

Marina Raijche Mattozo Rover

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA EM SANTA CATARINA**

Tese submetida ao Programa de Pós-  
Graduação em Farmácia da  
Universidade Federal de Santa Catarina  
para a obtenção do Título de Doutor em  
Farmácia

Orientador: Prof. Dra. Silvana Nair  
Leite

Florianópolis  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rover, Marina Raijche Mattozo  
AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO COMPONENTE  
ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM SANTA  
CATARINA / Marina Raijche Mattozo Rover ; orientadora,  
Silvana Nair Leite - Florianópolis, SC, 2016.  
307 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação em Farmácia.

Inclui referências

1. Farmácia. 2. Avaliação em saúde. 3. Gestão em Saúde.  
4. Assistência Farmacêutica. 5. Componente Especializado  
da Assistência Farmacêutica. I. Leite, Silvana Nair. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação em Farmácia. III. Título.

Marina Raijche Mattozo Rover

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA EM SANTA CATARINA**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “doutor em Farmácia”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 de agosto de 2016.

**Banca Examinadora:**

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Gonçalves Cardoso (UFSC)

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maira Galdino da Rocha Pitta (UFPE)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Osvaldo de Freitas (USP/Ribeirão Preto)

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Flemming Colussi (UFSC)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Flávio Ricardo Liberali Magajewski (UNISUL)

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Nair Leite (UFSC - Orientador)

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia Beatriz Crecynski Pasa  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Farmácia



Aos meus pais e irmão, por me apoiarem e serem meus exemplos. À minha filha por ser minha inspiração. Ao meu amor, por ser meu maior parceiro.



## AGRADECIMENTOS

No caminho percorrido encontrei muitas pessoas a quem quero agradecer pelo apoio e inspiração para chegar até aqui e continuar neste desafio.

À minha família: mãe, pai e mano. Vocês são os grandes responsáveis por quem sou hoje. Obrigada pela ajuda incondicional e exemplo. Amo muito vocês!

Ao meu marido e companheiro que eu tanto amo, por compreender as horas destinadas aos estudos, trabalhos e paciência ao ouvir minhas angústias.

À minha filha Victória, meu tesouro, por estar sempre ao meu lado, me dar muito amor e compreender minha ausência.

Agradeço aos que me deram a oportunidade de me graduar e me qualificar: meus professores da graduação, do mestrado e do doutorado. Foi isso tudo que me fez amar a minha profissão e acreditar que é possível transformar a prática em saúde e o fazer farmacêutico.

À Silvana, minha orientadora, pela confiança, pela oportunidade, aprendizado, experiências compartilhadas, por explorar as minhas capacidades, muito obrigada! Sem você este trabalho não existiria.

À Mareni, pelas valorosas contribuições no desenvolvimento deste trabalho, pelo aprendizado, por ser grande referência na área para mim e pelo apoio nos momentos difíceis.

À Rosana, pelo apoio e carinho, sem os quais não seria possível chegar aqui.

À Cláudia, em quem descobri uma grande e verdadeira amiga. Também por ser parceira na luta diária, compartilhando avanços e desilusões. Sem sua ajuda tudo teria sido muito mais difícil! Obrigada pelas contribuições e companhia.

Agradeço a todos da Farmácia Escola. Aos bolsistas e estagiários que foram e são, sem dúvida, inspiração para a minha qualificação. A todas as farmacêuticas, em especial a minha grande amiga Aline pelo apoio, conversas, muitas risadas e por me fazer querer ser uma farmacêutica melhor a cada dia!

À Celinha, Paola, Taynara e Andrea, pelo apoio e colaboração.

À Fernanda e Samara, pela ajuda e parceria, fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos farmacêuticos e pesquisadores do grupo “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, que participaram das oficinas e que contribuíram para o desenvolvimento do trabalho.

Ao Guilherme (Gil), pela parceria e elaboração dos mais lindos mapas.

Ao Luciano, pelas ricas discussões e aprendizado.

Aos demais amigos e familiares que entenderam minha ausência e sempre me incentivaram, em especial a minhas tias: Sandra, Vânia, Marize, tio Pedro e vó Tida.

Às grandes amigas, Fabiana, Giuliana, Rosane, Lenita, Gabriela, Júlia, Tatiana, e Cynthia pela amizade e companhia.

As mais novas amigas, Lenyta e Marina, e ao Júnior, por dividirem comigo este momento, pelo apoio e boas risadas.

À Fabiola, Emilia, Katiuce, Clarice, Kaite e Mônica, por sua amizade e o rico intercâmbio de ideias.

Ao grupo do EAD, obrigada pela parceria construída.

Agradeço a todos farmacêuticos, usuários, gestores e médicos pela participação e por confiarem no meu trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pelo apoio.



“A maior virtude do expositor, do cientista, do escritor, não importa quão sábio seja, é se fazer facilmente compreendido por quem o ouve ou lê. Pouco ou nenhuma valia tem conhecimentos que não são transmitidos, quanto mais não seja porque morrem com o próprio detentor do saber. O técnico que só produz para técnicos é de pouca ou nenhuma utilidade”<sup>72</sup>

**72 BOMFIM, Benedito Calheiros - A linguagem do direito. Correio Braziliense (Caderno Direito & Justiça) Brasília, DF (3 nov., 2003) p.1.)**



## RESUMO

Esta tese apresenta o desenvolvimento de um protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), sob os aspectos organizacional, operacional e de sustentabilidade e sua aplicação no estado de Santa Catarina. Avaliar este componente é detectar obstáculos e oportunidades e propor estratégias de avanços na gestão. Estudos observaram que os municípios e estados enfrentam problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na infraestrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos. A escolha do referencial teórico de capacidade de governo de Carlos Matus, refletido no conceito de capacidade de gestão e de gestão da assistência farmacêutica, tem por base a necessidade de superar a fragmentação e a redução tecnicista imposta à assistência farmacêutica. Entendendo a capacidade de gestão do CEAF no âmbito estadual como o objeto a ser avaliado, iniciou-se um estudo exploratório composto de entrevistas e grupo focal com usuários, médicos e farmacêuticos. Com base neste estudo desenvolveu-se, de forma participativa, o modelo teórico e o modelo lógico do objeto de estudo. A partir destas construções foi proposto o protocolo de indicadores, o qual foi validado, por meio de oficina de consenso com pesquisadores da área, gestores e outros atores envolvidos. O protocolo foi aplicado no estado de Santa Catarina. Foram coletados dados de 61 unidades municipais e 11 estaduais que desenvolvem atividades do CEAF. Os resultados das análises indicam que a capacidade de gestão estadual necessita avanços em todas as dimensões avaliadas. A aplicação do protocolo e sua análise evidenciou, também, a necessidade de aprimoramento na definição de algumas medidas e parâmetros a serem utilizados. O modelo adotado e o protocolo de indicadores proposto trazem avanços para o referencial da gestão da assistência farmacêutica ao propor uma mudança do foco técnico-logístico, para as ações de natureza estratégica e política, ou aquelas que fomentem maior participação, autonomia e sustentabilidade. O processo de construção participativa amplia o poder da avaliação, tornando-a contextualizada, consistente e legítima, permitindo, desta forma, a proposição de estratégias adequadas e com maiores chances de serem traduzidas em ações.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde. Gestão em Saúde. Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

## ABSTRACT

This doctoral thesis develops a protocol of indicators to assess the management capacity of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF), taking into account organizational, operational and sustainability aspects, as well as its implementation in the state of Santa Catarina, Brazil. Evaluating this Component is identifying obstacles and opportunities and proposing strategies for management advance. Studies have found that municipalities and states face problems related to the pharmaceutical services' development and quality, weaknesses in its infrastructure and operation, in addition to difficulties in meeting the population demand for medicine. The decision of using Carlos Matus's theoretical framework on governance capacity, reflected in the concept of management capacity and pharmaceutical services management, was based on the need to overcome the fragmentation and the technicist reduction imposed upon the pharmaceutical care. Considering the management capacity of the CEAF at the state level as the object to be evaluated, an exploratory study was conducted with interviews and focus groups with users, doctors and pharmacists. Based on this study, the theoretical model and the logical model of the object of study were developed in a participatory way. Based on such reflections, the indicators protocol was proposed and then validated by a consensus workshop with researchers of the field, managers and other stakeholders. The protocol was implemented in the state of Santa Catarina. Data were collected from 61 municipal units and 11 state units developing activities of the CEAF. The results of the analysis indicate that the state management capacity requires advances in all the dimensions evaluated. The implementation of the protocol and its analysis also showed the need for improvement in what concerns the adoption of certain measures and parameters. The model adopted and the indicators protocol proposed bring advances to the framework of pharmaceutical care management by proposing a change in the technical and logistical focus regarding strategic and political actions, or actions that encourage greater participation, autonomy and sustainability. The participatory construction process expands the evaluation's power, making it contextualized, consistent and legitimate, thus allowing proposing strategies that are appropriate and more likely to be translated into actions.

**Keywords:** Health Evaluation, Health Management, Pharmaceutical Assistance, National Policy of Pharmaceutical Assistance and Specialized Component of Pharmaceutical Assistance.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1-1. Linha do tempo com os principais pontos da história da assistência farmacêutica.....	45
Figura 1-2. Fluxo de atividades do CEAF, em Santa Catarina, de acordo com a deliberação CIB 398 de 2014.....	71
Figura 1-3 Triângulo de Matus.....	80
Figura 3-1 Modelo lógico da capacidade de gestão do CEAF em âmbito estadual.....	149
Figura 3-2 Modelo teórico da capacidade de gestão do CEAF em âmbito Estadual.....	150
Figura 4-1 Fluxograma com as unidades convidadas e participantes da coleta de dados em Santa Catarina.....	166
Figura 4-2 Municípios participantes por macrorregião de saúde e porte populacional.....	172
Figura 4-3 Municípios participantes por macrorregião de saúde e porte populacional.....	179





## LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1-1 Valores investidos pelo Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos de 2003 a 2014. ....	50
Gráfico 1-2 Valores investidos (em R\$) pelo Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos no Componente Básico, Estratégico, Excepcional/CEAF e para o tratamento da AIDS de 2003 a 2013.....	51
Gráfico 2-1 Distribuição do investimento para o financiamento de medicamentos do CEAF por usuário. ....	108



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-1 Principais marcos da história dos chamados medicamentos excepcionais.....	56
Quadro 1-2 Grupos de medicamentos, reponsáveis pelo financiamento e características.....	59
Quadro 1-3 Estratégias para viabilização do acesso aos medicamentos do CEAF.....	62
Quadro 1-4 Responsabilidade dos entes federados pelas etapas de programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do CEAF, estratificada por Grupo de medicamentos.....	65
Quadro 1-5 Denominação das unidades de atendimento do CEAF em SC.....	69
Quadro 1-6 Demonstrativo de investimentos da SES/SC nos Programas gerenciados pela DIAF.....	73
Quadro 1-7 Critérios para caracterização de tipos de avaliação em saúde.....	94
Quadro 2-1 Principais pontos levantados na entrevista com o representante da gestão do CEAF/DAF/MS.....	103
Quadro 2-2 Características contextuais das cinco unidades federativas estudadas.....	105
Quadro 2-3 Características das unidades federativas estudadas em relação ao CEAF.....	106
Quadro 2-4. Principais fortalezas e fragilidades do CEAF, segundo os representantes da gestão das unidades federativas participantes.....	109
Quadro 2-5 Perfil dos prescritores convidados a participar do estudo.....	120
Quadro 2-6 Perfil dos usuários convidados a participar do grupo focal.....	121
Quadro 2-7 Perfil dos farmacêuticos entrevistados.....	122
Quadro 2-8 Categorias, subcategorias e afirmações referentes a primeira análise temática: O acesso aos medicamentos do CEAF.....	125
Quadro 2-9 As categorias, subcategorias e exemplos de falas da segunda análise temática: A fragmentação do cuidado e a forma atual de organização e gestão do CEAF.....	128
Quadro 3-1 Elementos do protocolo de indicadores.....	143
Quadro 3-2 Aspectos técnicos, políticos e sociais considerados no desenvolvimento do modelo.....	149
Quadro 3-3 Iindicadores, os dados relativos ao que é medido em cada indicador e a pontuação do protocolo.....	152
Quadro 4-1 Critérios de julgamentos, considerando as faixas de pontuação dos indicadores, a escala de cores e o seu significado.....	167
Quadro 4-2 Critérios de julgamentos, considerando as faixas de pontuação das dimensões, a escala de cores e o seu significado.....	167
Quadro 4-3 Dados relativos aos farmacêuticos participantes desta etapa.....	173
Quadro 4-4 Resultados da avaliação com o juízo de valor para cada indicador e dimensão.....	175



