deve possuir uma farmácia e atender as especificações legais vigentes e da vigilância sanitária. No entanto, as farmácias nos CAPS ainda são exceção, não regra, nas políticas de saúde dos municípios e, por não possuírem diretrizes para orientação dos serviços farmacêuticos, cada profissional atua da maneira que entende como correta.

Os CAPS podem organizar a rotina de dispensação de medicamentos e/ou assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração, conforme estabelecido no projeto terapêutico de cada usuário (BRASIL, 2004a). E deve ser reconhecido como um importante espaço para a promoção do uso racional de medicamentos da saúde mental.

De acordo com a demanda e a população a ser atendida, os CAPS são organizados em CAPS I e II (atendimento diário de adultos), CAPS III (atendimento diário e noturno de adultos), CAPS ad (usuários de álcool e drogas), CAPS i (infância e adolescência) (BRASIL, 2004a).

São grandes os desafios propostos nessa rede de atenção, uma vez que muitos municípios ainda apresentam problemas na organização dos serviços. Zambenedetti e Perrone (2008) apontam que a classificação dos serviços substitutivos nos níveis hierárquicos do SUS, assim como a lógica da referência e contrarreferência, propiciam a fragmentação da atenção e o enrijecimento e a burocratização do acesso e dos fluxos de usuários pelos serviços, além da destituição de vínculo entre profissionais–usuários. Esse entendimento é reforçado por Fiorati e Saeki (2013), ao ponderarem que o cuidado em saúde mental reflete a terapêutica médico-clínica e medicamentosa, de caráter estritamente biológico e curativista, que desvaloriza as ações de reabilitação psicossocial.

Diehl e colaboradores (2010), ao analisarem prescrições de fluoxetina no ano de 2007, identificaram mais de 30 especialidades médicas que prescreveram o medicamento. As autoras questionam se a ampla variedade de especialidades médicas encontradas no estudo está apta para diagnosticar e tratar comorbidades que requeiram o uso da fluoxetina, e alertam, ainda, que vivenciamos um processo de valorização da terapêutica medicamentosa, com pouca consideração sobre outros fatores que interferem no processo saúde-doença.

9.4.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências. Esta Portaria prevê que, assim como as outras redes temáticas, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) seja pactuada entre as três esferas de gestão. Além de que, deve articular os diversos pontos de atenção e definir os fluxos e as referências adequados, de forma que seja capaz de atender as novas demandas causadas pela mudança do perfil epidemiológico do país.

O Brasil tem sofrido uma acelerada progressão de mortes por causas externas (violência e acidentes de trânsito). As doenças crônicas não transmissíveis (principalmente infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral) também representam um relevante problema de saúde (BRASIL, 2013a). O enfrentamento deste quadro passa pela promoção da saúde e prevenção de agravos e inclui, portanto, a atenção primária em saúde. A organização da RUE tem por objetivo

ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência.

A Portaria nº 1.600/2011 prioriza o desenvolvimento de linhas de cuidado para três agravos de saúde mais relevantes na urgência/emergência: cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. Para cada linha de cuidado, é desenvolvido um protocolo prevendo as ações de saúde necessárias para o atendimento à população.

São diretrizes da RUE (BRASIL, 2011d):

- I. Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- II. Garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III. Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- IV. Humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- V. Garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- VI. Articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VII. Atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção, a partir das necessidades de saúde dessas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VIII. Atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- IX. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- X. Articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

- XI. Participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- XII. Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
- XIII. Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e
- XIV. Qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

A RUE é constituída pelos seguintes componentes (BRASIL, 2011d):

- I. Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II. Atenção Básica em Saúde;
- III. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV. Sala de Estabilização;
- V. Força Nacional de Saúde do SUS;
- VI. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII. Hospitalar; e
- VIII. Atenção Domiciliar.

9.4.3.1. Papel da assistência farmacêutica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Conhecer a política de urgência e emergência, suas portarias e o que será, efetivamente, implementado na região de saúde, é fundamental para a organização de uma política de assistência farmacêutica eficaz. À assistência farmacêutica cabe, por exemplo, participar da discussão das linhas de cuidado, dos protocolos terapêuticos e, conseqüentemente, do elenco de medicamentos necessários para atender as necessidades do atendimento de urgência e emergência e como será a disponibilização desses medicamentos, por exemplo, para as equipes do SAMU.

Contudo, a atuação do farmacêutico não deve se restringir à formulação de políticas. É importante que o profissional identifique, em cada componente da RUE, quais são as necessidades de atuação na assistência direta à saúde do usuário. Na atenção básica, é evidente o papel desse profissional na promoção do uso

racional de medicamentos, visando controlar os fatores que levam a doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Já, nos componentes SAMU, sala de estabilização, Força Nacional do SUS, UPA 24h e hospitais, a prioridade pode ser o apoio logístico, proporcionando o acesso aos medicamentos e insumos farmacêuticos de forma ágil e eficiente.

Para saber mais, consulte a legislação indicada:

Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.

Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011, que redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.

Portaria nº 2.994, de 23 de dezembro de 2011, que aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os créditos de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC, no âmbito do SUS, inclui o respectivo incentivo financeiro e aprova a linha de cuidados em AVC.

Portaria nº 1.010 de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para implantação do SAMU 192 e sua central de regulação de urgências.

Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, que estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à RUE e às demais redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013, que aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

9.4.4 Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas

Esta rede temática, na verdade, faz parte do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. Este plano tem o objetivo de enfrentar e deter algumas das DCNT mais prevalentes no país, quais sejam: cardiovasculares, câncer, diabetes, e doenças respiratórias crônicas. O plano prioriza o combate aos fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade. Define, também, três diretrizes de ação: a) vigilân-

cia, informação, avaliação e monitoramento em saúde; b) promoção de saúde; c) cuidado integral.

A rede de atenção às DCNT trata, especificamente, da diretriz de **cuidado integral**. Com o objetivo de organizar esta rede, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. A intenção não é a de criar uma nova rede, mas, sim, de dar diretrizes e de alinhar ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e das gestões para que, durante essa construção, seja possível reconhecer uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2012b).

Constituem-se princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

- I. Acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção;
- II. Humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde;
- III. Respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais;
- IV. Modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais;
- V. Articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VI. Atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VII. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho, que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- VIII. Articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada;
- IX. Participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- X. Autonomia dos usuários do SUS, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado;
- XI. Equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde;
- XII. Formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

- XIII. Regulação articulada entre todos os componentes da rede com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e
- XIV. Linhas de cuidado e diretrizes clínicas.

9.4.4.1 Organização da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas

O modelo de atenção às condições crônicas, proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) prevê a estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde, conforme exposto na Figura 4:

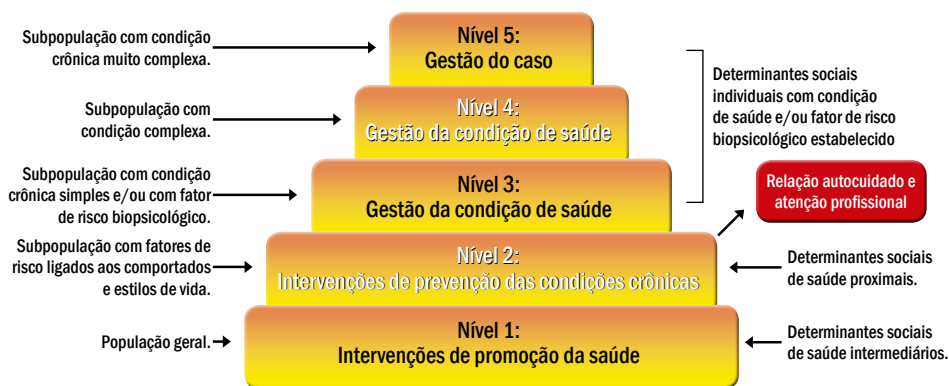


Figura 4 - Modelo de atenção às condições crônicas.
Fonte: MENDES (2011).

O nível 1 envolve toda a população de uma rede de atenção, e promove ações nos determinantes sociais intermediários: condições de vida e de trabalho, acesso aos serviços essenciais e às redes sociais e comunitárias.

O nível 2 trabalha com populações estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes ligados aos comportamentos e estilos de vida. O objetivo é a modificação de fatores de risco comportamentais, como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, excesso de peso e uso abusivo de álcool.

Nos níveis 3, 4 e 5, trabalha-se com pessoas que já têm uma doença crônica estabelecida. A diferença está no grau de complexidade da doença e na necessidade de cuidado profissional cada vez maior e mais especializado.

9.4.4.2 A organização do processo de trabalho e o papel da assistência farmacêutica

Um dos objetivos da implantação da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas é promover mudanças na forma como se faz a atenção à saúde. O Ministério da Saúde priorizou algumas modificações, necessárias no processo de trabalho das equipes, que devem ocorrer em todos os níveis de atenção.

9.4.4.2.1 Acolhimento

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer exercitar uma escuta com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso, orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2013b).

As farmácias públicas (entendidas como um ponto de atenção à saúde) são locais estratégicos para a realização do acolhimento. Em uma farmácia de unidade básica de saúde, é comum o atendimento de pacientes provenientes de outros serviços, públicos e privados, que buscam apenas o acesso ao medicamento. É preciso acolher também esses pacientes e integrá-los aos programas de promoção da saúde e acompanhamento de doenças crônicas, mesmo que a assistência médica seja realizada em outro serviço.

O profissional farmacêutico deve assumir a sua parcela de responsabilidade na atenção à saúde do paciente e na linha de cuidado estabelecida, não podendo limitar-se apenas a atender a prescrição e fornecer os medicamentos.

9.4.4.2.2 Cuidado continuado / atenção programada

A equipe de atenção básica deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado. Entende-se por cuidado continuado/programado aquele ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de atenção básica. As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, são programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais daquele usuário. São exemplos de cuidado continuado/programado: o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental (BRASIL, 2013b).

Este tipo de atendimento também deve ser ofertado pelo farmacêutico, em especial para as pessoas que fazem uso contínuo de medicamentos e necessitam de terapias muito complexas: diabéticos usuários de insulina, hipertensos com diabetes associada, tuberculose e hanseníase, uso de medicamentos psicotrópicos e outras situações que a equipe considerar necessárias. Este atendimento nada mais é do que o acompanhamento farmacoterapêutico, que já é realizado por farmacêuticos em vários municípios.

9.4.4.2.3 Atenção Multiprofissional

As pessoas com doenças crônicas devem ter acesso a um atendimento pela equipe multiprofissional, em que todos podem contribuir com seus diferentes núcleos de saberes. A equipe deve se reunir periodicamente para discutir os problemas de saúde da população a que atende (BRASIL, 2013b).