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo  
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico  
CAP – Coeficiente de Adequação de Preços  
CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica  
CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEME - Central de Medicamentos  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica  
CGPLAN - Coordenação Geral de Planejamento e Programação de Investimento  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde  
CIS – Complexo Industrial da Saúde  
CIT - Comissão Intergestores Tripartite  
CMDE - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional  
CMED - Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos  
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS  
CPF – Cadastro de Pessoa Física  
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
DIAF - Diretoria de Assistência Farmacêutica  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
FAPESC - Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
GAAF - Gerência de Administração da Assistência Farmacêutica  
GECIS - Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde  
GETAF - Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica  
GPROS - Gerência de Programação e Suprimento  
Hórus - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões  
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
LME - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do CEAF  
MPAS – Ministério da Previdência Social  
MS – Ministério da Saúde  
MSH - Management Sciences for Health  
NEPAF/UFBA - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal da Bahia  
NESCON/UFMG - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais  
NOB - Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas  
PES – Plano Estadual de Saúde  
PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde  
PMVG - Preço Máximo de Venda ao Governo  
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica  
PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil  
PNCTI/S - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde  
PNM – Política Nacional de Medicamentos  
POP - Procedimento Operacional Padrão  
PPSUS - Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde  
Qualifar-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde  
RH – Recursos Humanos  
RT – Responsabilidade Técnica  
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde  
SC – Santa Catarina  
SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SISMEDEX - Sistema de Gerenciamento e acompanhamento do CEAF

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM - Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRIPS - Trade Related Aspects of Intellectual Rights Including Trade in Counterfeit Goods

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

UNIAFAM - Unidade de Assistência Farmacêutica Municipal

UNIAFARS - Unidade de Assistência Farmacêutica Regional de Saúde

UNICEAF - Unidade do CEAF

URM - Uso Racional de Medicamentos

WHO - World Health Organization





## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>CAPÍTULO 1. MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>39</b>
1. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: DOS IAPs A PNAF .....	41
2. ACESSO A MEDICAMENTOS .....	46
3. OS MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS OU DE ALTO CUSTO..	53
4. O COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	57
4.1 Estratégias para a viabilização do CEAF.....	61
4.2 A execução do CEAF.....	64
4.3 O CEAF em Santa Catarina .....	67
5. DO CONCEITO DE GESTÃO À GESTÃO EM SAÚDE.....	74
5.1 Gestão em Saúde - Histórico e Conceitos .....	76
5.2 Gestão em Assistência Farmacêutica .....	85
6. DO CONCEITO DE AVALIAÇÃO À AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO.....	88
6.1 Avaliação em Saúde.....	91
6.2 Avaliação em Assistência Farmacêutica .....	95
<b>CAPÍTULO 2. ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O CEAF ....</b>	<b>99</b>
1. ESTUDO SOBRE O CEAF E A GESTÃO DESTES COMPONENTES NAS UNIDADES FEDERATIVAS.....	101
1.1. Metodologia .....	101
1.2. Resultados .....	102
1.3. Discussão .....	110
2. ESTUDO SOBRE O CEAF E A GESTÃO DESTES COMPONENTES COM ATORES ENVOLVIDOS EM SANTA CATARINA.....	116
2.1 Metodologia.....	117
2.1.1 Grupo Focal .....	117
2.1.2 Entrevistas.....	118
2.1.3 Análise dos dados.....	119
2.2 Resultados .....	120
2.2.1 O acesso aos medicamentos do CEAF.....	123
2.2.2 A fragmentação do cuidado e a forma atual de organização e gestão do CEAF.....	127
2.3. Discussão .....	130

<b>CAPÍTULO 3. DESENHO DOS MODELOS TEÓRICO E LÓGICO E PROTOCOLO DE INDICADORES.....</b>	<b>139</b>
1. METODOLOGIA.....	141
1.1 Modelo teórico e lógico.....	141
1.2 Elaboração do protocolo de indicadores.....	142
1.2.1 Elementos do protocolo de indicadores.....	142
1.2.2 Oficina de consenso para validação do protocolo de indicadores.....	144
1.2.3 Elaboração dos instrumentos de coleta de dados e definição de diretrizes para a pesquisa de campo.....	145
2. RESULTADOS.....	148
2.1 Modelo teórico e lógico para a avaliação.....	148
2.2 Protocolo de indicadores.....	151
3. DISCUSSÃO.....	155
<b>CAPÍTULO 4. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO CEAR EM SANTA CATARINA.....</b>	<b>163</b>
1. METODOLOGIA.....	165
1.1 Coleta de dados.....	165
1.2 Análise dos dados coletados e emissão do juízo de valor.....	166
2. RESULTADOS.....	168
3. DISCUSSÃO.....	179
<b>CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>197</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>211</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>243</b>
<b>APÊNDICE A –Premissas dos indicadores.....</b>	<b>245</b>
<b>APÊNDICE B – Protocolo de indicadores.....</b>	<b>259</b>
<b>APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>283</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta tese está organizada em cinco capítulos.

No primeiro capítulo é apresentado o marco referencial. Aborda, inicialmente, a assistência farmacêutica, o acesso a medicamentos, e o histórico de formulação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Na sequência traz o referencial teórico de gestão com uma breve contextualização da gestão na saúde, com ênfase para área da assistência farmacêutica. Os conceitos de avaliação e os referenciais adotados, são também, apresentados neste capítulo.

O capítulo 2 apresenta o estudo exploratório, o qual visou aprofundar os conhecimentos sobre o CEAF. Este capítulo é dividido em duas partes. A primeira aborda o estudo exploratório sobre o CEAF e a gestão deste componente nas unidades federativas. Na segunda, o estudo exploratório com os atores envolvidos em Santa Catarina.

Tendo como base os estudos exploratórios foram propostos os modelos teórico e lógico, para definição das categorias de análise e o protocolo de indicadores, apresentados no capítulo 3. A metodologia utilizada, incluindo a definição dos instrumentos de coleta de dados e as diretrizes para a pesquisa de campo, assim como a discussão sobre o processo de construção, são também apresentadas neste capítulo.

A aplicação do protocolo de indicadores no estado de Santa Catarina e a análise dos dados coletados para a emissão do juízo de valor - a avaliação em si - é apresentada no capítulo 4.

As considerações finais correspondem ao capítulo 5 e, por fim, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas.

Este projeto foi aprovado nas chamadas públicas:

- MCTI/CNPq N° 14/2013 - Universal / Universal;
- MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N ° 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde;
- FAPESC/MS-CNPq/SES-SC – 03/2010 do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS).

O desenvolvimento do projeto foi autorizado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS) e pela Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC).

Resultados parciais deste estudo e de outros, desenvolvidos em conjunto com membros do grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, relacionados ao tema em estudo, foram apresentados nos seguintes eventos científicos:

- 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (2013);
- 9º International Congress of Pharmaceutical Sciences (2013);
- 6º Simpósio Nacional de Assistência Farmacêutica (2013);
- Fórum Nacional de Educação Farmacêutica (2013);
- XVII Congresso Paulista de Farmacêuticos (2013);
- 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (2013);
- II Congress of the Brazilian Association of Pharmaceutical Sciences (2014);
- 74º World Congress of FIP Pharmacy & Pharmaceutical Sciences (2014);
- 7º Simpósio Nacional de Assistência Farmacêutica (2013);
- 75º World Congress of FIP Pharmacy & Pharmaceutical Sciences (2015).

Resultados parciais desta tese são apresentados nos artigos:

- ROVER, M. R. M. et al. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n. 2, p. 110–116, 2016.
- ROVER, M. R. M. et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: A percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em um estado do sul do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 691-711, 2016.

- ROVER, M. R. M. et al. Modelo Teórico e Lógico para a avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Gestão e Saúde**, v. 7, n. 1, p.191-210, 2015.
- ROVER, M. R. M. et al. A organização do acesso aos medicamentos de alto preço no Brasil - **Cad. Saúde Pública** (submetido).

Por fim, como parte dos meus estudos de doutoramento, participei como coautora:

- LEITE, S. N. et al. Gestão da Assistência Farmacêutica. Eixo 2: Serviços Farmacêuticos. Módulo transversal: Unidade 1: Gestão da assistência farmacêutica -. 2013.
- VARGAS-PELÁEZ, C. M. et al. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – A scoping study. **Social Science & Medicine**, v. 121, p. 48–55, 2014.
- MANZINI, F. et al. Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: A experiência em Santa Catarina 2015. Florianópolis/SC, Brasil: Editora da UFSC, 2016.
- HAMES, M. A. Y et al. Usuários de hipolipemiantes e a rede de saúde em uma capital do sul do Brasil. **Gestão e Saúde**, p. in press, 2016.

## INTRODUÇÃO

Os cuidados médico-assistenciais providos pelo poder público devem ser embasados em princípios constitucionais explícitos que formam a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre esses princípios estão o acesso universal e a atenção integral. Nesse contexto, a assistência farmacêutica, garantida como direito pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), é um dos determinantes para a resolutividade das ações em saúde (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Em 1998 a Política Nacional de Medicamentos (PNM) estabeleceu as responsabilidades das três esferas de governo no âmbito do SUS para a garantia do acesso da população a medicamentos, e que os gestores, em parceria, deveriam concentrar esforços no sentido de promover as ações balizadas pelas oito diretrizes propostas: adoção de uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos (URM); desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (RH). A reorientação da assistência farmacêutica fundamenta-se, entre outros, na descentralização da gestão (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A partir de 2004, estas ações passaram a ser pautadas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, a qual entre outros, estabeleceu que a assistência farmacêutica deve ser compreendida como: uma política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de RH; um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da

melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Em 2006, o estabelecimento dos *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão* (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b) visou à efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para alcançar maior equidade e efetividade, eficiência e qualidade dos resultados em saúde. Em 2007 as ações de saúde foram alocadas na forma de blocos de financiamento específicos de acordo com seus objetivos e características. O bloco da assistência farmacêutica foi dividido em três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A partir da publicação da Portaria nº 2.981 de 2009 o CMDE foi substituído pelo CEAF (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c).

Apesar da PNM e da PNAF terem incorporado as prerrogativas do SUS, constituindo-se em uma estratégia importante para a consolidação do sistema de saúde, persiste no país avanços lentos no desenvolvimento dos serviços farmacêuticos (BOING et al., 2013; BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011; MANZINI et al., 2016; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010a). Neste contexto, como em todos os serviços e programas do SUS, e em todos os níveis da assistência, os avanços e os problemas identificados estão fortemente relacionados à gestão.