Participar das reuniões de equipe, discussões de casos, realizar consultas compartilhadas e visitas domiciliares são algumas das ações realizadas pela equipe multidisciplinar. O farmacêutico deve participar dessas atividades e não se limitar apenas ao atendimento na farmácia.

As dificuldades para não participar podem ser vencidas com algumas atitudes, como: pactuar com a equipe para que essas ações sejam realizadas em horários de menor fluxo de pacientes na farmácia; treinar auxiliares do farmacêutico, que podem realizar a dispensação (desde que o profissional esteja na unidade, disponível para atender se necessário); pactuar com a gestão (por meio do Conselho Local de Saúde) e com os usuários o fechamento da farmácia durante determinados horários; remanejar, temporariamente, farmacêuticos de outros locais. Essas são algumas soluções criativas que estão dando certo em algumas unidades de saúde, outras são possíveis, só depende de negociação com os usuários, a equipe e a gestão.

9.4.4.2.4 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS é uma ferramenta da clínica ampliada, utilizada para a condução de casos de maior complexidade e vulnerabilidade. Consiste na discussão de opções de conduta terapêutica e definição de ações e responsabilidades de cada profissional.

9.4.4.2.5 Regulação da Rede de Atenção

A interação entre a atenção básica e a rede especializada é necessária para um adequado ordenamento da regulação da atenção às pessoas com doenças crônicas. Uma rede deve apoiar a outra, por exemplo, por meio da ferramenta chamada matriciamento. Devem ser criados critérios e fluxos de encaminhamento, seguindo as linhas de cuidado pré-definidas dentro da rede (BRASIL, 2013b).

A farmácia da unidade básica é, constantemente, o único ponto de contato da atenção primária com o usuário atendido pela rede especializada, principalmente em locais onde a regulação não está organizada e não ocorre comunicação entre os níveis de atenção. O farmacêutico deve estar atento para identificar esses casos e compartilhar as informações com a equipe.

9.4.4.2.6 Apoio matricial

O apoio matricial deve ser parte fundamental do processo de trabalho das equipes de atenção especializada. A discussão dos casos clínicos, presencial ou a distância, por meio do Telessaúde Brasil Redes, bem como momentos periódicos para abordagens temáticas, atendimento conjunto, entre outros, deve ser garantida dentro da agenda desses profissionais. Saliente-se que o apoio matricial pode ser uma ferramenta para aproximação entre os diferentes pontos de atenção da rede e os profissionais, favorecendo um atendimento mais integral do sujeito (BRASIL, 2013b).

É comum que estados e municípios organizem farmácias especializadas, com um elenco de medicamentos diferenciados daqueles disponíveis nas unidades básicas. Geralmente, são os medicamentos de maior custo ou específicos de algumas especialidades. Os farmacêuticos dessas farmácias podem realizar o matriciamento com os profissionais da atenção primária, especialmente com médicos, com o objetivo de explicar como é definido o elenco de medicamentos de cada nível de atenção e em que situações os medicamentos da farmácia especializada podem ser prescritos, tarefa que fica mais fácil se as linhas de cuidado e os protocolos clínicos estiverem definidos.

9.4.4.2.7 Acompanhamento não presencial

A abordagem do usuário após a alta hospitalar ou algum evento-sentinela pode trazer informações acerca da qualidade do serviço realizado. Além disso, pode ser abordado o seguimento desse paciente pós-alta, avaliando o acesso a consultas, exames, medicações, entre outras ações, assim como a continuidade do cuidado. A ligação telefônica age como potente instrumento para educação em saúde e acompanhamento de planos de autocuidado e PTS. Outra ação que se destaca é o acompanhamento de usuários com casos mais complexos. Esses usuários, que necessitam de uma abordagem mais intensiva, podem ter a necessidade de consultas diminuídas, se for possível, o uso de outras formas de contato (telefone, e-mail) (BRASIL, 2013b). Essa abordagem pode ser bastante útil em locais onde o farmacêutico tem dificuldades para sair da farmácia. Pode-se, por exemplo, trabalhar a adesão ao tratamento medicamentoso ou identificar reações adversas a medicamentos.

9.4.4.2.8 Atendimento coletivo

Os atendimentos em grupo são uma importante forma de educação em saúde, pois proporcionam a troca de experiências entre os usuários. O objetivo maior da formação de grupos, além de informar sobre aspectos das doenças e promoção de saúde, deve ser a de criar uma rede de apoio e cuidado entre os participantes (BRASIL, 2013b).

Machado e Wanderley (2011) destacam que a realização de grupos educativos é uma das principais oportunidades para praticar a negociação, a corresponsabilização e as relações entre o profissional de saúde e a comunidade. No entanto, Chiesa e Verissimo (2001) ponderam que muitos grupos são, organizados, prioritariamente, como aulas expositivas ou palestras, quase inexistindo espaço para discussões ou manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais.

O tema “uso racional de medicamentos” deve ser recorrente nos grupos de pessoas com doenças crônicas, pois a utilização de medicamentos é parte importante do tratamento, e seu uso pode influenciar diretamente na qualidade de vida dessas pessoas.

9.4.4.2.9 Autocuidado

O sucesso do tratamento de doenças crônicas depende fortemente do envolvimento e da participação ativa do usuário. É essencial que a pessoa compreenda a relação do seu estilo de vida com sua condição de saúde (BRASIL, 2013b).

O autocuidado compreende a pactuação de colaboração entre usuários e equipe de saúde com definição de metas, formas de monitoramento e resolução de problemas (BRASIL, 2013b).

Mendes (2011) citando o trabalho *Health Disparities Colaboratives* (2004) elenca as mudanças necessárias no processo de trabalho para um autocuidado efetivo, isto é: usar instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínicas; estabelecer metas de autocuidado em conjunto com as pessoas usuárias; treinar os profissionais de saúde para que colaborem com as pessoas usuárias no estabelecimento de metas para o autocuidado; monitorar as metas de autocuidado; usar a atenção em grupos de pessoas usuárias para dar suporte ao autocuidado; prover o apoio ao autocuidado através de ações educacionais, informações e meios físicos; e buscar recursos da comunidade para que as metas de autogerenciamento sejam obtidas.

O conhecimento do tratamento farmacológico pelo usuário é fundamental para um autocuidado apoiado. A pessoa deve ser capaz de identificar os efeitos do medicamento, as alterações provocadas no seu organismo, as possíveis reações adversas e as interações. Ele deve ser capaz de identificar situações em que pode alterar doses, como, por exemplo, no uso de insulina, ou se é necessário buscar uma orientação com profissionais de saúde, como no caso de ineficácia do medicamento. O farmacêutico tem grande responsabilidade em realizar essa orientação ao usuário.

Para saber mais, consulte os seguintes documentos:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Brasília, DF: 2011. Versão preliminar. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/plano_acao_dcnt_julho.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2014.

Portaria GM/MS nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: 2012.

9.4.5. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

Segundo estabelecido na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), as pessoas com deficiência devem ter acesso a todos os bens e serviços da saúde, sem discriminação (BRASIL, 2013c), além de ter direito a diagnósticos específicos, a serviços de prevenção e de reabilitação, à aquisição gratuita de órteses e próteses (BRASIL, 2007). Com base nisso e nos preceitos do SUS - igualdade, equidade e universalidade, o Governo Federal elaborou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Essa rede busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS.

A rede tem como objetivos (BRASIL, 2012c):

- I. Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;
- II. Promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências, bem como de suas famílias, aos pontos de atenção; e
- III. Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes, articulados entre si para garantia da integralidade das ações (BRASIL, 2012c):

- I. Atenção Básica;
- II. Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e

III. Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com o NASF e com a atenção odontológica. O farmacêutico, ao integrar a equipe do NASF, passa a ser um dos profissionais envolvidos com essa rede de atenção.

O componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências contará com Centros Especializados em Reabilitação (CER); estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; oficinas ortopédicas; Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Já, o componente Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência contará com leitos de cuidados prolongados; e centros cirúrgicos qualificados para a atenção odontológica a pessoas com deficiência.

A Rede deve promover a articulação entre os serviços, garantindo ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação.

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, denominado Viver sem Limite, de 2013, prevê a revisão da Política Nacional de Triagem Neonatal, que integrará o componente sanguíneo da triagem (Teste do Pezinho), a triagem auditiva (Teste da Orelhinha) e a triagem ocular (Teste do Olhinho). O farmacêutico atuante em análises clínicas tem um importante papel no Teste do Pezinho, já que esse teste tem por objetivo detectar doenças metabólicas, genéticas e/ou infecciosas que podem causar problemas de saúde, como a deficiência intelectual (BRASIL, 2013c).

Está prevista, também, a elaboração de Diretrizes terapêuticas com informações sobre diagnóstico, tratamento (incluindo os medicamentos a serem prescritos), controle e acompanhamento em relação aos cuidados de agravos à saúde. O farmacêutico deve acompanhar a organização desses serviços no município ou estado e conhecer as diretrizes, para que possa trabalhar na seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos.

Para saber mais, consulte a legislação indicada:

Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Portaria GM/MS nº 835, de 25 de abril de 2012, que institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Portaria GM/MS nº 1.341, de 13 de junho de 2012, que define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências.

9.4.5.1 Papel da assistência farmacêutica na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

Cabe aqui uma pergunta, as farmácias dos serviços de saúde estão preparadas para atender a pessoas com deficiência (física, visual, auditiva, mental e/ou múltipla¹)? Você, farmacêutico, está preparado para atender uma pessoa com deficiência? Você acha que é necessário algum atendimento diferenciado para esses usuários?

É de fundamental importância que as unidades de saúde, incluindo aí as farmácias, sejam organizadas de maneira a permitir o acesso físico, com adaptações adequadas à pessoa com deficiência, para a promoção da acessibilidade e inclusão social. Elas devem propiciar acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização, de maneira autônoma e segura, do ambiente, das edificações e do mobiliário (BRASIL, 2008a), promovendo uma atenção acolhedora e humana, com base na humanização. Devem dispor de banheiros adaptados; barras de apoio; corrimão; rampas; portas com larguras e maçanetas adequadas; sinalizações; piso antiderrapante; telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros (BRASIL, 2008a).

Em relação às pessoas com deficiência visual, uma das maneiras de garantir a informação aos usuários é o fornecimento de bulas em formato especial. A RDC nº 47/2009 indica que a bula pode ser disponibilizada em meio magnético, óptico ou eletrônico, em formato digital ou áudio, ou impressas em Braille² ou com fonte ampliada, e devem ser concedidas gratuitamente pelas empresas titulares do registro do medicamento, mediante solicitação da pessoa, conforme sua escolha e necessidade (BRASIL, 2009), o que também já era indicado no Decreto nº 5.296/2004 (BRASIL, 2004b).

Sobre o uso da tecnologia, nessas situações, Gossenheimer (2010) alerta que muitos deficientes visuais possuem diabetes, o que interfere na leitura em Braille, pela diminuição da sensibilidade nas extremidades. Outro fator, referido pela autora, é que a tecnologia está proporcionando um processo denominado “desbrailleização”, ao transformar os textos em áudio (GOSSENHEIMER, 2010). Percebe-se, também, uma dificuldade de idosos aprenderem a leitura em Braille, seja pelo desgaste do tato ou pela dificuldade de concentração (NASCIMENTO; MARQUES, 2009). O importante, nesse caso, é conhecer a necessidade do usuário, como, por exemplo: idade, se possui cuidador, se domina a leitura em Braille, se é ou não alfabetizado, entre outros fatores.

1. Associação de duas ou mais deficiências.

2. Sistema Braille: processo de leitura e escrita em relevo, com base em 64 (sessenta e quatro) símbolos (incluindo alfabeto, símbolos matemáticos e químicos, notas musicais) resultantes da combinação de 6 (seis) pontos, dispostos em duas colunas de 3 (três) pontos.

Nascimento e Marques (2009) relatam que as formas farmacêuticas que apresentam as maiores dificuldades para uso por pessoas com deficiência visual são a solução oral em gotas e os colírios, fazendo com que o farmacêutico tenha que desenvolver estratégias para trabalhar a utilização dos medicamentos com esses usuários. Uma opção, nesse caso, pode ser a unitarização de doses. Os autores sugerem que a manipulação de medicamentos pode ser uma alternativa: associar diversos princípios ativos em um único medicamento; envazar medicamentos em embalagens diferenciadas, o que facilitaria o reconhecimento; ou produzir novas formas farmacêuticas, para diferenciar os medicamentos a serem utilizados.

O usuário com deficiência visual acaba criando métodos próprios para utilização dos medicamentos, tais como o uso de despertadores ou de relógios sonoros que informam a hora; a utilização dos medicamentos junto com as refeições; a utilização de caixas para separar os medicamentos com etiquetas impressas em Braille, entre outros. Assim sendo, o farmacêutico deve reconhecer os saberes do indivíduo e orientá-lo no desenvolvimento de suas potencialidades.

O farmacêutico pode, também, desenvolver parcerias com entidades responsáveis pelo tratamento e acompanhamento de pessoas com deficiências, para conhecer e contribuir no desenvolvimento de metodologias de grupo e dos materiais educativos, sempre procurando a inclusão, os direitos de cidadania e o empoderamento desses indivíduos.

A organização das redes temáticas ou prioritárias aqui apresentadas é uma estrutura adotada pelo Governo Federal em 2011, após pactuação tripartite, e pode ser alterada a qualquer momento, se necessário. Devemos compreender as redes temáticas como uma lógica de organização do serviço e pela busca da equidade, uma vez que determinadas necessidades em saúde, como, por exemplo, para as pessoas com deficiências, exigem serviços especializados e diferenciados. As redes temáticas não devem ser entendidas e operacionalizadas como uma fragmentação do cuidado, pois isso vai contra a fundamentação teórica das RAS, que preveem o cuidado centrado no indivíduo; a gestão integrada dos serviços; e o cuidado integral, coordenado pela atenção primária.

9.4.6 Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade de ações da atenção básica (BRASIL, 2010b). A principal diretriz do NASF é a integralidade, obtida pela participação dos diversos profissionais componentes da equipe NASF. Deve-se atentar, entretanto, para o risco de fragmentação do cuidado quando cada profissional aplica seus conhecimentos de forma isolada. Por isso, é necessário que se observem outras diretrizes desta estratégia: interdisciplinaridade, intersetorialidade, território, controle social, educação permanente em saúde, promoção da saúde e humanização.

A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, definiu os primeiros parâmetros e as diretrizes para o funcionamento do NASF, como a composição da equipe e as áreas estratégicas de atuação. Atualmente, o funcionamento do NASF é regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica.

9.4.6.1 Composição da equipe NASF

A composição atual das equipes NASF é regida pela Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, observando o seguinte:

Modalidades	Número de equipes de ESF vinculadas
NASF 1	5 a 9
NASF 2	3 a 4
NASF 3	1 a 2

Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; **farmacêutico**; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde, com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade, identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

9.4.6.2 Ferramentas tecnológicas do NASF

O NASF deve desenvolver atividades de **apoio à gestão** e de **apoio à atenção à saúde**.

O apoio à gestão pode ser feito por meio da avaliação conjunta da situação do território, desenvolvimento do processo de trabalho e pactuação de metas entre gestores, equipes de saúde da família e conselho de saúde.

As ferramentas de apoio à atenção são:

- Apoio matricial;
- Clínica ampliada;

- Projeto terapêutico singular;
- Projeto saúde no território.

9.4.6.3 Áreas estratégicas temáticas do NASF

Nos documentos do Ministério da Saúde “Cadernos de atenção básica n. 27: diretrizes de atuação do NASF” e “Cadernos de atenção primária n. 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, volume 1 - Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano”, estão detalhadas as áreas de atuação do NASF e as principais ações a serem desenvolvidas. É importante destacar que essas áreas temáticas não são o campo de atuação específico de cada profissão. Todos os profissionais podem e devem realizar ações em todas as áreas:

- Saúde Mental;
- Reabilitação e saúde integral da pessoa idosa;
- Alimentação e nutrição;
- Assistência farmacêutica;
- Assistência social;
- Atenção integral à saúde da criança e do adolescente;
- Atenção integral à saúde da mulher;
- Práticas integrativas e complementares;
- Práticas corporais e atividade física.

9.4.6.4 Atuação do farmacêutico no NASF

A Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008b) detalhou algumas ações na área temática de assistência farmacêutica. Destacamos, aqui, algumas delas para posterior discussão:

- Coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família;
- Selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços;
- Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/Saúde da Família.

Percebe-se que essas atividades são, predominantemente, administrativas e gerenciais; e visam, principalmente, a organização das etapas estruturantes da as-

sistência farmacêutica municipal. Observando-se as ações descritas para as outras áreas temáticas, pode-se verificar que estão mais voltadas a atividades de apoio direto às equipes de saúde da família ou de assistência à população. As ações descritas para a área de assistência farmacêutica, de modo diferente, destoam da lógica adotada nas outras áreas. Responsabilizar o farmacêutico do NASF pela execução de todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica significa retirá-lo de várias atividades clínicas e de apoio matricial.

As ações de coordenação da assistência farmacêutica municipal, geralmente, já são acumuladas com a responsabilidade técnica pela farmácia. Especialmente em municípios pequenos, um único farmacêutico acumula todas as funções da assistência farmacêutica. Não é razoável exigir que este mesmo farmacêutico desenvolva, também, as atividades assistências que o NASF pretende realizar.

Separar as atividades técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição), das técnico-assistenciais (dispensação, matriciamento, educação em saúde, projeto terapêutico singular, clínica ampliada), é fundamental para o desenvolvimento adequado das atividades do farmacêutico no NASF.

A organização de uma estrutura mínima de assistência farmacêutica no município, que garanta, pelo menos, o acesso aos medicamentos essenciais, é condição mínima para que a área temática de assistência farmacêutica possa ser desenvolvida no NASF.

Para saber mais, consulte a legislação indicada:

Cadernos de Atenção Básica nº 27, Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2010.

Cadernos de Atenção Primária n. 39, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, volume 1 - Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, 2014.

Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

AMARAL, S. M. S.; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no custo e no abastecimento. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 4, p. 799-801, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. 2004a.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098,

de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 03 de dezembro de 2004. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, Brasília - DF: 04/03/2008. Seção 1, fls 38 a 42. 2008b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 47, de 8 de setembro de 2009. Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília-DF: 9 de setembro de 2009. Seção 1. p. 31.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 24 out. 2013. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 29 de junho de 2011. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília/DF, 24 de outubro de 2011, p. 48, seção 1. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos. 2009 – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 32-35. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 21 jan. 2014. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 22 jan. 2014. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com deficiência. SDH-PR/SNPD, 2013c.

CALEY, C.F.; STIMMEL, G.L. Characterizing the relationship between individuals with mental health conditions and community pharmacists. Dez. 2012. Disponível em: <http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Ask_the_Pharmacist/CPNP_Survey.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2014.

CHIESA, A. M.; VERISSÍMO, M. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DAF/MS. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde. A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde. Dez. 2011. 20 slides. Apresentação em PowerPoint. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Redes_AF_Karen.pdf>. Acesso em: 24 out. 2013.

DAF/MS. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde. Ago. 2012. 36 slides. Apresentação em PowerPoint utilizada no IV Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/Oficina22.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.

DIEHL, E. E.; MANZINI, F.; BECKER, M. “A minha melhor amiga se chama fluoxetina”: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um Centro de Atenção Básica à Saúde. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (org.). Gênero, Saúde e Afiliação - abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 331-365.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. Saúde debate [online], v. 37, n. 97, p. 305-312, 2013.

GOSENHEIMER, A. N. Atenção farmacêutica para deficientes visuais: perspectivas e desafios. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010. 30 p.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 3, p. 775-782. 2003.

- MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. Educação em saúde [Recurso eletrônico]. Curso de Especialização em Saúde da Família. São Paulo - SP: Universidade Federal de São Paulo, 2011. 13 p.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p.2297-2305. 2010.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redes Temáticas. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=41371&janela=1>. Acesso em: 25 out. 2013.
- MONTESCHI, M.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. *Texto contexto - enferm.* [online], v. 19, n. 4, p. 709-718, 2010.
- NASCIMENTO, E. L.; MARQUES, L. A. M. O Deficiente Visual e a Atenção Farmacêutica. *Lat. Am. J. Pharm.*, v. 28, n. 2, p. 203-10, 2009.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
- OPAS. Organización Pan-Americana de la Salud. Guía Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud. Washington, 2011.
- SOARES, L. O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos. 2013. 249 p. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- UETA, J.; HOEPFNER, L.; BERNARDO, N. L. In: *Serviços farmacêuticos [Recurso eletrônico]* / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.
- WANNMACHER, L. Contracepção de emergência: evidências vs preconceitos. Brasília, 2005.
- ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis*, v. 18, n. 2, 2008.

Capítulo 10

A assistência farmacêutica e o controle social

A assistência farmacêutica e o controle social

Lorena Baia de Oliveira Alencar
Mirtes Barros Bezerra
Fernanda Manzini

10.1 Participação e controle social

A consolidação do ideário da participação social tem seu marco inaugural na Constituição Brasileira de 1988 que prioriza a construção democrática, pautada pela participação da sociedade civil na construção de políticas públicas. O conceito de sociedade civil já passou por várias concepções e significados no Brasil e continua sofrendo reformulações que acompanham, em linhas gerais, os momentos da conjuntura política nacional e a trajetória das lutas políticas e sociais do país.