Observa-se, também, que os dados relacionados à assistência farmacêutica são fragmentados ou inexistentes, dificultando uma análise mais abrangente do setor. Somado a isso, a área é apontada como uma das responsáveis pelo aumento dos gastos em saúde, destacando-se o CEAF. Este componente é o mais sensível da PNAF, por contemplar os medicamentos de preços mais elevados postos à disposição da população pelo SUS e por ser o componente de incorporação de tecnologias em saúde. Em seu âmbito é que se estabelece a maior parte das tensões entre o aumento dos gastos, a pressão da demanda e a competição comercial (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Este cenário de preocupação com o acesso da população aos medicamentos de alto preço não é exclusiva do nosso país (BEVAN; HELDERMAN; WILSFORD, 2010; FONDO NACIONAL DE RECURSOS, 2010; LU; WILLIAMS; DAY, 2007).

Vale, ainda, destacar que esta pesquisa partiu do pressuposto de que os constrangimentos que a gestão da assistência farmacêutica enfrenta têm como fator condicionante o predomínio de uma concepção minimalista de assistência farmacêutica, que continua orientando a organização dos serviços farmacêuticos no sistema público de saúde. A existência de uma visão mais procedimental privilegia sua condição de fornecedora de medicamentos, constrangendo sua natureza estratégica para a promoção do URM (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

A preocupação com o desenvolvimento de referências e estratégias para a gestão das políticas, sistemas e serviços de saúde, juntamente com a preocupação no desenvolvimento da área da assistência farmacêutica, são fortemente expressas nos documentos de recomendações de diversos órgãos, como na Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil (ABRASCO et al., 2011), na Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a) e no relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Para responder a esses desafios, segundo Lugones (1999), a investigação de serviços de saúde cumpre um papel fundamental. Este tipo de pesquisa possibilita a identificação de problemas relevantes e a provisão de informação confiável, constituindo uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade dos serviços.

Desta forma, para a implementação de práticas que consolidem a assistência farmacêutica nos serviços de saúde, são necessários estudos capazes de fornecer subsídios para o aprimoramento contínuo. Portanto, a integralidade dos tratamentos medicamentosos é meta cujo cumprimento pode ser atingido através de um conjunto de ações em saúde e sua constante avaliação e readequação à realidade local, para que assim, o cumprimento dos princípios do SUS seja efetivado.

A descentralização dos serviços demanda análises sobre as condições de estados e municípios para executar as ações, atingir os resultados esperados e, principalmente, de sustentar os resultados atingidos. Isso justifica a escolha de recorte do objeto desta avaliação, isto é, a capacidade de gestão e não a gestão em si.

Para tal, foi realizado um estudo de desenho descritivo transversal, sendo a posição do avaliador externa (à gestão), porém atuante em uma



unidade do CEAF, o que contribuiu para o processo de avaliação, uma vez que tem conhecimento sobre as dinâmicas de funcionamento do componente. A pesquisa contemplou dados primários e secundários. Foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos, uma vez que, a combinação de abordagens é indicada para avaliar programas de saúde de forma mais abrangente. A abordagem quantitativa foi utilizada para realizar aproximações com o objeto e na fase final para cálculo dos indicadores, e a abordagem qualitativa para aprofundamento dos significados (ANDERSON, 2010; CALVO; HENRIQUE, 2006; TANAKA; MELO, 2001).

Cabe destacar, que a metodologia adotada não teve como propósito concluir se a gestão é boa ou ruim, mas, sim, analisá-la como processo que se encontra em diferentes estágios de evolução, na perspectiva de apontar o quanto a capacidade de gestão do CEAF avançou ou deve avançar para atingir a imagem-objetivo (GUIMARÃES *et al.*, 2004), visando explicitar os problemas para que estes possam ser trabalhados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer nº 712.031.

### **Objetivos:**

Esta tese teve por objetivo geral desenvolver e aplicar um protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão estadual do CEAF sob os aspectos organizacional, operacional e de sustentabilidade.

Para tanto foram traçados os objetivos específicos:

- Aprofundar os conhecimentos sobre o CEAF, incluindo as experiências e expectativas dos atores envolvidos neste componente.
- Elaborar e validar o modelo lógico e o modelo teórico do objeto a ser avaliado: capacidade de gestão estadual do CEAF.
- Desenvolver e validar um protocolo de indicadores para o objeto na realidade do estado de Santa Catarina.
- Avaliar a capacidade de gestão do CEAF no estado de Santa Catarina.



## **Capítulo 1. MARCO REFERENCIAL**



## 1. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: dos IAPs a PNAF

Autores que abordam a história das políticas públicas e dos mecanismos de acesso a medicamentos no Brasil apontam o estabelecimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) como marco inicial (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2008). Analisando a sua provável relação com a assistência farmacêutica verifica-se que, em geral, constava a possibilidade de compra, pelo beneficiário, de alguns medicamentos por preços especiais, menores do que os praticados no mercado (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1923).

Posteriormente, ações pontuais, principalmente de fornecimento de medicamentos, são referidas. Em 1967 foi autorizada a prestação da assistência farmacêutica pela previdência social em diferentes modalidades, como fornecimento direto de medicamentos, financiamento parcial ou total para aquisição e ação em consignação de medicamentos a empresas, mediante convênios. Também foi determinada a possibilidade de copagamento por parte dos beneficiários e a participação dos órgãos públicos federais no fornecimento de medicamentos por meio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (SANTOS, 2011).

A partir de 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), como um órgão ligado à presidência da República, esta se tornou responsável pelo fornecimento governamental de um elenco mínimo de medicamentos para a parcela mais carente da população. Em 1974 a CEME foi transferida para o Ministério da Previdência Social e, em 1985, passou a ser parte do Ministério da Saúde, mas suas funções foram reduzidas somente à aquisição e distribuição de medicamentos (SANTOS, 2011).

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas, em todo o mundo, por um forte debate ao redor das políticas sociais, da qual faz parte a política de saúde, e pela implantação de propostas de reforma e reestruturação nos campos social e sanitário (LUGONES; BERMUDEZ; BONFIM, 1999).

No Brasil, na década de 1980, no contexto da crise econômica que o país atravessava, iniciou-se o processo de descentralização no âmbito da saúde, com transferência de recursos aos estados e municípios, os quais

deveriam criar os conselhos municipais ou estaduais de saúde e elaborar os planos de saúde correspondentes (COSTA, 2002).

Também na década de 1980, como resultado de um amplo debate que contou com a participação da sociedade civil organizada, a comunidade técnico-científica e a esfera governamental, surgiu o movimento da reforma sanitária. Este movimento deu origem à proposta do SUS. Os cânones do novo sistema de saúde foram introduzidos na Constituição Política proclamada em 1988, sendo reconhecidos como direito de todos à universalidade do acesso, a equidade na atenção e a integralidade da assistência em saúde (LEVINO; CARVALHO, 2011).

Em 1988 também foi realizado o Iº Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, do qual surgiram propostas como a inserção integral da assistência farmacêutica no SUS, presença do farmacêutico em todas as fases (da programação a dispensação), desenvolvimento de RH e estímulo à produção nacional de medicamentos (SANTOS, 2011).

Dois anos mais tarde foi promulgada a Lei nº 8.080, conhecida como a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990a), e a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b), que estabeleceram as bases operacionais definitivas para o processo de descentralização, hierarquização e controle social, previstos na nova Constituição Política.

Por muitos anos, parcelas significativas da população, especialmente aquelas com doenças crônicas ou raras, que necessitavam de medicamentos de uso ambulatorial com preço elevado ou por períodos longos, não tinham acesso aos mesmos. O crescente processo de descentralização das ações, em ambiente de amplo debate sobre a assistência à saúde no país não foi acompanhado de mudanças imediatas na área da assistência farmacêutica. As Normas Operacionais estabeleceram responsabilidades e formas de financiamento, considerando, especificamente em relação à assistência farmacêutica, apenas os aspectos de aquisição e distribuição, sendo que até 1997 a assistência farmacêutica no país continuava sob gerenciamento da CEME. Portanto, as ações relacionadas à assistência terapêutica integral ocorreram de forma desarticulada e descompassada das demais ações de saúde (BLATT, 2005).

Segundo Kornis e colaboradores (2008), no início da década de 1990 há a regulamentação de ações que privilegiam o setor privado de produção de medicamentos, com a regulamentação do direito de propriedade industrial, estabelecido na Lei nº 9.279 (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1996) o qual atendia às exigências do acordo Trade Related Aspects of Intellectual Rights Including Trade in Counterfeit Goods (TRIPS) e revogava o Decreto-lei nº 1.005 (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1969), o qual abolia por completo o patenteamento para a área farmacêutica.

Ao final da década, políticas voltadas para o atendimento das necessidades da população começam a ser priorizadas pelo governo e, em 1998, com a Portaria nº 3.916 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) foi instituída a PNM, cujo propósito foi a priorização do acesso universal aos medicamentos considerados essenciais, a garantia da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos e a promoção do seu uso racional (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

A incorporação da assistência farmacêutica no SUS ocorreu por meio de programas isolados e desarticulados para a disponibilização de medicamentos, em alguns casos ocorrendo duplicidades ou deixando alguns sem cobertura. Outros problemas que surgiram decorreram da falta de clareza da regulamentação do financiamento e sobre o aumento dos serviços relacionados ao fornecimento de medicamentos (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

A criação do DAF/MS no Ministério da Saúde, no início de 2003, e a Iª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica ao final do mesmo ano, coloca a assistência farmacêutica no contexto das ações de saúde. Como um dos resultados, a aprovação da Resolução 338/CNS/2004, a qual coloca a PNAF como parte integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Em 2006, a Portaria GM/MS nº 399 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b) define entre os cinco blocos de financiamento do SUS, um bloco específico para a Assistência Farmacêutica. O bloco da Assistência Farmacêutica foi dividido, em 2007, em três componentes: CBAF para aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, para financiamento de medicamentos para doenças de perfil endêmico e o

CMDE, até então caracterizado pelo fornecimento de medicamentos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornavam excessivamente caros para serem suportados pela população (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A necessidade, principalmente, de promover ampliação do acesso e a integralidade dos tratamentos, cujas limitações na estrutura, conceitos envolvidos e forma de financiamento do modelo até então vigente não permitia, culminou na substituição do CMDE pelo CEAF e na publicação da Portaria nº 2.981/2009, a qual define o CEAF como “uma estratégia de acesso a medicamentos, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c).

Garantida como direito constitucional, a assistência farmacêutica gerou crescente impacto e controvérsias ao longo dos anos. Apenas em 2011, o Decreto Presidencial nº 7.508, estabelece as formas de acesso aos medicamentos no SUS (BRASIL, 2011a). No mesmo ano a Lei nº 12.401 dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b).