O final dos anos 70 foi marcado pela introdução definitiva dos termos no vocabulário corrente e passou a ser objeto de elaboração teórica. O estímulo para a participação social surgiu, segundo Gohn (2004), a partir da necessidade de luta contra uma herança político-cultural autoritária e centralizadora, vivida durante o regime militar, que impunha um estado não democrático, com políticas públicas que privilegiavam o grande capital, considerando apenas as demandas de parcelas das camadas médias e altas da população, que alavancavam o processo de acumulação das emergentes indústrias, filiais das empresas multinacionais.

O modelo então entendido como ideal a ser exercitado era o da participação direta e de forma autônoma, nos locais de moradia, trabalho, estudo etc. Nesse período, como bem analisou Sader (1988), novos atores entraram em cena, destacando-se os movimentos populares urbanos, reivindicatórios de bens e serviços públicos além de terra e moradia; acrescidos, ainda, de parcelas dos então chamados novos movimentos sociais, em luta por mais liberdade e justiça social.

O significado atribuído à sociedade civil começa a alterar-se com a saída dos militares do poder em 1985. Uma pluralidade de novos atores surge decorrente de novas formas de associativismos, que emergem na cena política, agora com a fixação de suas metas de lutas e conquistas na sociedade política, especialmente nas políticas públicas. O conceito de cidadania passa a ter uma relevância tal qual o de autonomia, destacando-se a questão dos direitos civis e políticos, como nas lutas populares por melhorias na qualidade de vida urbana, previstas no texto da Carta Magna Brasileira (1988). Nela a cidadania ganha novo contorno - como cidadania coletiva - e extrapola a demanda pelos direitos civis, para incluir outros direitos,

como os direitos sociais básicos, os elementares, e os direitos sociais modernos, relativos a condições de trabalho, educação, saúde etc.

10.1.1 Democracia representativa e democracia participativa

Segundo Putnam (1993), a participação social na construção da democracia deve ser ativa e considerar a experiência de cada cidadão que nela se insere, exigindo que não fossem tratados como corpos amorfos a serem enquadrados em estruturas prévias, num modelo pragmatista.

Os representantes do povo, ou seja, a representação democrática deve ter como premissa de atuação, a busca por criação e implantação de políticas públicas que atendam as reais necessidades da sociedade. É fundamental que, de forma transparente e ativa, tragam-se, para o centro das discussões, os cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, na busca por relações políticas igualitárias, por uma estrutura social firmada na confiança e na colaboração.

A atuação da sociedade deve deixar para trás o caráter apenas passivo reivindicatório, ao contrário, deve passar a ser propositivo, a ser ativo. A participação ativa da sociedade civil, através da apresentação de suas propostas, contribui com a elaboração das políticas públicas, e não se trata, aqui, de substituir o Estado, mas sim de garantir que os hábitos democráticos sejam determinantes para que este Estado cumpra seu dever, isto é: propiciar educação, saúde e demais serviços sociais com qualidade, e para todos.

Neste cenário, a sociedade civil organizada se amplia para entrelaçar-se com a sociedade política, colaborando para o desenvolvimento dos novos espaços públicos, denominado público não estatal, onde irão situarem-se conselhos, fóruns, redes e articulações entre a sociedade civil e os representantes do poder público, para a gestão de parcelas da coisa pública que dizem respeito ao atendimento das demandas sociais.

10.1.2 Participação Social no SUS

Princípio doutrinário assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990), o controle social no SUS é um dos principais instrumentos para promover a democratização da saúde, propiciando a participação efetiva da sociedade na busca da garantia dos direitos conquistados por meio da Constituição Cidadã.

A Lei nº 8.142/1990, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, é uma grande conquista da sociedade. A partir deste marco legal, foram criados os conselhos e as conferências de saúde, como espaços vitais para o exercício do controle social do SUS.

Neste momento, faz-se necessário buscar as estratégias operacionais para a garantia na prática e execução das políticas públicas. Os conselhos de saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde, ressaltando-se que isso tem se configurado como uma disputa permanente em defesa do SUS.

A estruturação dos conselhos de saúde vem ocorrendo, gradativamente, nos estados e municípios brasileiros, acumulando as mais variadas experiências, em busca de ações e instrumentos que favoreçam o desempenho de suas atribuições legais e políticas, que são:

- Atuar na formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde; e
- Atuar no controle social da execução da política de saúde.

Essa busca vem sendo legitimada nas reuniões dos conselhos de saúde, nos encontros e nas plenárias regionais, estaduais e nacionais de conselhos e conselheiros. Passa, também, por permanentes negociações entre os interesses específicos de cada segmento representado no conselho de saúde, e por maior clareza nas relações entre o controle social e o gestor do SUS em cada esfera de atuação (municipal, estadual e nacional) e outras instâncias da política de saúde.

O conselho de saúde deve ter, em sua constituição, um presidente eleito por seus membros. A escolha dos conselheiros deve ser amplamente divulgada, para que os grupos da sociedade saibam e possam indicar representantes. A escolha dos conselheiros pode ser feita por eleição ou por indicação, de acordo com o previsto no regimento interno do próprio conselho.

10.2 A Assistência farmacêutica e o controle social

O controle social tem contribuído para a concretização da assistência farmacêutica no SUS. Um ano após a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), realizada em 2003, no Distrito Federal, ocorreu a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) por meio da Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, promulgada pelo Conselho Nacional de Saúde.

A Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica é resultado de uma longa caminhada, que teve início nos anos 60 do século passado. Realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003, no momento em que o Brasil começou a pensar e formular uma política de Assistência Farmacêutica sob o olhar, a voz e a perspectiva dos usuários, dos prestadores, dos gestores e dos profissionais, que debateram e deliberaram, a partir de conferências locais, municipais e estaduais. O tema central da Conferência foi: “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”, organizado em três subtemas.

Com a contribuição efetiva de 1.180 participantes, os grupos trabalharam os seguintes subtemas: “Acesso à Assistência Farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde”; “Pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de medicamentos”; e “Qualidade na Assistência Farmacêutica, formação e capacitação de recursos humanos”, resultando em um elenco de 647 propostas e 31 moções, contidas no documento “Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O grande envolvimento do controle social com a discussão sobre a gestão da assistência farmacêutica ficou demonstrado pelo fato de a portaria que institui a PNAF ter sido publicada pelo próprio Conselho Nacional de Saúde e não pelo Ministério da Saúde, como prática costumeira para esse tipo de ato regulatório (BRASIL, 2004).

A Nota Técnica Conjunta (NT) assinada pelo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que trata da qualificação da assistência farmacêutica (BRASIL, 2008) reforça que a assistência farmacêutica vai muito além da disponibilização do produto medicamento, envolvendo o desenvolvimento de ações técnicas, políticas e sociais cujo objetivo é o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos.

Faz-se necessário compreender bem o conceito de assistência farmacêutica sob a ótica da garantia de acesso universal igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive no que diz respeito à Assistência Farmacêutica, conforme são garantidos no texto constitucional.

O acesso ao medicamento não deve ser compreendido de forma restritiva, apenas como acesso ao produto, mas é preciso pensar na lógica ampliada de acesso ao conjunto de ações de atenção à saúde, com serviços qualificados interseoriais e resultantes de atividades multiprofissionais, que têm por objetivo gerar impactos positivos no processo de atenção à saúde, além daquelas de caráter específico dos diferentes profissionais, atuantes nesse campo.

10.3 Instâncias de Controle Social e participação dos farmacêuticos

De acordo com a Lei nº 8.142/1990, para que os estados, o Distrito Federal e os municípios possam receber recursos financeiros do governo federal para a saúde, esses entes federados devem atender aos seguintes requisitos:

- Possuir Fundo de Saúde;
- Possuir um Plano de Saúde (planejamento na área de saúde);
- Emitir relatórios de gestão que permitam o controle pelo sistema de auditoria do Ministério da Saúde (de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990);

- Oferecer contrapartida de recursos para a saúde do respectivo orçamento (recursos próprios dos estados, Distrito Federal e municípios também devem ser aplicados na saúde); e
- Possuir um conselho de saúde, cuja composição atenda às regras em relação à paridade (25% de trabalhadores da saúde; 25% de gestores e prestadores de serviço; e 50% de usuários).

A Lei nº 8142/1990 estabeleceu duas instâncias colegiadas para o exercício do controle social: as conferências e os conselhos de saúde. As instâncias colegiadas contam com a representação de diversos grupos, onde as decisões são tomadas no coletivo, levando em consideração os saberes dos diversos atores que as compõem.

Para além dessas instâncias colegiadas, o controle social acontece em diversos outros espaços como, por exemplo, nos movimentos sociais e nas mesas de negociação do SUS.

10.3.1 Conselhos de Saúde

Os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, constituídos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, em todas as esferas de gestão (nacional, estadual e municipal), conforme estabelecido pela Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990). Contudo, a existência do conselho de saúde é muito mais que o simples cumprimento de uma exigência da lei, ele deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, com o propósito de garantia dos princípios do SUS e da melhor assistência ao usuário do serviço.

É um espaço democrático do qual a sociedade participa na formulação, na gestão, e no acompanhamento das políticas públicas. Moura e colaboradores (2011) destacam que nem toda e qualquer experiência participativa será capaz de produzir, como resultados, políticas públicas mais eficazes e justas. Para os autores, isso ocorre quando, de fato, ocorre uma participação pública e democrática.

Ter um caráter permanente indica que o conselho de saúde deve sempre existir, independentemente de decisões da gestão da União, do estado ou do município. Somente por uma lei federal é possível extinguir um conselho, seja ele estadual ou municipal (BRASIL, 2010).

Deliberar significa conversar para analisar ou resolver um assunto, um problema, ou tomar uma decisão. Vale ressaltar que o fato de ser deliberativo não indica uma total autonomia decisória aos conselhos, uma vez que as decisões tomadas nessas instâncias devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990; BRASIL, 2010). A plenária

poderá se manifestar por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos e as resoluções devem ser, obrigatoriamente, homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-lhes publicidade oficial. Caso o gestor não se manifeste no prazo estabelecido, o conselho deve recorrer à justiça ou ao Ministério Público, quando necessário.

A Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, rege o funcionamento dos Conselhos de Saúde. Segundo estabelecido na Resolução, a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecendo-se ao estabelecido na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 2012).

A constituição do conselho de saúde deve ser paritária, sendo que os farmacêuticos podem e devem buscar participar, de acordo com as atividades que desenvolvem, em um dos seguintes segmentos:

- Representantes dos gestores: do Ministério da Saúde, da secretaria de saúde estadual ou municipal. Os farmacêuticos que atuam em cargos de gestão devem buscar compor o segmento de gestores. Esta é a oportunidade de discutir os projetos para desenvolver a assistência farmacêutica no seu âmbito e conquistar importantes aliados entre os representantes de todos os segmentos.
- Representantes dos prestadores de serviço: instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas. Muitos farmacêuticos estão ligados a laboratórios ou outras instituições que prestam serviços para o SUS e podem participar, por este segmento, na construção da política de saúde.
- Representantes dos trabalhadores de saúde: sindicatos e conselhos profissionais da área de saúde. Qualquer farmacêutico pode solicitar ao sindicato ou ao conselho profissional a indicação para que concorra a uma vaga para o seguimento dos trabalhadores.
- Representantes dos usuários de saúde: associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos, associações de portadores de patologias etc. Tem-se um entendimento que o usuário é aquele que não está comprometido, de forma direta ou indireta, com os demais grupos (gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde), não possuindo qualquer vínculo empregatício na área de saúde (BRASIL, 2010). No entanto, em muitos conselhos, encontram-se usuários que são profissionais de saúde ou estão vinculados à gestão ou a prestadores de serviço, mas que representam alguma entidade ligada ao segmento dos usuários. Nesse contexto, farmacêuticos que não atuem na gestão e nos serviços públicos ou

prestadores de serviços ao SUS, mas que estejam envolvidos com movimentos sociais (como associações de moradores, de portadores de alguma patologia) podem representar, oficialmente, essas instituições no segmento usuários, defendendo os interesses da sociedade na condução da política de saúde.

Segundo estabelecido na Resolução CNS nº 453/2012, a distribuição paritária das vagas deve ser assim constituída: 50% dos usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviço e gestores, sendo que a representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o conselho (BRASIL, 2012).

O conselho de saúde é, geralmente, organizado em plenária, com mesa diretora (composta por presidente, vice-presidente, 1º secretário e 2º secretário), câmara técnica, comissões intersetoriais, grupos de trabalho e secretaria executiva. A organização do conselho deve estar expressa em um Regimento Interno, onde são definidos, por exemplo, o período do mandato dos conselheiros e da mesa diretora, a composição da câmara técnica e das comissões, entre outros.

As plenárias (reuniões) devem ser realizadas, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terão como base o regimento interno. Devem permitir a participação popular, sendo realizadas em horário e local adequado para tal. É importante que o conselho disponha de meios para divulgar as datas e pautas da reunião para a sociedade como, por exemplo, pela divulgação na página eletrônica do Conselho ou pela divulgação na mídia.

A Resolução CNS nº 453/2012 indica que o presidente deve ser eleito entre os membros do conselho, em uma reunião extraordinária (BRASIL, 2012). No entanto, ainda há alguns conselhos em que o presidente é sempre secretário de saúde, sem a ocorrência de eleição para o cargo.

Cabe à respectiva esfera de governo garantir a autonomia administrativa para o pleno funcionamento do conselho, dispendo de dotação orçamentária, permitindo-lhe autonomia financeira, além da organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico (BRASIL, 2012). É importante que o conselho tome decisão sobre o seu orçamento, e não seja apenas o gestor financeiro do recurso.

Entre as responsabilidades, cabe aos conselhos de saúde o acompanhamento e a aprovação dos seguintes instrumentos de gestão: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde (PPA), Relatórios quadrimestrais de prestação de contase Relatório Anual de Gestão (RAG).

Dado o processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde, hoje, encontramos conselhos regionais, conselhos locais, conselhos distritais de saúde, incluindo os conselhos dos distritos sanitários especiais indígenas, sob a coordenação do conselho de saúde da esfera correspondente.

10.3.2 Conferências de Saúde

As conferências de saúde são espaços democráticos de construção da política de saúde, onde a população manifesta, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera: federal, estadual, municipal e local.

As Conferências de Saúde se iniciaram há mais de 70 anos, cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei nº 378/1937. A obrigatoriedade da realização das Conferências de Saúde foi mantida, em 1990, quando a Lei nº 8.142/1990 as consagrou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão.

A decisão de realizar a conferência deve ser do Executivo, ou, extraordinariamente, deste e do conselho de saúde. O conselho de saúde tem um importante papel na discussão e organização da conferência.

Conforme estabelecido na Lei nº 8.142/1990, a Conferência Nacional de Saúde deve ser realizada a cada 4 anos, após a realização das Conferências estaduais e municipais, nas quais é analisada a situação da saúde e são propostas as diretrizes para a formulação da política de saúde (BRASIL, 1990).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marcou a participação da sociedade na formulação da política de saúde, e foi referência para o capítulo da saúde na Constituição de 1988.

Recomenda-se que a conferência municipal seja realizada no primeiro ano da administração eleita e recém - empossada, para dar subsídios para a formulação de diretrizes para a construção de políticas públicas de saúde, que serão expressas no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual (CONASEMS, 2013). É importante destacar que a Lei nº 8.142/1990, ao indicar o período de 4 anos como prazo máximo para realização das conferências, não impede que o município, por exemplo, realize mais de uma conferência no período, conforme recomendado pelo CONASEMS, nas Notas Técnicas nº 01/2013 e nº 02/2013.

Entende-se válido, ainda, trazer para esta discussão as orientações do CONASEMS sobre a organização de conferências de saúde.

Assim, ocorrendo a decisão política de realização da conferência, o conselho deve discutir com o secretário de saúde sobre a organização do evento, lembrando que a responsabilidade de execução é do gestor. Após a sensibilização dos atores municipais, é preciso que o conselho de saúde eleja a comissão organizadora, que definirá os seguintes aspectos:

- Data e local do evento: A data do evento deve ser definida com antecedência mínima de um mês. Para escolha do local deve-se levar em conta a capacidade financeira da secretaria de saúde e o número de participantes.

- **Número de Delegados:** O número de delegados deve ser o mais representativo possível. Toma-se por base o número de instituições e associações dos usuários para propor o número de delegados. Caso não existam associações, a realização de pré-conferências é uma boa alternativa para eleição dos delegados. Os delegados eleitos pelos usuários representam 50% do total, os demais 50% são assim distribuídos: profissionais da saúde (1/3), governo (1/3) e prestadores de serviço ao SUS (1/3).
- **Definição dos temas da Conferência (temário):** O tema principal e os subtemas ou eixos a serem definidos devem estar relacionados aos problemas e às propostas relativas ao sistema de saúde no município, tendo por base o tema adotado para a Conferência Nacional de Saúde.
- **Participantes:** Definir quantas pessoas, além dos delegados, participarão do evento. Os convidados são autoridades locais, secretários de saúde da região e palestrantes; e os demais participantes são: trabalhadores da saúde e de outras secretarias, suplentes de delegados e demais pessoas de outras instituições, que podem participar na qualidade de observadores, ou seja, sem direito a voz ou voto.

Deve-se estar atento, ainda, à capacidade física do local e à estrutura de apoio oferecida, como, por exemplo, refeições e transporte. Este é um espaço importante, por permitir a participação das organizações da sociedade nas discussões sobre a saúde no seu município. Participar das etapas regionais e se candidatar como delegado é uma boa estratégia, e os farmacêuticos devem ficar atentos a esta oportunidade para participar da formulação geral da política de saúde e para levar as questões da assistência farmacêutica para a pauta da conferência.

No processo de construção da conferência, os seguintes documentos devem ser elaborados:

Decreto de Convocação – assinado pelo prefeito, o Decreto de Convocação tem por finalidade convocar, legalmente, a conferência. Deve ser publicado de acordo com os trâmites legais do município, no mínimo, um mês antes da conferência.

Portarias – têm por finalidade publicar as decisões do conselho e as normas de organização e funcionamento da conferência. Podem ser expedidas uma ou mais portarias, sendo que a primeira deve ser a que nomeia a comissão organizadora, delimitando sua função e expedindo normas de funcionamento da conferência e das pré-conferências.

Regimento da Conferência – O regimento deve ser elaborado antes da conferência e aprovado pelo conselho municipal de saúde e tem como função apresentar o processo organizativo da conferência, definir o papel dos delegados e regulamentar a realização da Plenária Final. Os delegados só podem alterar o regimento para definir ou resolver questões omissas, surgidas durante a realização

da conferência. Identificada a necessidade de mudança no regimento interno, as propostas de alteração devem ser elaboradas pelos grupos e pela Assembleia Final, e só poderão entrar em vigor, se forem legais, em uma próxima conferência. O regimento tem por obrigação considerar as decisões das conferências anteriores para incrementá-las.

10.3.2.1 O papel do conselheiro de saúde

As funções, como membro do conselho de saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública. Para tanto, o conselheiro tem garantida a dispensa do trabalho, sem prejuízo para o mesmo (BRASIL, 2012). O conselheiro de saúde tem grande importância na efetivação do controle social, ao ser um sujeito ativo nas decisões de saúde da respectiva esfera de gestão.

Mas, afinal, o que é ser um conselheiro de saúde? Para responder essa pergunta é preciso ter em mente que um conselheiro não representa somente a sua entidade, ele deve atuar de forma responsável, independente e imparcial, visando a melhoria da qualidade da saúde prestada à população pelo SUS. Ele deve estar preparado para tal atividade, que exige conhecimentos acerca das políticas públicas, de financiamento, entre outros aspectos.

Souza e colaboradores (2012) destacam que, para além da capacitação para ser conselheiro, este deve possuir qualidades como ética, moral e responsabilidade, valores necessários para quem representa a população. Por isso, destacam os autores, as capacitações para conselheiros devem ir além dos procedimentos técnicos e envolverem o desenvolvimento de outras competências. A capacitação é importante, ainda, para que o conselheiro saiba tomar as decisões corretas, amparado nos preceitos técnicos e legais.

Grisotti e colaboradores (2010), com base em uma pesquisa realizada com conselheiros de saúde, apontam que há conselheiros que desconhecem as bases das políticas públicas, o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde do qual fazem parte, e, até mesmo, o papel de representante no conselho. Os autores destacam, também, que o retorno das deliberações do conselho para as entidades/comunidades de representação dos conselheiros ocorreu somente por meio de informes.

É importante que o conselheiro de saúde conheça como o dinheiro transferido por meio dos fundos é movimentado pelos gestores e quais são os bancos e as contas utilizadas para esta movimentação. Esse tipo de acompanhamento pode contribuir para a diminuição do desvio dos recursos públicos e para a melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Caso algum conselheiro verifique que está ocorrendo alguma situação desse tipo, ele tem a obrigação de relatá-la ao Ministério da Saúde, ao Ministério Público ou a outros órgãos, a fim de que a situação possa ser devidamente tratada.

10.3.3 Mesa de negociação do SUS

As Mesas de Negociação Permanente do SUS podem ser caracterizadas como um projeto coletivo no qual a democratização nas relações de trabalho na saúde surge como um valor fundamental. Esses espaços têm como perspectiva buscar soluções aos conflitos advindos das relações de trabalho, além de uma função político-social, garantindo e fortalecendo a participação da sociedade em fóruns que cuidam das políticas públicas de saúde, dentre as quais se insere a questão da regulação, profissionalização e qualificação dos recursos humanos (BRASIL, 2003).