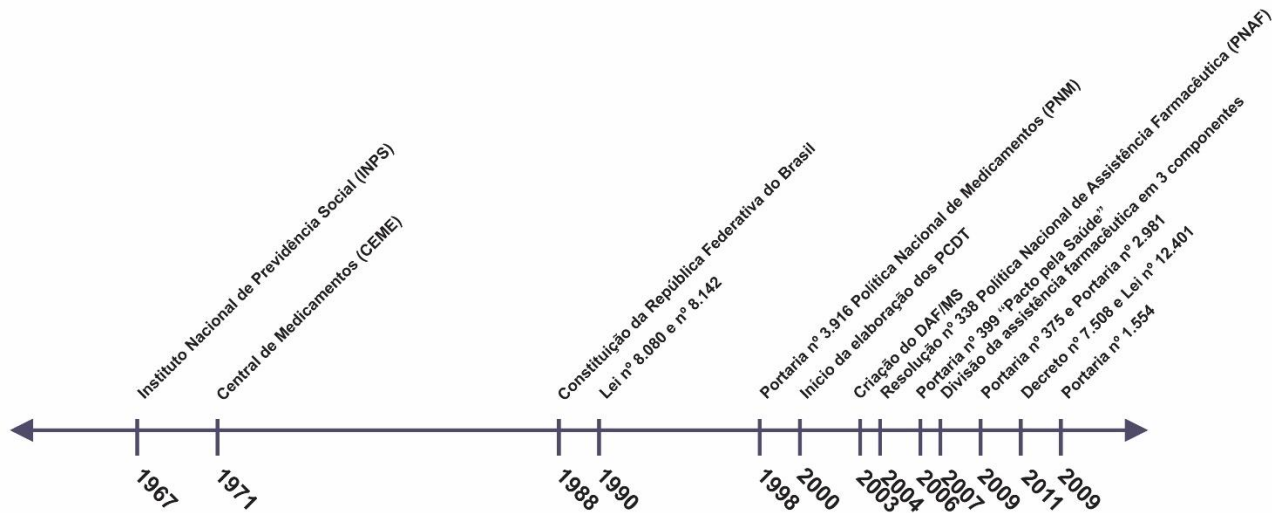
Mais recentemente, a Portaria GMS/MS nº 1.554 de 2013 passa a ser o novo marco regulatório do CEAF. Esta Portaria mantém os conceitos originais, mas inova em alguns aspectos como inclusão de novos medicamentos, transferência de medicamentos para o CBAF e a atualização dos valores de ressarcimento de um grupo de medicamentos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d).

No Brasil, a assistência farmacêutica vem sendo implementada pelos municípios, estados e União, onde as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartites (CIB) acontecem com o objetivo de ampliar o financiamento, de atualizar os elencos dos medicamentos, de estabelecer as formas para sua gestão e execução (descentralização e pactuação de responsabilidades), de definir as questões relacionadas à sua estruturação e qualificação, e também para estabelecer um novo ordenamento na forma de acesso aos medicamentos.

Os principais pontos históricos do acesso a medicamentos no Brasil, estão apresentados na Figura 1-1.



Figura 1-1. Linha do tempo com os principais pontos da história da assistência farmacêutica.



Fonte: Elaborada pela autora.

## 2. ACESSO A MEDICAMENTOS

Uma definição de acesso a medicamentos foi proposta por Bermudez e colaboradores (1999 apud Oliveira et al., (2002)), como a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita, no momento e lugar requeridos pelo usuário (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

Esta abordagem tem como núcleo conceitual as dimensões propostas por Penchansky e Thomas (1981) onde o acesso a medicamentos é compreendido como o resultado da interação entre diversos determinantes, os quais podem ser organizados em pelo menos cinco dimensões:

- *Disponibilidade*: relação entre volume e tipo de serviços disponíveis e volume e tipo de necessidades do usuário.
- *Acessibilidade*: expressa a relação entre a localização dos suprimentos de serviços de saúde e a localização do usuário.
- *Adequação*: relação entre a forma como os recursos são organizados para acolher os usuários e a capacidade do usuário em se adequar a esses fatores, e a percepção sobre serem apropriados.
- *Capacidade de pagamento*: refere-se à relação entre os custos dos serviços e a capacidade do usuário de pagar pelo serviço ou a garantia de provisão.
- *Aceitabilidade*: relação das atitudes dos usuários sobre as características pessoais e práticas dos provedores de serviços, e a atitude dos provedores quanto às características pessoais dos usuários.

Um ponto de convergência entre os vários estudiosos do assunto é que o acesso à saúde não pode ser definido apenas com base na existência de serviços ou produtos, mas deve considerar a real utilização dos mesmos (SOARES, 2013). Da mesma forma, o acesso ao cuidado inefetivo, assim como a existência de serviços efetivos aos quais não se tenha acesso, não agrega valor à saúde (LUIZA; BERMUDEZ, 2004).

A prática, no sistema de saúde brasileiro, tem circunscrito os medicamentos às atividades de aquisição e distribuição, ou seja, a garantia de acesso entendido como disponibilidade, sem compromisso com a racionalidade da prescrição e do uso (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005). Da mesma forma, a maior parte dos estudos que tratam do tema acesso a medicamentos não avalia os impactos e o uso, apenas a sua disponibilidade.

Entretanto, deve-se considerar também que, apesar da obtenção do produto não garantir nem o uso adequado, nem os resultados positivos em saúde, é o primeiro passo para que isso aconteça. Nesse sentido, se os medicamentos não estiverem disponíveis através dos serviços públicos de saúde, em quantidades suficientes e adequados para atender o perfil epidemiológico da população, poderá haver redução da resolutividade do sistema, além de agravamento do quadro clínico dos usuários que, na maioria das vezes, passam a exigir procedimentos de maior complexidade (BERMUDEZ, 1995).

Os motivos que explicam a falta dos medicamentos podem ser muitos e não são apenas o resultado de limitações financeiras e orçamentárias e de falta de infraestrutura e RH, mas refletem, também, a atitude e a conduta dos governos, dos médicos, dos dispensadores, dos consumidores e da própria indústria farmacêutica. Para assegurar uma provisão adequada de medicamentos seguros, eficazes, que sejam objeto de uso racional, cabe ao Estado (União, Estado e Município) aplicar uma política de medicamentos como parte integrante de sua política de saúde.

A disponibilidade regular de medicamentos nos estabelecimentos de saúde aumenta a credibilidade dos serviços prestados, aumenta também a resolutividade, diminui o retorno e a procura por serviços de saúde, desonerando e diminuindo os custos da assistência, pois o medicamento é um dos instrumentos que dá suporte às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (NASCIMENTO JÚNIOR, 2000).

Dados da Organização Mundial da Saúde (HOGERZEIL; MIRZA, 2011) estimam que pelo menos um terço da população mundial não tem acesso regular a medicamentos e, ainda, que a inequidade no acesso mostra uma clara correlação com o nível econômico dos países, principalmente em relação aos medicamentos para as doenças crônicas.

Segundo Boing e colaboradores (2011), o Brasil está entre os maiores consumidores mundiais de medicamentos e, mesmo assim, a iniquidade no acesso é considerada relevante no país. Em outras palavras, apesar dos avanços alcançados, a realidade brasileira ainda se caracteriza por uma situação desigual no que diz respeito ao acesso e ao URM (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). Segundo estudo de Garcia e colaboradores (2013), no país há uma concentração dos gastos com medicamentos entre as famílias de maior renda e para as famílias de menor renda, apesar da redução do peso do gasto com medicamentos sobre sua renda, este ainda é o principal componente dos gastos com saúde.

Segundo Bermudez e colaboradores (2004), os reduzidos investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento das indústrias nacionais e o impacto da proteção de patentes de medicamentos são também fatores que dificultam o acesso aos medicamentos.

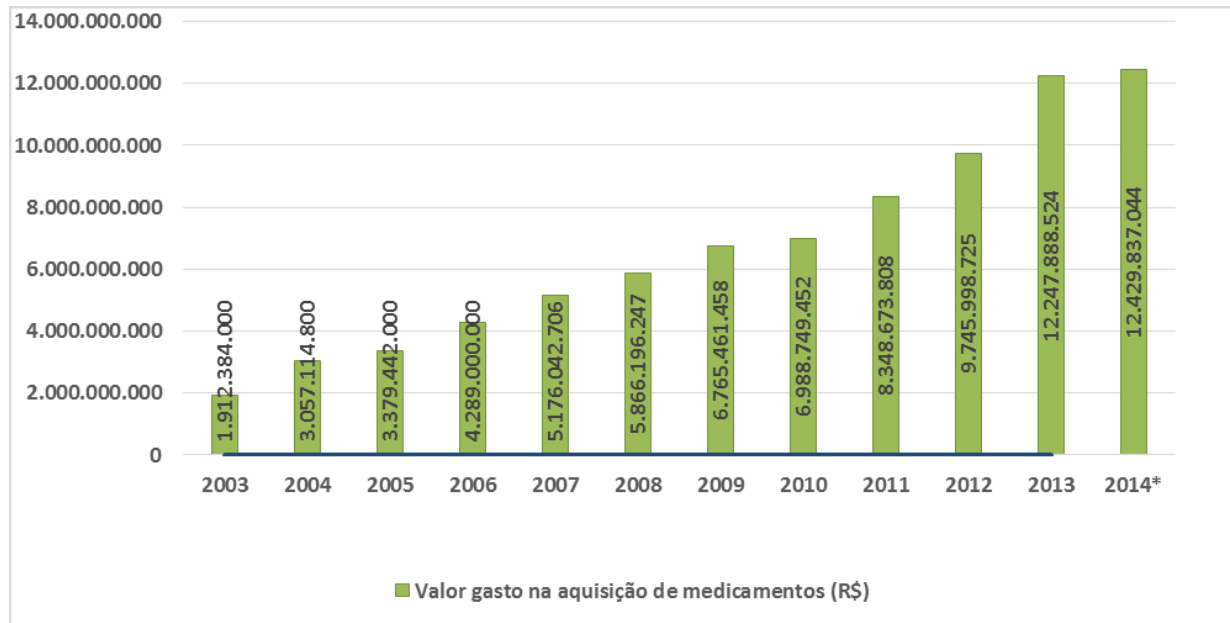
E mesmo em países que dispõem de sistemas públicos de saúde, com cobertura universal, a questão do acesso ao medicamento constitui problema de difícil solução, com variadas formas de abordagem. O mais frequente é a proteção de grupos sociais mais vulneráveis (idosos, desempregados, doentes crônicos e de tratamento oneroso etc.), que recebem medicamentos gratuitamente, desde que prescritos por serviços médicos, enquanto um sistema de seguro (público ou privado) cobre as despesas, em percentuais variáveis. Ainda há a preocupação de que evidências científicas justifiquem a utilização dos medicamentos (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014).

Especialmente em relação aos medicamentos de alto preço, objeto em constante debate, inclusive nos países desenvolvidos (BEVAN; HELDERMAN; WILSFORD, 2010; LU; WILLIAMS; DAY, 2007), estratégias como a criação de comissões técnicas (por ex. a *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* – CADTH no Canadá e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC no Brasil) para a avaliação da eficácia, segurança e custo-efetividade e a criação de guias ou protocolos de tratamento têm sido estabelecidas em muitos países (BEKKERING; KLEIJNEN, 2008; BRASIL, 2011b; GIOVANELLA et al., 2008; MASSOL; PUECH; BOISSEL, 2008; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014).

As limitações no acesso também se tornam evidentes pelo aumento da demanda judicial para a garantia do acesso aos medicamentos (REVEIZ et al., 2013; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014). No Brasil, em 2006 o Ministério da Saúde destinou mais de 7 milhões para atender despesas com ações judiciais, sendo que esse orçamento atingiu mais de 335 milhões em 2012 (SCTIE/MS Fonte: FNS e CGPLAN/SCTIE/MS).