As discussões realizadas nesses espaços têm por base os princípios constitucionais da legalidade, da moralidade, da impessoalidade, da qualidade dos serviços, da participação, da publicidade e a liberdade sindical (BRASIL, 1988).

As mesas estão organizadas nas três instâncias de governo, com caráter paritário e permanente. A formatação da sua composição envolve representantes da gestão, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS, todos indicados de maneira formal, sendo que a representação dos trabalhadores é ocupada pelas organizações sindicais (BRASIL, 1993).

O funcionamento da mesa está definido na forma de um regimento interno, no qual estão indicados, por exemplo, como se dará o funcionamento e as agendas de trabalho. Está prevista a instalação de grupos técnicos e comissões temáticas, os quais realizam atividades de caráter específico e temporário, de interesse comum, sendo que todo resultado advindo dos grupos ou das comissões é submetido à discussão e aprovação pelos membros da mesa de negociação. Participantes externos poderão ser convidados, a fim de que possam contribuir e qualificar os trabalhos da mesa.

São exemplos de assuntos considerados prioritários para a negociação na mesa: regulação das profissões (exemplo: jornada de trabalho; cedência de pessoal); inserção de profissionais para cuidados à saúde; desprecarização do trabalho; Plano de Carreiras, Cargos e Salários; saúde do trabalhador; entre outros.

As decisões serão tomadas durante as reuniões ordinárias e extraordinárias, mediante consenso entre os membros da Mesa. Todos os procedimentos deverão ser formalizados e suas decisões registradas em protocolos e implementadas pelas partes (REIS, 2012). Para produzirem efeito, as decisões emanadas da mesa deverão obedecer aos preceitos legais e àqueles que regem o SUS e à administração pública, seja quanto à forma, seja quanto ao mérito.

A instalação das mesas estaduais e municipais de negociação permanente do SUS está prevista no documento “Princípios e Diretrizes para elaboração da NOB/RH-SUS”, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, orientando no sentido de que estados e municípios encaminhem à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), processo de constituição formal das Me-

sas (BRASIL, 2005). De igual forma, o CONASS e o CONASEMS também publicaram manifesto de apoio, por meio do “Protocolo para a instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente”.

Participar desses espaços coletivos de construção política é uma tarefa imprescindível para a garantia da representatividade profissional e na construção de decisões, que impactam no dia a dia dos profissionais farmacêuticos. Não basta ser um bom técnico, é preciso estar inserido em um contexto de trabalho que traga condições satisfatórias, tanto em aspectos profissionais quanto pessoais.

O farmacêutico pode participar da mesa em qualquer um dos segmentos (gestores, prestadores de serviço ou trabalhadores), desde que os represente. Para representar o segmento dos trabalhadores, é preciso que o Sindicato dos Farmacêuticos tenha assento na Mesa. O farmacêutico pode, também, assessorar ou participar de alguma comissão ou grupo de trabalho, a fim de contribuir com o desenvolvimento das atividades da mesa. O importante é que o profissional conheça a atuação da Mesa do seu estado ou município e, caso ela não esteja instituída, procure o Conselho de Saúde para articular a criação ou reativação desse espaço.

10.4 Acompanhamento das atividades relacionadas à assistência farmacêutica pelo controle social

O povo brasileiro decidiu que o Estado deve planejar suas políticas públicas em conjunto com os segmentos representativos da sociedade civil. Os instrumentos desse planejamento, definidos na Constituição Federal, são: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

O PPA apresenta os critérios de ação e decisão que devem orientar os gestores públicos (diretrizes); estipula os resultados que se buscam alcançar na gestão (objetivos), inclusive expressando-os em números (metas) e delinea o conjunto de ações a serem implementadas (programas). O PPA também indica os meios para que se atinjam os objetivos de um programa, podendo assumir a forma de projetos, atividades ou operações especiais (ações).

A LDO dispõe sobre as metas e prioridades para a Administração Pública, os critérios para a elaboração da LOA, as alterações da legislação tributária e as formas de financiamento do orçamento. Dispõe, ainda, sobre a política salarial e os concursos públicos, e estabelece os percentuais de recursos que serão descentralizados para os municípios. O manejo da Lei Orçamentária Anual (LOA) deve obedecer aos princípios, definidos na Lei nº 4.320/1964, conhecida como Lei das Finanças Públicas, que são: unidade, universalidade, anualidade, equilíbrio, publicidade, especialização, exclusividade e orçamento bruto.

A Lei Complementar nº 141/2012, por meio do art. 46, trouxe uma mudança significativa ao controle social, especialmente no que tange ao me-

canismo de controle, uma vez que além do Tribunal de Contas e do Sistema Nacional de Auditoria, foi incluído como entidade que deve exercer controle sobre as contas dos Estados e Municípios o Conselho de Saúde respectivo, estando agora munido de poder de rejeitar as contas apresentadas. Essa mudança ampliou as competências dos Conselhos de Saúde, principalmente, no que diz respeito:

- I. à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual.
- II. ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias.
- III. à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar.

Ainda no campo da transparência e da fiscalização, a Lei Complementar, no Art. 39, institucionalizou de forma expressa o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), que já se constituía numa ferramenta de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde. Portanto, com a regulamentação da Emenda nº 29/2000, o SIOPS passa a ter caráter legal e se constitui também num sistema de informação obrigatório, que deverá ser utilizada forma existente, até regulamentação específica do Ministério da Saúde, conforme disposto no § 1º, do mesmo Art. 39. A não observância do disposto quanto ao SIOPS acarretará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da federação.

A Lei Complementar, no Art. 44, estabelece ainda a necessidade de capacitação permanente dos Conselheiros de Saúde, em especial do segmento dos usuários e dos profissionais de saúde, objetivando a qualificação da atuação do colegiado na formulação de estratégias, com vistas a assegurar o efetivo controle social da execução das políticas de saúde.

Esses compromissos estabelecidos pela Lei Complementar também aparecem no Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 reforçando a necessidade do planejamento da saúde e a articulação interfederativa no que tange à garantia da assistência à saúde. O referido Decreto trouxe uma maior segurança jurídica frente aos compromissos assumidos entre os entes federativo, ao criar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Fica claro através dessa norma que a satisfação do cidadão deve ser compromisso dos dirigentes, gestores e trabalhadores de saúde que integram a rede de atenção à saúde, responsabilizando as partes signatárias do COAP, nos termos do artigo 37 do Decreto nº 7.508/2011, a desenvolver estratégias que incorporem a escuta e as opiniões dos cidadãos como ferramenta de melhoria dos serviços, além de promover uma gestão que tenha como centro o cidadão, sua participação na definição das políticas de saúde e no seu controle, acesso à informação e apoiar movimentos de mobilização social em defesa do SUS.

O cumprimento do Decreto nº 7.508/2011 exige dos gestores o compromisso de implantar e implementar serviços de ouvidoria, mantendo o Poder Público em permanente contato com o cidadão, sendo estes serviços facilitadores na intermediação para a resolução de problemas da população, na avaliação dos serviços de saúde, no acesso a informação e disseminação da informação em saúde e no disposto nos incisos I e II do art. 37 do Decreto nº 7508/2011. Os conselhos de saúde devem ter acesso a toda documentação que comprove a execução deste contrato para o exercício do controle social.

No campo da assistência farmacêutica o Decreto nº 7.508/2011 criou pressupostos cumulativos do acesso universal e igualitário em seu art. 28, estabelecendo como condições de acesso:

- Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- Estar a prescrição em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Conforme já detalhado em outros capítulos do livro, o recurso financeiro para a assistência farmacêutica é tripartite, incluindo aí os recursos para a aquisição dos medicamentos e as iniciativas recentes para estruturação dos serviços.

É importante que os conselheiros de saúde compreendam a estrutura, a organização e o funcionamento da assistência farmacêutica em sua esfera de atuação, pois muitas vezes esses atores são questionados sobre a falta de medicamentos. A falta pode ser decorrente de problemas financeiros, estruturais, organizacionais ou ainda ser originada por uma causa que foge à governabilidade do gestor, como a falta de matéria prima na indústria farmacêutica. Nesse sentido, é necessário que os conselheiros acompanhem a compra de medicamentos no seu município ou estado, para garantir que essa aquisição ocorra da forma mais vantajosa possível para a comunidade. A aquisição de medicamentos é uma das atividades que fazem parte da Assistência Farmacêutica e é por meio desse processo que se espera garantir que não falem medicamentos e que estes possuam qualidade comprovada e sejam confiáveis. Os conselheiros devem conhecer, também, as estruturas das farmácias nas unidades de saúde, visto que uma situação precária pode comprometer a qualidade dos medicamentos. Outra questão, igualmente importante é a análise das rubricas da assistência farmacêutica na apresentação do relatório anual de gestão (RAG), visto o impacto significativo da aquisição de medicamentos no orçamento e a obrigação legal imposta, como, por exemplo, pela Portaria nº 1.555/2013.

Mendes (2013) pondera que é fundamental para a assistência farmacêutica reconhecer o controle social como um possível aliado e como uma relação estratégica para fortalecer e inovar, para que, de fato, a população reconheça o acesso aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos como um direito.

Conforme dito por João Paulo Pinto da Cunha: “O SUS se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados na mudança da Saúde no Brasil. Entendê-lo é uma boa forma de fortalecer aluta por sua construção”.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 52 de 06 de maio de 1993. Institui uma Mesa Nacional de Negociação, com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.sindifars.com.br/resolucao52.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília, 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. –3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS. CONASEMS. Nota técnica conjunta sobre qualificação da assistência farmacêutica. Brasília. 2008. 3 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_qualificacao_af.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2013.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010. 127 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html>. Acesso em: 05 fev. 2014.
- CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota Técnica do Núcleo de Participação da Comunidade na Saúde do CONASEMS. NT nº 01/2013 - Realização das Conferências Municipais de Saúde. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/images/documents/2696/Nota%20Te%CC%81cnica%20-%20Denise%2001.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.
- GOHN, M. G. Conselhos gestores e participação sociopolítica. São Paulo: Cortez, 2003.
- GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. Ciênc. saúde coletiva [online], v. 15, n. 3, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MENDES, S. Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense. 2013. 239 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MOURA, J. T. V.; LACERDA, A. D. F.; ALMEIDA, L. B. A. A anatomia da participação: os conselhos como arena decisória. PLURAL - Revista do Programa de Pós Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v. 18.1, p.117,133, 2011.

PUTNAM, R. Making democracy work: Civic traditions in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press, 1993.

REIS, S. M. “Pondo as cartas na mesa”: negociando a gestão democrática do trabalho em saúde na microrregião de São João del-Rei. São João del-Rei, 2012. 9f.

SADER, E. Quando Novos Personagens Entram em Cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1988.