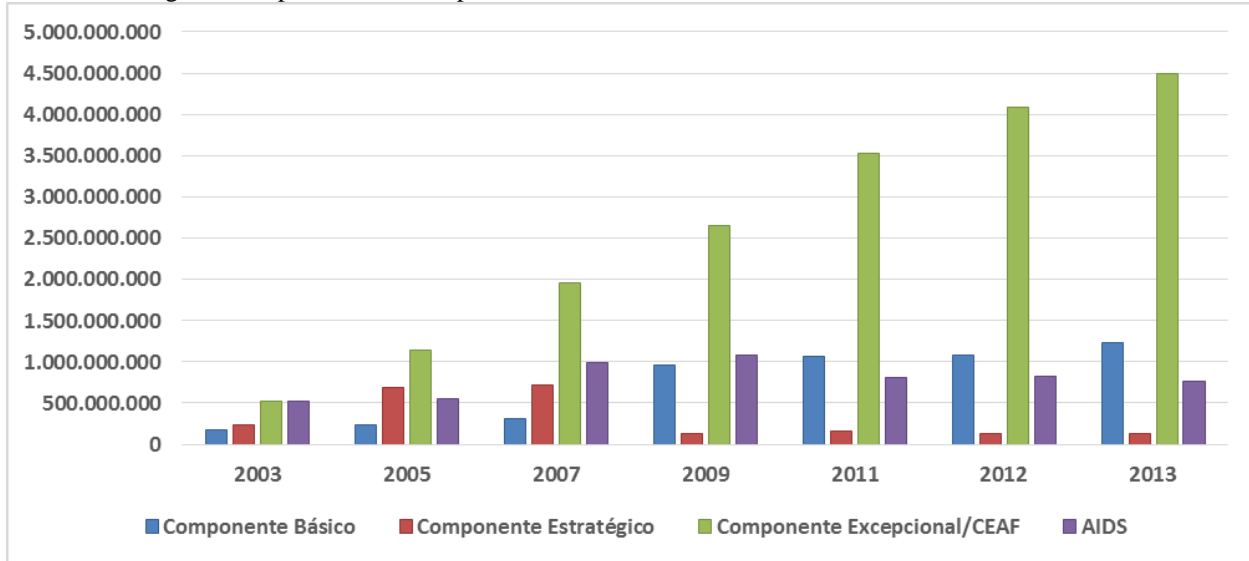
Nas duas últimas décadas têm sido observado um fenômeno mundial de aumento dos gastos públicos com saúde provocados, entre outros, pelo alto preço dos medicamentos. No Brasil, o envelhecimento da população, a constante entrada de novos produtos no mercado, e a ampliação das coberturas com a evolução dos componentes da assistência farmacêutica, têm aumentado consideravelmente os gastos com a saúde, como é possível observar nos Gráficos 1-1 e 1-2.

Gráfico 1-1 Valores investidos pelo Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos de 2003 a 2014.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS) e CGPLAN/SCTIE/MS.

Gráfico 1-2 Valores investidos (em R\$) pelo Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos no Componente Básico, Estratégico, Excepcional/CEAF e para o tratamento da AIDS de 2003 a 2013.



Fonte: FNS e CGPLAN/SCTIE/MS.

Como já previsto, os maiores valores investidos foram no Componente Excepcional/CEAF, por contemplar os medicamentos de preço mais elevado. A partir de 2009, com a implantação do CEAF, é possível observar que o investimento nos medicamentos deste componente é ampliado, chegando a valores maiores do que a soma dos investimentos no Componente Básico, Estratégico e medicamentos para HIV/AIDS juntos.

Em 2006 e 2011 foram criados, respectivamente, o Programa Farmácia Popular do Brasil e o Programa Saúde Não Tem Preço, estratégias para ampliação da disponibilidade e acessibilidade aos medicamentos para as doenças mais prevalentes da população. Os investimentos com esses programas também cresceram, passando de 134 milhões em 2007 para 1,8 bilhões em 2013.

Além de fatores como financiamento, sistemas de abastecimento e de saúde confiáveis, o uso racional está entre os principais fatores que influenciam o acesso a medicamentos (CAMERON et al., 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Na gestão dos medicamentos, a busca pela promoção do uso racional no sistema de saúde brasileiro deve passar, antes, pela avaliação de sua organização, como parte indissociável do modelo de atenção à saúde. O desafio fundamental é transformar o investimento nos medicamentos em incremento à saúde, na perspectiva do SUS (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005). E nesse sentido, o foco dos serviços farmacêuticos deverá estar centrado no usuário e não nas atividades logísticas como fim em si mesmas. Com esta mudança de foco será possível avaliar os resultados alcançados pela assistência farmacêutica e alcançar o objetivo do uso racional.

Além dos problemas já elencados, a forma de organização e gestão dos serviços e recursos também influenciam o acesso, pois modulam a capacidade do usuário em se adequar as regras, formatos e estruturas, assim como, a percepção do usuário em relação aos mecanismos existentes. Estes aspectos são abordados com maior profundidade no capítulo 2.



### 3. OS MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS OU DE ALTO CUSTO

O histórico do fornecimento público dos medicamentos de “alto custo” teve início a partir da metade da década de 1970. Por pressões de associações de usuários que buscavam acesso a estes tratamentos, bem como por médicos vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que queriam tratar os seus usuários, a aquisição de medicamentos de alto custo começou a ser realizada pela CEME (SILVA, 2000).

Entretanto, apenas em 1982 houve a regulamentação para a aquisição, em caráter excepcional, de medicamentos que não constassem na RENAME, dependendo da gravidade ou natureza da doença. Nesta época o financiamento desses medicamentos era responsabilidade do INAMPS. Onze anos mais tarde, desconstruiu-se o conceito inicial do que era entendido, à época, por medicamentos excepcionais, estabelecendo a primeira lista de medicamentos, a qual foi ampliada ao longo do tempo.

A partir de 2000, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) iniciou uma série de consultas públicas com a finalidade de definir os PCDT para as doenças em que estivessem indicados tratamentos com os medicamentos excepcionais. Os protocolos foram construídos com o objetivo estabelecer os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis, e os mecanismos de acompanhamento e verificação de resultados dos tratamentos (PICON; BELTRAME, 2002).

Um dos principais marcos regulatório dos medicamentos excepcionais foi a publicação da Portaria GM/MS nº 1.318/2002, a qual, entre outros, ampliou o elenco e definiu os valores de repasse do Ministério da Saúde aos estados para cada procedimento padronizado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Além do termo “medicamentos excepcionais” surgiu, nessa mesma época, o conceito de “medicamentos de alto custo” utilizado e interpretado de diversas maneiras.

Ao se analisar o Manual Técnico dos PCDT observa-se que este usa, pela primeira vez, o conceito de Programa de Medicamentos Excepcionais (PICON; BELTRAME, 2002). Os medicamentos deste

Programa eram aqueles de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população. Salienta-se que, até aquele momento, o Ministério da Saúde não havia publicado nenhuma legislação específica para o financiamento desses medicamentos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

A responsabilidade pela aquisição e dispensação era dos gestores estaduais. Naquele momento, implicitamente, criou-se a figura do cofinanciamento entre a União e os estados, visto que os valores repassados pelo Ministério da Saúde não eram exatamente aqueles praticados no momento da aquisição. Daí por diante, o que se percebe é um grande dilema entre a proporcionalidade de participação entre as esferas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

O cumprimento pelas Secretarias Estaduais da Saúde (SES) da Portaria GM/MS nº 1.318/2002 mostrou-se inviável no curto prazo. Além do entrave econômico provocado pela ampliação de quase 50% dos medicamentos, para a organização da dispensação conforme o PCDT era necessária a identificação de Centros de Referência, treinamento dos profissionais, bem como infraestrutura para a programação, aquisição e distribuição (CERQUEIRA, 2003).

Segundo levantamento feito pelo CNS junto às SES, em janeiro de 2004 o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional atendia a cerca de 330 mil usuários cadastrados. Em 2003 foram gastos aproximadamente um bilhão de reais com a aquisição destes medicamentos, destacando-se que os Estados financiaram cerca de 50% deste total, apesar deste Programa não ser originariamente de financiamento estadual, e de não ter havido nenhuma definição ou pactuação de contrapartida (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

O documento referente a este levantamento aponta, também, para diferenças na forma de organização do Programa no país, bem como dificuldades gerenciais nas SES, que não contavam com estrutura operacional, logística e de atendimento suficiente para suportarem o crescimento da demanda. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a reestruturação das coordenações estaduais de assistência farmacêutica, não ocorreu no espaço de tempo previsto pelo Ministério da Saúde, recaindo o ônus da situação do não atendimento e

disponibilização dos medicamentos às SES (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

Segundo Acúrcio e colaboradores (2009) o programa atendeu, entre os anos de 2000 e 2004, 611.419 usuários, com predominância de adultos e idosos jovens (30-69 anos). Destes, 41,88% pertenciam à região Sudeste, 29,66% à Nordeste, 11,01% à Sul, 10,01 à Norte e 7,45 a Centro-Oeste. Neste período os diagnósticos mais prevalentes entre os atendidos eram: doença renal, esquizofrenia, osteoporose, hipercolesterolemia e hepatite viral crônica C.

Atentando para a diversidade de formas de gestão e falta de regras nacionais mínimas para o gerenciamento dos medicamentos excepcionais, o Ministério da Saúde, em pactuação na CIT, revisou a Portaria GM/MS nº 1.318/2002 e, por meio da Portaria GM/MS nº 2.577/2006, aprovou o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a), Essa portaria definiu regras referentes à execução do CMDE e as responsabilidades para cada gestor do SUS, porém, sem conceitos claramente definidos para cada etapa.

O quadro geral delineado a partir dos levantamentos anteriormente citados, bem como alguns estudos de casos específicos realizados por Beltrame (2002), Cerqueira (2003) e Blatt (2005) ressaltam a importância da avaliação deste componente, como forma de contribuir para o seu aprimoramento. Os principais marcos da história dos chamados medicamentos excepcionais ou de “alto custo”, estão sintetizados no Quadro 1-1.

Quadro 1-1 Principais marcos da história dos chamados medicamentos excepcionais.

Ano	Documento	O que estabelece
1982	Portaria nº 03/MPAS/MS/MEC	Início da autorização, em caráter excepcional, da aquisição e utilização de medicamentos que não constassem na RENAME por meio de prescrição justificada e homologada.
1993	Portaria SAS/MS nº 142	A primeira lista de medicamentos considerados excepcionais - ciclosporina e eritropoetina humana.
1996	Portaria SAS/MS nº 204 e Portaria GM/MS nº 2.043	Amplia o elenco para 32 fármacos em 55 apresentações farmacêuticas diferentes. Implanta o Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC), um marco importante para a gestão e controle dos recursos para financiamento destes medicamentos.
1999	Portaria SAS/MS nº 409 e Portaria GM/MS nº 1.310	Estabelece que os procedimentos para o fornecimento desses medicamentos instituindo o controle individualizado dos usuários pelo CPF, o uso do CID-10, entre outros parâmetros hoje conhecidos como atributos para os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM). Institui uma comissão de assessoria farmacêutica à SAS, objetivando estabelecer critérios técnicos para a seleção, inclusão, exclusão e substituição de medicamentos excepcionais.
2002	Portaria GM/MS nº 1.318	Amplia o elenco e estabelece que para a dispensação dos medicamentos devem ser utilizados os critérios e parâmetros definidos nos PCDT publicados pelo Ministério da Saúde. Define também os valores de repasse do Ministério da Saúde aos estados para cada procedimento padronizado.
2003	-	Mudança na modalidade de financiamento – parte dos recursos investidos pelo Ministério da Saúde, parte eram empregados na forma de aquisição descentralizada e parte na aquisição centralizada.
2006	Portaria GM/MS nº 2.577	Aprova o CMDE, para tratamento de agravos inseridos nos seguintes critérios: a) doença de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; e b) doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso prolongado, seja um tratamento de custo elevado desde que: 1) haja tratamento previsto no nível da atenção básica, ao qual o usuário apresentou intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou 2) o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada.

Fonte: Elaborado pela autora com base em (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

#### **4. O COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A construção do CEAF foi iniciada em dezembro de 2008, culminando com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c). De acordo com tal prerrogativa legal o CEAF substituiu, em 1º de março de 2010, o antigo CMDE.

Essa construção foi motivada, principalmente, pela necessidade da ampliação de cobertura para medicamentos já padronizados; pela necessidade de incorporar medicamentos, seja para ajustar as linhas de cuidado para as doenças já tratadas ou para ampliar o escopo de doenças a serem contempladas e; pela necessidade de ampliar o acesso aos medicamentos. Necessidades essas, oriundas da sociedade em geral, do CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do próprio Ministério da Saúde e por meio do crescente número de ações judiciais individuais para fornecimento de medicamentos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Em seu conceito o CEAF é definido como uma estratégia de acesso a medicamentos organizado em linhas de cuidado. Linhas de cuidado, segundo as diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas, constituem-se em políticas de saúde que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, permitindo não só a condução oportuna dos usuários pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida (BRASIL, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2008).

Ao estabelecer o CEAF, o DAF objetivou construir um componente que permitisse garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, fortalecendo a importância da revisão constante dos PCDT. Essas ações não seriam possíveis, pelo menos na amplitude que ocorreram, devido às limitações na estrutura, conceitos e na forma de financiamento do modelo anteriormente vigente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Nesse novo modelo foi apontada a necessidade de ações integradas, tais como, aproximação com as áreas assistenciais do SUS;

integração com os outros componentes da assistência farmacêutica; articulação com a Política do Complexo Industrial da Saúde para o desenvolvimento de produtos que possam atender as linhas de cuidado; aproximação com o conteúdo da RENAME e com as recomendações do Formulário Terapêutico Nacional.

Nesse contexto a revisão do CBAF ocorreu de forma articulada com a construção do CEAF, uma vez que para muitas doenças, a primeira linha de cuidado deve ser garantida no nível da atenção básica. Essa lógica visa evitar a sobreposição de elencos e possibilitar a ampliação do acesso a medicamentos, que, utilizados de forma racional, poderão contribuir para a melhora do prognóstico das doenças, para a redução da necessidade de atenção especializada e para redução dos recursos financeiros envolvidos. Além disso, visa garantir o tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para todas as formas evolutivas das doenças (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Desta forma, definiu-se a divisão de responsabilidades pelo financiamento e gestão entre os entes federados, aprimorando-se as suas formas e fluxos para incorporação.

Além das incorporações e ampliação de cobertura, o CEAF evoluiu em outros aspectos em relação às normas anteriormente vigentes, entre eles:

- a) Definição precisa do componente, tornando-o uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS;
- b) Nova estrutura para os PCDT, tornando-os ferramentas que definirão as linhas de cuidado;
- c) Novo formato para o financiamento do CEAF, com definições precisas das responsabilidades, garantindo-se a manutenção do equilíbrio financeiro entre União, estados e municípios;
- d) Utilização dos fluxos estabelecidos pela CONITEC como critérios para incorporação, exclusão ou substituição de medicamentos no âmbito do CEAF;
- e) Melhora na estrutura organizacional, dividindo os medicamentos em grupos com características e objetivos diferentes e com definição clara da responsabilidade pelo seu financiamento e gestão (Quadro 1-2).

Quadro 1-2 Grupos de medicamentos, reponsáveis pelo financiamento e características.

Grupo	Responsável pelo Financiamento	Características
1	União Grupo 1A aquisição centralizada Grupo 1B transferência do FNS ao FES	É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro; por aqueles indicados para doenças mais complexas; para os casos de refratariedade ou intolerância a 1ª e/ou a 2ª linha de tratamento e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no CIS.
2	Estado (SES)	Os medicamentos deste grupo são indicados para tratamento de doenças menos complexas em relação às elencadas no Grupo 1 e/ou para tratamento da refratariedade ou intolerância à 1ª linha.
3	Tripartite	Contempla medicamentos da 1ª linha de cuidado, cuja dispensação é responsabilidade dos municípios.

FNS = Fundo Nacional de Saúde; FES = Fundo Estadual de Saúde; CIS = Complexo Industrial da Saúde; SES = Secretaria Estadual da Saúde

Fonte: Elaborado pela autora com base em (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c, 2013d).

No âmbito do SUS, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, objetiva orientar e institucionalizar os processos de avaliação e incorporação de tecnologias, visando maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, e em condições de equidade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

Conforme anteriormente mencionado, no âmbito do CEEAF, as demandas são avaliadas na CONITEC, entretanto as avaliações dos respectivos impactos financeiros serão realizadas pelo DAF e a incorporação propriamente dita ocorrerá por meio da revisão ou elaboração do PCDT específico, e após a pactuação na CIT para a definição das responsabilidades pelo seu financiamento. Esse fluxo visa tornar o processo mais transparente para os principais demandantes, como sociedade em geral, profissionais da saúde e do direito (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

No processo de revisão e elaboração de novos PCDT e considerando a lógica do CEEAF, todos os medicamentos e procedimentos recomendados, devem ser garantidos pelo SUS, primando pela

integralidade do cuidado assistencial. Desta forma, os protocolos devem ser utilizados nas unidades de saúde como ferramenta orientativa. Outro ponto importante é que a seleção dos medicamentos entre aqueles padronizados no CEAF é facultada ao gestor estadual, ou seja, não é obrigatória a disponibilização de todos os medicamentos, porém, essa seleção tem que ocorrer de maneira a não comprometer as linhas de cuidado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Dada também a importância dos PCDT para proporcionar o URM e para uniformizar os métodos de diagnósticos e monitoramento, a partir das melhores evidências disponíveis, o Ministério da Saúde, sob a coordenação da SAS, constituiu um grupo de trabalho para revisão permanente dos PCDT (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

Mais recentemente, a Portaria GMS/MS nº 1.554 de 2013 passa a ser o novo marco regulatório do CEAF. Esta Portaria mantém os conceitos originais, mas inova em alguns aspectos:

- a. Inclusão dos procedimentos para os medicamentos incorporados pela CONITEC;
- b. Atualização dos atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS a partir da publicação de novos PCDT;
- c. Transferência de medicamentos para o CBAF;
- d. Inclusão dos medicamentos para tratamento do glaucoma e
- e. Atualização dos valores de ressarcimento dos medicamentos do Grupo 1B (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d).

Atualmente disponibiliza medicamentos para aproximadamente 80 situações clínicas, como para a artrite reumatoide (por ex. adalimumabe, infliximabe, rituzimabe, golimumabe e abatacepte); doença de Alzheimer (por ex. galantamina e donepezila); para doença de Gaucher (por ex. imiglucerase e miglustate); para esclerose múltipla (por ex. glatirâmer, natalizumabe e fingolimode) e Hepatite C (por ex. daclatasvir e sofosbuvir).

Assim, o CEAF é parte de um processo dinâmico, onde ações de acompanhamento e monitoramento devem nortear o contínuo processo de



aprimoramento do componente, na busca da ampliação de acesso aos medicamentos.

#### **4.1 Estratégias para a viabilização do CEAF**

Um dos objetivos da criação do CEAF foi a busca de um critério reprodutível para a definição dos valores dos procedimentos, a partir da lógica da manutenção do equilíbrio financeiro entre os entes federados (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c). Outro objetivo foi a definição clara dos critérios empregados na formalização dos valores para cada procedimento padronizado, cuja aquisição é de responsabilidade dos estados, e dos critérios empregados para a centralização da aquisição de um determinado medicamento.

Além disso, uma vez que os medicamentos do CEAF são estratégicos para o desenvolvimento nacional, o estímulo ao desenvolvimento científico-tecnológico na área, aliado à garantia da aquisição pelo Ministério da Saúde dos medicamentos produzidos no âmbito deste processo, devem proporcionar ações convergentes para o apoio à competitividade e ao estímulo à pesquisa e desenvolvimento nas empresas e universidades, contemplando os interesses nacionais e as necessidades do SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

No Quadro 1-3 são apresentadas, de forma sumarizada, algumas estratégias de financiamento e de desenvolvimento científico-tecnológico no âmbito do CEAF.

Quadro 1-3 Estratégias para viabilização do acesso aos medicamentos do CEAF.

<b>Estratégias</b>	<b>Ações e/ou Consequências</b>
Ampliação das aquisições centralizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos indicados para o tratamento da última linha de cuidado, de elevado impacto financeiro, e aqueles incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no CIS;</li> <li>• Para otimizar os recursos, facilitar o abastecimento da rede e desonerar os gestores estaduais no processo de aquisição, visando possibilitar a ampliação das ações relativas à qualificação da dispensação dos medicamentos.</li> </ul>
Ações no campo da regulação econômica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação do CAP: desconto mínimo obrigatório a ser concedido pelos laboratórios e distribuidores farmacêuticos nas vendas de alguns medicamentos para o poder público<sup>1</sup>;</li> <li>• Aplicação do PMVG no processo de aquisição pelas SES de medicamentos que possuem o CAP definido pela CMED;</li> <li>• Isenção de impostos para os medicamentos do CEAF (ICMS);</li> <li>• Resolução que aprova o PSUS – manutenção de um custo único de tratamento para medicamentos indicados para a mesma situação clínica.</li> </ul>
Ações no campo do complexo industrial da saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aproximação da PNM e da PNAF à PNCTI/S;</li> <li>• Criação da SCTIE – apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e relacionamento com os parceiros governamentais e o setor produtivo;</li> <li>• Criação do GECIS para promover o desenvolvimento do CIS;</li> <li>• Mapeamento dos principais entraves para o desenvolvimento industrial no setor saúde<sup>2</sup>;</li> <li>• Definição de Produtos Estratégicos para o SUS;</li> <li>• Garantia de mercado para empresas nacionais e parcerias visando aumentar a competitividade da indústria brasileira;</li> <li>• Parcerias com a FINEP e com o BNDES;</li> <li>• Parcerias para viabilizar a produção pública e privada de medicamentos;</li> <li>• Utilização do poder de compra do SUS para fortalecer os laboratórios públicos;</li> <li>• Estímulo à produção local de produtos de custo elevado e/ou de impacto sanitário e social, e fomento ao desenvolvimento da capacidade produtiva da indústria nacional de fármacos.</li> </ul>

<sup>1</sup> p ex. medicamentos do CEAF, do Programa Nacional de DST/AIDS e antineoplásicos; <sup>2</sup> a fragilidade do CIS, que representa situação de vulnerabilidade para o SUS; a perda de competitividade internacional das indústrias e o déficit comercial crescente no segmento da Saúde, com maior peso dos produtos de maior densidade de conhecimento e tecnologia.

PMVG = Preço Máximo de Venda ao Governo; CIS = Complexo Industrial da Saúde; SES = Secretaria Estadual de Saúde; CAP = Coeficiente de Adequação de Preços; CMDE = Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos; ICMS = Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços; PSUS = Preço de Incorporação no SUS; PNCTI/S = Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; SCTIE = Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; GECIS = Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde; FINEP = Financiadora de Estudos e Projetos; BNDES = Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

Fonte: Elaborado pela autora com base em BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a.

Detaca-se que a participação dos estados no cofinanciamento do CEAR é inversamente proporcional à aplicação do PMVG no processo de aquisição pelas SES, e que o CAP foi estabelecido com base na premissa de que em casos de produtos sob monopólio, duopólio ou dominação de mercado, os fornecedores têm um poder de mercado considerável que lhes permite, ditar condições.