SOUZA, T. O.; SILVA, J. M.; NÓBREGA, S. S.; CONSTÂNCIO, J. F. Controle social: um desafio para o Conselheiro de saúde. Rev. Bras. Enferm, Brasília, mar-abr; v. 65, n. 2, p. 215-21, 2012.

Histórico de Regulamentação Relacionada à Assistência Farmacêutica

ÂMBITO PROFISSIONAL

Norma Legal	Data	Assunto
1931		
DECRETO Nº 20.377	08/09/1931	Aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil.
1932		
DECRETO Nº 20.931	11/01/1932	Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil.
1972		
RESOLUÇÃO CFF Nº 94	25/03/1972	Dispõe sobre a responsabilidade técnica na farmácia pública (Alterada pela Resolução nº 241/1993).
1980		
LEI Nº 6.839	30/10/1980	Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões.
1981		
DECRETO Nº 85.878	07/04/1981	Estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico.
1982		
RESOLUÇÃO CFF Nº 160	23/04/1982	Dispõe sobre o exercício da Profissão Farmacêutica.
1992		
RESOLUÇÃO CFF Nº 239	25/09/1992	Dispõe sobre a aplicação de injeções, em farmácias e drogarias.
1996		
RESOLUÇÃO CFF Nº 285	22/03/1996	Aprova nova Estrutura Administrativa de Pessoal do Conselho Federal de Farmácia / Cria CEBRIM.
RESOLUÇÃO CFF Nº 288	21/03/1996	Dispõe sobre a competência legal para atuação do farmacêutico nos serviços de oncologia.
1997		
RESOLUÇÃO CFF Nº 308	02/05/1997	Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias.
2000		
RESOLUÇÃO Nº 349	20/01/2000	Estabelece a competência do farmacêutico em proceder a intercambialidade ou substituição genérica de medicamentos.
RESOLUÇÃO CFF Nº 354	20/12/2000	Dispõe sobre Assistência Farmacêutica em atendimento pré-hospitalar às urgências/emergências.
2001		
RESOLUÇÃO CFF Nº 357	20/04/2001	Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.
RESOLUÇÃO CFF Nº 365	02/10/2001	Dispõe sobre a assistência técnica farmacêutica em distribuidoras, incluindo as Centrais de Abastecimento Farmacêutico nos municípios.
RESOLUÇÃO CFF Nº 366	02/10/2001	Dispõe sobre as especialidades de farmácia reconhecidas pelo Conselho Federal de Farmácia.

Norma Legal	Data	Assunto
2002		
RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 02	19/02/2002	Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.
RESOLUÇÃO CFF Nº 386	12/11/2002	Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito da assistência domiciliar em equipes multidisciplinares.
2004		
RESOLUÇÃO CFF Nº 415	29/06/2004	Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde.
RESOLUÇÃO CFF Nº 417	29/07/2004	Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica, considera que o Farmacêutico é um profissional da saúde.
RESOLUÇÃO CFF Nº 418	29/07/2004	Aprova o Código de Processo Ético da Profissão Farmacêutica.
RESOLUÇÃO CFF Nº 420	29/09/2004	Dispõe sobre o credenciamento das Associações e Sociedades Nacionais da Categoria Farmacêutica, no CFF, para expedir Título de Especialista.
2005		
RESOLUÇÃO CFF Nº 437	29/06/2005	Regulamenta a atividade profissional do farmacêutico no fracionamento de medicamentos.
RESOLUÇÃO CFF Nº 440	22/09/2005	Dá nova redação à Resolução CFF nº 335/1998, que dispõe sobre as prerrogativas para o exercício da responsabilidade técnica em homeopatia.
2006		
RESOLUÇÃO CFF Nº 449	24/10/2006	Dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica.
2007		
RESOLUÇÃO CFF Nº 467	28/11/2007	Define, regulamenta e estabelece as atribuições e competências do farmacêutico na manipulação de medicamentos e de outros produtos farmacêuticos.
2008		
RESOLUÇÃO CFF Nº 477	28/05/2008	Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos e dá outras providências.
RESOLUÇÃO CFF Nº 492	26/11/2008	Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada.
2009		
RESOLUÇÃO CFF Nº 516	26/11/2009	Define os aspectos técnicos do exercício da Acupuntura na Medicina Tradicional Chinesa como especialidade do farmacêutico.
RESOLUÇÃO CFF Nº 521	16/12/2009	Dispõe sobre a inscrição, o registro, o cancelamento de inscrição e a averbação nos Conselhos Regionais de Farmácia.
2011		
RESOLUÇÃO CFF Nº 545	18/05/2011	Dá nova redação à Resolução CFF nº 542/2011 que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.

Norma Legal	Data	Assunto
RESOLUÇÃO CFF Nº 546	21/07/2011	Dispõe sobre a indicação farmacêutica de plantas medicinais e fitoterápicos isentos de prescrição e de registro.
RESOLUÇÃO CFF Nº 549	25/08/2011	Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no exercício da gestão de produtos para a saúde.
RESOLUÇÃO CFF Nº 555	30/11/2011	Regulamenta o registro, a guarda e o manuseio de informações, resultantes da prática da assistência farmacêutica nos serviços de saúde.
RESOLUÇÃO CFF Nº 556	01/12/2011	Dispõe sobre a direção técnica ou responsabilidade técnica de empresas e/ou estabelecimentos que dispensam, comercializam, fornecem e distribuem produtos farmacêuticos, cosméticos e produtos para a saúde.
2012		
RESOLUÇÃO CFF Nº 561	27/07/2012	Altera a Resolução CFF nº 444/2006, que dispõe sobre a regulação de cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> de caráter profissional.
RESOLUÇÃO CFF Nº 568	06/12/2012	Dá nova redação à Resolução CFF nº 492, de 26 de novembro de 2008, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada.
2013		
RESOLUÇÃO CFF Nº 570	22/02/2013	Dispõe sobre atribuições do Farmacêutico na Área da Genética Humana.
RESOLUÇÃO CFF Nº 571	25/04/2013	Dá nova redação à Resolução CFF nº 542/2011, que dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na dispensação e no controle dos antimicrobianos.
RESOLUÇÃO CFF Nº 572	25/04/2013	Dispõe sobre a regulamentação das especialidades farmacêuticas, por linhas de atuação.
RESOLUÇÃO CFF Nº 573	22/05/2013	Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no exercício da saúde estética e da responsabilidade técnica por estabelecimentos que executam atividades afins.
RESOLUÇÃO CFF Nº 574	22/05/2013	Define, regulamenta e estabelece atribuições e competências do farmacêutico na dispensação e aplicação de vacinas, em farmácias e drogarias.
RESOLUÇÃO CFF Nº 576	28/06/2013	Dá nova redação ao artigo 1º da Resolução CFF nº 440/2005, que dispõe sobre as prerrogativas para o exercício da responsabilidade técnica em homeopatia.
RESOLUÇÃO CFF Nº 577	25/07/2013	Dispõe sobre a direção técnica ou responsabilidade técnica de empresas ou estabelecimentos que dispensam, comercializam, fornecem e distribuem produtos farmacêuticos, cosméticos e produtos para a saúde.
RESOLUÇÃO CFF Nº 578	26/07/2013	Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
RESOLUÇÃO CFF Nº 584	29/08/2013	Regulamenta as atividades do farmacêutico na indústria farmacêutica.

Norma Legal	Data	Assunto
RESOLUÇÃO CFF Nº 585	29/08/2013	Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.
RESOLUÇÃO CFF Nº 586	29/08/2013	Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências.
2014		
RESOLUÇÃO CFF Nº 596	21/02/2014	Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.
RESOLUÇÃO CFF Nº 601	26/09/2014	Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito da homeopatia.

ESTRUTURAÇÃO, ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E FINANCIAMENTO

Norma legal	Data	Assunto
1988		
CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	05/10/1988	Responsabilidades compartilhadas entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.
1990		
LEI Nº 8.080	19/09/1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
LEI Nº 8.142	28/12/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
1993		
RESOLUÇÃO Nº 52	06/05/1993	Institui uma Mesa Nacional de Negociação, com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).
LEI Nº 8.666	21/06/1993	Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.
1994		
LEI Nº 8.833	08/06/1994	Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.
DECRETO Nº 1.232	30/08/1994	Trata do repasse de recursos federais de saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios.
1996		
PORTARIA Nº 1.189	17/06/1996	Aprovar as Denominações Comuns Brasileiras DCB.
DECRETO Nº 1.651	28/09/1996	Trata da comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios.
PORTARIA Nº 2.203	05/11/1996	Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.

Norma legal	Data	Assunto
1997		
DECRETO Nº 2.283	24/07/1997	Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências.
PORTARIA Nº 1.818	02/12/1997	Recomendação do Ministério da Saúde quanto a exigir observação aos critérios de qualidade no momento da compra de medicamentos.
1998		
PORTARIA Nº 3.916	30/10/1998	Aprova a Política Nacional de Medicamentos.
1999		
PORTARIA GM Nº 176	08/03/1999	Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.
PORTARIA GM Nº 1.077	24/08/1999	Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS.
2001		
LEI Nº 10.191	14/02/2001	Dispõe sobre a aquisição de produtos para a implementação de ações de saúde no âmbito do Ministério da Saúde.
2002		
PORTARIA Nº 371	04/03/2002	Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
LEI Nº 10.520	17/07/2002	Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns.
PORTARIA Nº 1.318	23/07/2002	Define para o Grupo 36 - Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, e determina que sejam utilizados, para dispensação dos Medicamentos Excepcionais, os critérios parâmetros contidos nos Protocolos e nas Diretrizes Terapêuticas.
PORTARIA GM Nº 2.048	05/11/2002	Aprova o regulamento técnico nos serviços de atendimento pré-hospitalar às urgências e emergências.
2003		
DECRETO Nº 4.766	26/06/2003	Regulamenta a criação, competências e funcionamento da CMED.
LEI FEDERAL Nº 10.742	06/10/2003	Define normas de regulação para o setor, cria a CMED e altera Lei nº 6.360/76.