Dos 24 estados que informaram os valores de aquisição dos medicamentos em 2008, apenas Goiás, Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco aplicaram o PMVG em mais da metade de suas aquisições e para alguns medicamentos, nenhum estado conseguiu adquirir pelo limite estabelecido na legislação. Assim, a ampliação e a aplicação do CAP são parâmetros fundamentais para a otimização dos recursos necessários (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

É importante ressaltar, também, que a transferência de recursos do Ministério da Saúde para os estados ocorre de acordo com a produção de APAC, o que reflete o consumo de cada medicamento. Os recursos são repassados mensalmente, com base na média do faturamento trimestral apresentada pelos estados, por meio das APACs.

Nesse sentido, infere-se que quanto maior a população do estado e melhor a estruturação e qualificação do serviço, maior será a demanda e, conseqüentemente, o repasse financeiro. Dos estados, 12 foram responsáveis por mais de 90% dos recursos transferidos pela União em 2008, entre eles: São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Santa Catarina e Acre foram os estados que mais tiveram a necessidade de contrapartida estadual, 41% e 40%, respectivamente, em relação aos medicamentos cofinanciados, podendo este dado ser reflexo do valor praticado na aquisição (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

## **4.2 A execução do CEAR**

Outro objetivo da construção do CEAR foi definir as regras para a sua execução, considerando as responsabilidades das três esferas de gestão. Por isso, a Portaria GM/MS nº 2.981/2009 constituiu formalmente as etapas e as suas formas de executá-la (BRASIL, MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2009c). Isso é importante porque a falta de definições neste sentido tornava o CMDE gerenciado de inúmeras maneiras (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a), principalmente devido à diversidade estrutural entre os estados, o que pode provocar divergências no acesso aos medicamentos.

O CEAF incluiu, além dos estados e União, os municípios como responsáveis pela sua gestão. Os municípios são responsáveis pelo atendimento dos medicamentos indicados para o tratamento da primeira linha de cuidado para as doenças inseridas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

Entre as etapas da execução do CEAF pode-se citar: solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade dos tratamentos. Estas etapas devem ser descentralizadas às SES, cabendo a essas a organização dos serviços para atendimento à população, de acordo com os critérios estabelecidos na regulamentação do componente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c). Pelas características dos medicamentos padronizados no CEAF, estas etapas devem ocorrer somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais, podendo ser realizadas pela rede de serviços públicos dos municípios, desde que pactuado entre os gestores, e que sejam respeitados os critérios da regulamentação e os critérios legais e sanitários vigentes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Ainda é de responsabilidade estadual a programação, a aquisição, o armazenamento e a distribuição de grupos de medicamentos conforme especificado no Quadro 1-4.

Quadro 1-4 Responsabilidade dos entes federados pelas etapas de programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do CEAF, estratificada por Grupo de medicamentos.

GRUPO	PROGRAMAÇÃO	AQUISIÇÃO	ARMAZENAMENTO	DISTRIBUIÇÃO
1 A	SES	MS	MS/SES	MS/SES
1 B	SES	SES	SES	SES
2	SES	SES	SES	SES
3	SMS	MS/SMS	MS/SES/SMS	MS/SES/SMS

MS = Ministério da Saúde, SES = Secretaria de Estado da Saúde, SMS = Secretaria Municipal de Saúde. Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2010a).

Considerando a importância da implantação de registros padronizados, possibilitando ampliar a capacidade de gestão com mecanismos mais eficazes de regulação, avaliação e controle, foram definidos novos modelos de Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do CEAF (LME) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, 2010c).

Apesar de o componente possuir medicamentos para tratamento de doenças com baixa prevalência, tem também padronizado medicamentos para doenças prevalentes, como a osteoporose e as dislipidemias, cujo diagnóstico também ocorre no nível da atenção primária à saúde. Assim, no momento da construção do CEAF houve o cuidado de não restringir o acesso a medicamentos somente pela prescrição por médicos especialistas. Desta forma, desde que o PCDT não faça restrição de diagnóstico ou acompanhamento por especialistas, o preenchimento do LME e a prescrição médica poderão ser realizados por médicos que atuem em qualquer nível de atenção. Não há também, até o momento, restrição em relação a estes documentos serem oriundos de unidades de saúde públicas ou privadas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c).

Para a **solicitação** do tratamento e **renovação** da continuidade, são obrigatórios os seguintes documentos: LME adequadamente preenchido, prescrição médica e todos os documentos estabelecidos nos PCDTs (por ex. exames e laudos) para, respectivamente, a solicitação ou o monitoramento do tratamento, conforme a doença e o medicamento solicitado.

Todas as solicitações recebidas são, obrigatoriamente, **avaliadas**, a partir dos pressupostos legais vigentes. As solicitações deferidas são enviadas para a etapa de autorização. A **autorização** é um ato administrativo para a definição da vigência da APAC (de no máximo três meses) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Portanto, para definir esse período, é importante conhecer o quantitativo em estoque do medicamento e aprovar um período em que a **dispensação** possa ocorrer, caso contrário poderá haver prejuízo no atendimento do usuário.

A **dispensação**, parte integrante do processo assistencial, é ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos, juntamente com orientação sobre o seu uso adequado (EV, GOLÇALVES, 2014). Segundo Ueta e colaboradores (2011), a dispensação é a última oportunidade, ainda dentro do sistema de saúde, para orientação e

identificação de possíveis danos associados à prescrição e, assim, pode-se considerar a etapa final dos serviços técnico-gereciais e o início dos técnico-assistenciais. É importante destacar que dois estudos sobre a dispensação de medicamentos do componente verificaram inadequações nesta atividade. Em ambos os estudos a dispensação ocorria em desacordo com o preconizado nos PCDT, sendo que no estudo mais recente, ao analisarem os prontuários de 643 usuários atendidos, estimaram que mais de um milhão foram dispendidos com o tratamento de usuários em não conformidade com a diretrizes terapêuticas (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012; VENÂNCIO et al., 2014).

Com o objetivo majoritário de qualificar a gestão da assistência farmacêutica no Brasil foi desenvolvido o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus. Esse Sistema foi implantado, inicialmente, como uma ferramenta para a gestão municipal. A principal vantagem deste em relação a outros sistemas diz respeito à interoperabilidade entre o Hórus-Básico e Hórus-Especializado, possibilitando informações dos usuários que acessaram o SUS, via ambos os componentes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Somado a isso o Hórus-Clínico permite a realização do acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários e a realização de estudos sobre a efetividade das ações nesse contexto.

Por fim, deve-se considerar que o CEAF necessita de constante aprimoramento, na medida em que novas incorporações são demandadas e novas formas de gerenciamento são constituídas. Para isso, os gestores do SUS, além do controle social, têm papel fundamental. O CEAF é apenas um estágio no estabelecimento de políticas públicas de acesso a medicamentos, sendo que muitos outros desafios ainda deverão ser superados (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

### **4.3 O CEAF em Santa Catarina**

O Estado de Santa Catarina, localizado na região Sul do Brasil, é uma das 27 unidades federativas do país. Tem uma população de 6.248.436 habitantes conforme dados do censo de 2010, distribuídos em 295 municípios, estando 16% da população em áreas rurais e 84% em áreas urbanas. Aproximadamente 80% dos municípios têm menos de 20.000 habitantes e apenas 12 tem população superior a 100.000

habitantes. Os maiores contingentes populacionais encontram-se nas macrorregiões da Grande Florianópolis, Sul, Nordeste e Vale do Itajaí. Juntas, estas macrorregiões abrigam aproximadamente 60% da população do estado. O Planalto Serrano e o Planalto Norte são as regiões menos povoadas (BRASIL, IBGE, 2014; SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2011).

Dos habitantes, 3.100.360 são do sexo masculino e 3.148.076 são do sexo feminino, e grande parte da população encontra-se na faixa dos 20 aos 59 anos. A proporção de idosos na população passou de 6,7 % em 1990, para 8% em 2000, subindo para 10,5% em 2010, influenciando o perfil epidemiológico do Estado e demanda por serviços de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b; SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2011).

Compete à SES desenvolver as atividades relacionadas com o SUS, de maneira a assegurar aos catarinenses o acesso aos serviços de saúde, coordenando, planejando e avaliando a política e as ações de saúde no Estado, tendo como referência a resolutividade dos serviços, estímulo a parcerias, regionalização da saúde e o controle social, visando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população (SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2016).

A SES é composta por seis superintendências: de Compras e Logística; de Gestão Administrativa; de Planejamento e Gestão; de Serviços Especializados e Regulação; de Vigilância em Saúde e Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais. Cada uma das superintendências é composta por diretorias às quais respondem as gerências.

A responsabilidade pela gestão do CEAF fica a cargo da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) vinculada à Superintendência de Vigilância em Saúde. Instituída pelo Governo Estadual (Gestão 2003-2006) é responsável por planejar, coordenar e executar as ações inerentes à assistência farmacêutica no estado. Segundo o Plano Estadual de Saúde (PES) (2012-2015) a missão da DIAF consiste em: promover o acesso e URM, em consonância com os princípios do SUS, ou seja, executar as ações da assistência farmacêutica entendida em seu conceito amplo e não apenas quanto à aquisição e a distribuição de medicamentos. Entre suas competências ainda se destaca o acompanhamento e avaliação dos



serviços envolvidos, e o fomento à produção local de medicamentos e insumos farmacêuticos, incluindo a formulação das diretrizes e a coordenação das ações de produção estatal.

Atualmente esta diretoria é composta por duas gerências:

- Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica (GETAF), responsável pelo suporte técnico à Diretoria nas questões relacionadas ao planejamento, formulação, avaliação e qualificação da assistência farmacêutica, e o gerenciamento do CEAF desde o cadastro da solicitação até a sua liberação.
- Gerência de Administração da Assistência Farmacêutica (GAAF), a qual assessora a Diretoria no âmbito de suas atribuições.

Até 2014 a Gerência de Programação e Suprimento (GPROS), responsável pelas atividades relacionadas à programação, solicitação de compra, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos, respondia a esta diretoria. A partir desta data, com exceção da programação, as demais atividades foram transferidas à Superintendência de Compras e Logística. Para a realização da assistência farmacêutica, a DIAF/SC contava com 76 Centros de Custos, 18 Regionais de Saúde e 58 Secretarias Municipais.

A partir da Deliberação da CIB nº 398, de 25 de setembro de 2014, o atendimento dos usuários foi descentralizado aos municípios e a designação das unidades de atendimento foram alteradas, conforme Quadro 1.5.

Quadro 1-5 Denominação das unidades de atendimento do CEAF em SC.

<b>Denominação anterior</b>	<b>Denominação atual</b>
Regionais de Saúde	Unidade de Assistência Farmacêutica Regional de Saúde (UNIAFARS)
Municípios Centros de Custos	Unidade de Assistência Farmacêutica Municipal (UNIAFAM)
Municípios vinculados as Regionais de Saúde	Unidade do CEAF (UNICEAF)

Fonte: Elaborado pela autora.