Norma legal	Data	Assunto
2004		
LEI Nº 10.858	13/04/2004	Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento.
RESOLUÇÃO CNS Nº 338	06/05/2004	Approva a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
DECRETO Nº 5.090	20/05/2004	Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil".
PORTARIA Nº 1.172	15/06/2004	Regulamenta a NOB SUS nº 01/96 no que se refere às competências dos entes federados, define a sistemática de financiamento e trata do fornecimento de medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT.
LEI Nº 11.079	30/12/2004	Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.
2005		
PORTARIA Nº 816	31/05/2005	Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde.
PORTARIA Nº 1.254	29/07/2005	Constitui Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.
2006		
PORTARIA GM Nº 399	22/02/2006	Divulga o Pacto pela Saúde e atribui aos três níveis de governo a responsabilidade pela estruturação da assistência farmacêutica.
PORTARIA GM Nº 699	30/03/2006	Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.
PORTARIA Nº 971	03/05/2006	Approva a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.
DECRETO Nº 5.813	22/06/2006	Approva a Política Nacional de Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
PORTARIA Nº 1.956	23/08/2006	Institui o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos.
LEI Nº 11.347	27/09/2006	Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à aplicação e monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.
PORTARIA Nº 2.577	27/10/2006	Approva o Componente de Medicamentos de Dispensação excepcional.
PORTARIA Nº 3.085	01/12/2006	Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS
RESOLUÇÃO CMED Nº 4	18/12/2006	Estabelece o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP), aplicado sobre o Preço de Fábrica de medicamentos para obter o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG).
PORTARIA Nº 3.332	28/12/2006	Approva orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

Norma legal	Data	Assunto
2007		
PORTARIA Nº 204	29/01/2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
PORTARIA Nº 2.583	10/10/2007	Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus.
PORTARIA Nº 2.848	06/11/2007	Aprova a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde.
PORTARIA Nº 3.237	24/12/2007	Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.
2008		
PORTARIA Nº 154	24/01/2008	Dispõe sobre a inserção do farmacêutico no NASF e as ações de Assistência Farmacêutica na gestão do medicamento.
PORTARIA Nº 1.869	04/09/2008	Altera o Anexo II da Portaria nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006.
PORTARIA Nº 1.883	09/09/2008	Aprova o Formulário Terapêutico Nacional - FTN, da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2006.
PORTARIA Nº 1.928	17/09/2008	Altera os dados populacionais dos municípios brasileiros, discriminados no Anexo III da Portaria nº 3.237/GM, de 24 de dezembro de 2007, referente aos recursos financeiros do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
PORTARIA Nº 2.012	24/09/2008	Aprova a 6ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).
PORTARIA Nº 3.176	24/12/2008	Aprova as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão (RAG), incluindo as ações de Assistência Farmacêutica Básica.
2009		
PORTARIA Nº 106	22/01/2009	Atualiza os valores de co-financiamento dos procedimentos padronizados na Portaria nº 1.869/2008.
PORTARIA Nº 749	15/04/2009	Dispõe sobre expansão do programa farmácia popular do Brasil.
PORTARIA Nº 1.533	08/07/2009	Institui o Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos, cujo objetivo é incentivar a produção técnico-científica, voltada à promoção do uso racional de medicamentos com aplicação no SUS.
PORTARIA Nº 2.981	26/11/2009	Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
PORTARIA Nº 2.982	26/11/2009	Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Norma legal	Data	Assunto
2010		
PORTARIA Nº 1.044	05/05/2010	Aprova a 7ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).
PORTARIA Nº 3.439	11/10/2010	Altera a Portaria nº 2.981/GM/MS, de 26/11/2009.
PORTARIA Nº 4.217	28/12/2010	Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
PORTARIA Nº 4.279	30/12/2010	Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
PORTARIA Nº 4.283	30/12/2010	Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e dos serviços de farmácia no âmbito dos hospitais.
2011		
LEI N º 12.401	28/04/2011	Altera a Lei nº 8.080, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.
ACÓRDÃO Nº 1.459 TCU	01/06/2011	Recomenda definir o rol de informações mínimas sobre a gestão da Assistência Farmacêutica Básica.
DECRETO Nº 7.508	28/06/2011	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
RESOLUÇÃO Nº 1	29/10/2011	Estabelece diretrizes gerais para a instituição das Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto n. 7.508.
PORTARIA GM/MS Nº 2.488	21/10/2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
DECRETO Nº 7.646	21/12/2011	Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS.
PORTARIA GM/MS Nº 1.600	07/07/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
PORTARIA Nº 2.527	27/10/2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
PORTARIA Nº 2.648	07/11/2011	Redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.
PORTARIA Nº 2.395	11/11/2011	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Norma legal	Data	Assunto
2012		
RESOLUÇÃO Nº 1	17/01/2012	Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS.
PORTARIA Nº 533	28/03/2012	Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
PORTARIA GM/MS Nº 793	24/04/2012	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
PORTARIA GM/MS Nº 835	25/04/2012	Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
RESOLUÇÃO Nº 453	10/05/2012	Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.
PORTARIA GM Nº 971	15/05/2012	Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.
PORTARIA Nº 1.010	21/05/2012	Redefine as diretrizes para implantação do SAMU 192 e sua central de regulação de urgências.
PORTARIA Nº 1.214	13/06/2012	Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS).
PORTARIA GM Nº 1.215	13/06/2012	Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS no âmbito do SUS.
PORTARIA GM/MS Nº 3.124	28/12/2012	Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.
2013		
PORTARIA GM/MS Nº 252	10/02/2013	institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
PORTARIA Nº 271	27/02/2013	Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
PORTARIA Nº 529	01/04/2013	Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
PORTARIA Nº 548	04/04/2013	Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3.
PORTARIA Nº 834	14/05/2013	Redefine o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde.
PORTARIA Nº 980	27/05/2013	Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2013.

Norma legal	Data	Assunto
RESOLUÇÃO CIT Nº 5	19/06/2013	Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).
PORTARIA Nº 1.365	08/07/2013	Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
PORTARIA Nº 1.554	30/07/2013	Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
PORTARIA Nº 1.555	30/07/2013	Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

SANITÁRIAS

Norma legal	Data	Assunto
1973		
LEI Nº 5.991	17/12/1973	Trata do controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.
1974		
DECRETO Nº 74.170	10/06/1974	Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.
1976		
LEI Nº 6.360	23/09/1976	Trata da Vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos, correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos.
1977		
DECRETO Nº 79.094	05/01/1977	Regulamenta a Lei nº 6.360.
1996		
LEI Nº 9.279	14/05/1996	Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial.
1998		
PORTARIA Nº 344	12/05/1998	Aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial.
PORTARIA Nº 802	08/10/1998	Institui o sistema de controle e fiscalização em toda a cadeia dos produtos farmacêuticos.
1999		
PORTARIA Nº 6	29/01/1999	Instrução normativa da Portaria nº 344/1998.
LEI Nº 9.787	10/02/1999	Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

Norma legal	Data	Assunto
2002		
RESOLUÇÃO RDC Nº 49	28/11/2002	Aprova o Regulamento Técnico Mercosul sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.
2003		
RESOLUÇÃO RDC Nº 135	29/05/2003	Aprova o regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos.
2004		
RESOLUÇÃO RDC Nº 48	16/03/2004	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Medicamentos Fitoterápicos.
RESOLUÇÃO RDC Nº 306	07/12/2004	Aprova o regulamento técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
2005		
RESOLUÇÃO RDC Nº 135	18/05/2005	Dispõe sobre critérios para fracionamento de medicamentos.
RESOLUÇÃO RDC Nº 176	07/06/2005	Dispõe sobre o cadastramento e a atualização de informações de empresas que exerçam atividades de: fabricar, importar, exportar, fracionar, armazenar, expedir, embalar, distribuir e transportar insumos farmacêuticos.
RESOLUÇÃO RDC Nº 234	17/08/2005	Determina que a importação de Produtos Biológicos em sua embalagem primária e o Produto Biológico Terminado, sujeitos ao Regime de Vigilância Sanitária, somente poderá ser efetuada pela empresa detentora do registro e legalmente autorizada para importar medicamentos pela Anvisa.
RESOLUÇÃO RDC Nº 249	13/09/2005	Determina a todos os estabelecimentos fabricantes de produtos intermediários e de insumos farmacêuticos ativos, o cumprimento das diretrizes estabelecidas no regulamento técnico das boas práticas de fabricação de produtos intermediários e insumos farmacêuticos ativos.
2006		
DECRETO Nº 5.775	10/05/2006	Dispõe sobre fracionamento de medicamentos.
RESOLUÇÃO RDC Nº 80	11/05/2006	Regulamenta o fracionamento de medicamentos.
RESOLUÇÃO RDC Nº 204	16/11/2006	Determina a todos os estabelecimentos que exerçam as atividades de importar, exportar, distribuir, expedir, armazenar, fracionar e embalar insumos farmacêuticos o cumprimento das diretrizes estabelecidas no Regulamento Técnico de Boas Práticas de Distribuição e Fracionamento de Insumos Farmacêuticos.
2007		
RESOLUÇÃO RDC Nº 58	05/09/2007	Dispõe sobre o controle e a fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas.
RESOLUÇÃO RDC Nº 67	08/10/2007	Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias

Norma legal	Data	Assunto
2009		
RESOLUÇÃO RDC Nº 44	17/08/2009	Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias.
RESOLUÇÃO RDC Nº 47	08/12/2009	Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde.
2010		
RESOLUÇÃO RDC Nº 17	16/04/2010	Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos.
RESOLUÇÃO RDC Nº 44	26/10/2010	Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.
2011		
RESOLUÇÃO RDC Nº 20	05/05/2011	Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.
RESOLUÇÃO RDC Nº 52	06/10/2011	Dispõe sobre a proibição do uso de substâncias anfepramona, femproporex e mazindol e termo de responsabilidade para uso de sibutramina.
2013		
RESOLUÇÃO RDC Nº 16	28/03/2013	Aprova o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos e Produtos para diagnóstico de uso <i>In Vitro</i> .
2014		
RESOLUÇÃO RDC Nº 06	18/02/2014	Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998 e dá outras providências.
RESOLUÇÃO RDC Nº 16	01/04/2014	Dispõe sobre os Critérios para Peticionamento de Autorização de Funcionamento (AFE) e Autorização Especial (AE) de Empresas.
RESOLUÇÃO RDC Nº 21	25/04/2014	Dispõe sobre a fabricação e comercialização de produtos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC).
RESOLUÇÃO RDC Nº 22	29/04/2014	Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998 e dá outras providências.
RESOLUÇÃO RDC Nº 38	18/06/2014	Dispõe sobre a realização de petições pós-registro de medicamentos fitoterápicos e produtos tradicionais fitoterápicos e dá outras providências.
LEI Nº 13.021	08/09/2014	Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

Norma legal	Data	Assunto
RESOLUÇÃO RDC Nº 50	25/09/2014	Dispõe sobre as medidas de controle de comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos que contenham as substâncias anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências.
RESOLUÇÃO RDC Nº 58	10/10/2014	Dispõe sobre as medidas a serem adotadas junto à Anvisa pelos titulares de registro de medicamentos para a intercambialidade de medicamentos similares com o medicamento de referência.
RESOLUÇÃO RDC Nº 59	10/10/2014	Dispõe sobre os nomes dos medicamentos, seus complementos e a formação de famílias de medicamentos.
RESOLUÇÃO RDC Nº 60	10/10/2014	Dispõe sobre os critérios para a concessão e renovação do registro de medicamentos com princípios ativos sintéticos e semissintéticos, classificado como novos, genéricos e similares, e dá outras providências.
RESOLUÇÃO RDC Nº 63	17/10/2014	Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob controle Especial da Portaria SVS/MS Nº 344, de 12 de Maio de 1998 e dá outras providências.



**Conselho
Federal de
Farmácia**