Ainda, de acordo com essa deliberação, compete a DIAF/SES:

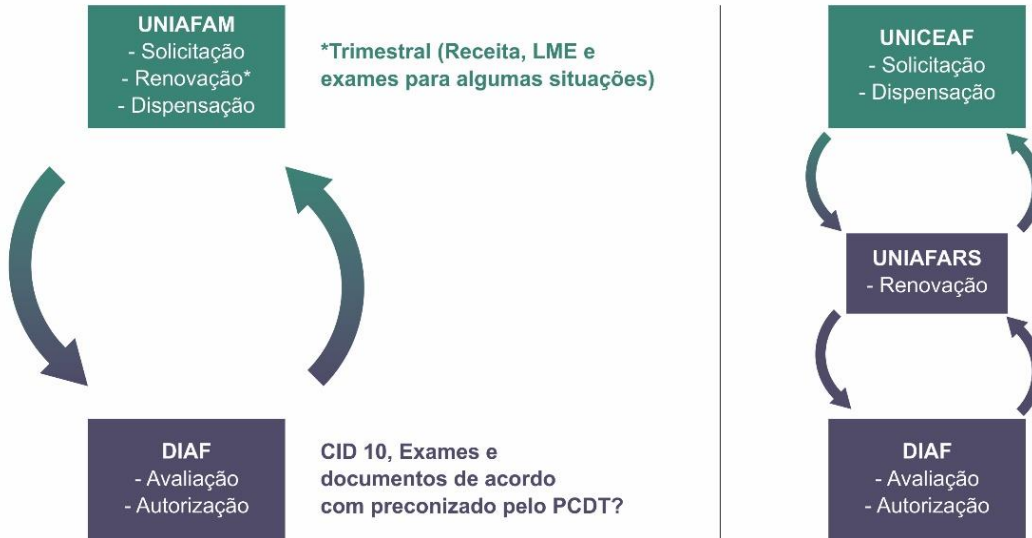
- Participar da formulação e implementação do CEAF;
- Prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos municípios no âmbito do CEAF;
- Normatizar e coordenar a gestão do CEAF a nível estadual;
- Disponibilizar o Sistema de Gerenciamento e acompanhamento do CEAF (SISMEDEX), elaborar e disponibilizar manual de utilização, e prestar suporte técnico referente à utilização;
- Elaborar cronograma de capacitação;
- Promover ações de suporte, acompanhamento e monitoramento às unidades no processo de desenvolvimento do componente;
- Análise técnica de todos os processos de medicamentos do CEAF;
- Elaborar a programação, autorizar os medicamentos de atendimento emergencial e acompanhar as distribuições dos medicamentos;
- Elaborar e disponibilizar Procedimento Operacional Padrão (POP), manuais, Notas Técnicas;
- Atualizar sítio Virtual e Resumos dos PCDT;
- Articular com as demais áreas técnicas da SES para a execução dos serviços referente ao CEAF.

De acordo com essa deliberação, entre as competências dos profissionais das UNIAFAMs estão:

- Conferir os documentos anexos à solicitação dos medicamentos;
- Executar as atividades de cadastro de processos, adequações e renovações, assim como, a dispensação no SISMEDEX;
- Encaminhar à DIAF as solicitações de medicamentos novos;
- Executar autorizações das renovações e adequações de medicamentos deferidos no SISMEDEX;
- Executar a inclusão e transferência de guia de remessa, controle de estoque e mapa de programação;
- Gerenciar as atividades relativas ao CEAF na sua unidade.

Aos profissionais das UNICEAFs competem as mesmas responsabilidades, com exceção das autorizações das renovações e adequações, e do mapa de programação. Também, estas unidades encaminham as solicitações, adequações, recibos de dispensação e renovações à UNIAFARS correspondente. O fluxo destas atividades está representado na Figura 1-2.

Figura 1-2. Fluxo de atividades do CEAF, em Santa Catarina, de acordo com a deliberação CIB 398 de 2014.



Fonte: Elaborado pela autora. UNIAFAM - Unidade de Assistência Farmacêutica Municipal; UNIAFARS - Unidade de Assistência Farmacêutica Regional de Saúde; UNICEAF - Unidade do CEAF; DIAF - Diretoria de Assistência Farmacêutica; LME - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do CEAF

No processo de implementação e organização do CEAF cabe às unidades garantir as condições necessárias para o funcionamento do SISMEDEX; viabilizar a participação dos profissionais para capacitação técnica; dispor de profissional farmacêutico para execução das atividades com a devida responsabilidade técnica (RT); viabilizar a estrutura física para execução de acordo com a RDC ANVISA/MS nº 44 de 17 de agosto de 2009 (BRASIL, ANVISA, 2009); realizar a logística dos medicamentos na sua unidade; executar as atividades relacionadas com armazenamento e dispensação de medicamentos, visando à conservação adequada e o URM.

Segundo o diagnóstico sobre CMDE, realizado em Santa Catarina por Blatt (2005), foram atendidos, em 2004, cerca de 20 mil habitantes com um gasto superior a 8,7 vezes o gasto com medicamentos da atenção básica. Os resultados desse diagnóstico trazem ainda: falta de conhecimento dos medicamentos padronizados e a forma de padronização por médicos e usuários; problemas de infraestrutura e RH; problemas de armazenamento; medicamentos vencidos; valor de ressarcimento menor do que o valor gasto na aquisição; crescimento acentuado da demanda; dificuldades de acesso aos exames exigidos pelos PCDT; problemas de aquisição, como, processo de compra moroso e atraso na entrega dos medicamentos por parte dos fornecedores; falta de um sistema de avaliação do desempenho dos fornecedores; problemas na distribuição e falta de alguns medicamentos.

Mais recentemente, constata-se que permanecem as fragilidades na organização, estrutura, nos RH e na logística, o que reflete, também, no grande número de ações judiciais visando o fornecimento de medicamentos no estado (PEREIRA et al., 2010; SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2011).

Em estudo sobre a DIAF, realizado em 2012, foi identificado: falta de padronização do fluxo de trabalho; deficiência na coordenação da assistência farmacêutica básica; dificuldades de aquisição de medicamentos; deficiência no sistema de gerenciamento do CEAF; centros de aplicação de medicamentos injetáveis de alto custo insuficientes e falta de protocolos clínicos estaduais para doenças não contempladas por portarias ministeriais (KUHNNEN, 2012)..

Os investimentos da SES/SC nos programas gerenciados pela DIAF são apresentados no Quadro 1-6 (SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2011).

Quadro 1-6 Demonstrativo de investimentos da SES/SC nos Programas gerenciados pela DIAF.

PROGRAMA	(VALORES DE COMPRA EM R\$)				
	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica</b>	5.269.307 (6,02%)	5.269.307 (3,42%)	8.286.736 (4,40%)	11.387.742 (5,00%)	23.760.576 (9,75%)
<b>Medicamentos Estratégicos</b>	96.287 (0,11%)	212.532 (0,14%)	250.494 (0,13%)	190.059 (0,08%)	359.852 (0,15%)
<b>CMDE ou CEAF</b>	60.751.004 (69,35%)	114.958.994 (74,61%)	126.087.197 (66,93%)	164.535.165 (72,25%)	163.456.524 (67,04%)
<b>Decisões Judiciais<sup>1</sup></b>	21.483.216 (24,52%)	33.635.444 (21,83%)	53.751.723 (28,53%)	51.621.762 (22,67%)	56.227.836 (23,06%)
<b>Total</b>	87.599.814 (100%)	154.076.277 (100%)	188.376.150 (100%)	227.734.728 (100%)	243.804.788 (100%)

<sup>1</sup> embora não se trate de um programa, os valores foram incluídos aqui, devido à relevância do mesmo. Atualmente não é mais responsabilidade da DIAF.

Fonte: PES 2012-2015 (SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2011)

Assim como no contexto nacional, no estado de Santa Catarina os maiores valores investidos são no CMDE/CEAF. Os significativos investimentos no estado com as ações judiciais oneram o sistema, uma vez que não há orçamento previsto para atendimento destes casos, entretanto, podem indicar, também, problemas de acesso aos serviços de saúde pela população (ROVER et al., 2016; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014).

Conforme já anteriormente citado, o sistema de gerenciamento utilizado desde 2009 é o SISMEDEX. Este sistema contempla o atendimento ao usuário, a geração de relatórios, o acompanhamento do fluxo de estoque, e disponibiliza ao gestor, o acompanhamento e gerenciamento das informações relacionadas ao Estado. O SISMEDEX não interopera com outros sistemas da rede de atenção à saúde e diferentemente do Hórus, é exclusivo para o CEAF, não envolvendo os demais componentes da assistência farmacêutica. Para o monitoramento clínico, recentemente, foi adicionado campos, porém os mesmos são limitados e não obrigatórios.

## 5. DO CONCEITO DE GESTÃO À GESTÃO EM SAÚDE

As palavras gestão e administração fazem parte do cotidiano e do vocabulário da maioria das pessoas, entretanto, o termo gestão é relativamente novo, com a força que possui hoje, até mesmo na academia. Na prática o que se observa é o intercâmbio entre estes termos, com frequência, de maneira indiscriminada (DIAS, 2002).

Sem a pretensão de esgotar esse assunto, o ponto de partida para discutir estas diferenças seria uma comparação entre as obras de Fayol e de Taylor, conhecidos como “fundadores” da administração clássica (1841-1925) e científica (1856-1915), respectivamente, os quais têm, até os dias atuais, destacada influência na gestão de instituições públicas e privadas.

Para Fayol (1989) a administração é mais uma das funções nas operações das empresas, distinta das funções técnica, comercial, financeira, de segurança e de contabilidade. Isto posto, conclui-se que a administração agiria junto com as outras funções, não sobre estas e nem estas seriam parte da administração, sendo ela distribuída proporcionalmente entre os níveis de hierarquia da empresa. A Teoria Clássica se caracteriza pela ênfase na estrutura que a organização deve possuir para ser eficiente. Para Fayol, a “função administrativa” tem princípios como: previsão; organização; comando; coordenação e controle. A teoria clássica também se caracteriza pelo seu enfoque eminentemente prescritivo e normativo, ou seja, princípios ou leis prescrevem como o administrador deve se comportar em todas as situações que possa se defrontar (CHIAVENATO, 2007).

Já nas obras de Taylor (1995), há uma intensa preocupação com a função técnica (produção) e com a redução de custos, objetivando a eficiência máxima da empresa. É possível observar ainda em suas obras, seu apego a números, tempo e estatística. Pode-se afirmar que Taylor foi o precursor do Sistemismo, pois, em suas teses, separava as partes do trabalho de forma mais detalhada, para juntar de forma mais eficiente. Para Martins e colaboradores (2002), o foco taylorista sempre foi a tecnologia do processo e não as pessoas. O conceito de homem, para Taylor, consistia no *homo economicus*, abordagem materialista e utilitarista do homem, em que o trabalhador é movido pela remuneração a ser recebida. O taylorismo negligencia as variáveis psicológicas e sociais e dissemina a ideia de que o aumento de produtividade é obtido

através da coerção, impondo-se os padrões, as ferramentas, condições e os métodos de trabalho (MUSSA; TROVÃO, 2006).

Os princípios e as técnicas da administração científica ofereceram a base para o modo de trabalhar por toda a primeira metade deste século e, em muitas situações, predominam até os dias de hoje (MUSSA; TROVÃO, 2006), apesar das críticas.

Alguns autores que tratam da administração em seus textos detêm-se somente às funções enunciadas por Fayol. Já outros, seguindo a escola de Taylor, fazem de suas obras, esclarecedoras sobre os elementos da administração e trazem, entrelaçadas as outras funções corporativas como a comercial e a financeira, deixando evidente que estas fazem parte do dia-a-dia (DIAS, 2002).

O que se segue na evolução das escolas de gestão nos Estados Unidos é um foco acentuado em outras áreas do conhecimento que não a administração, como a psicologia e a sociologia (GABOR, 2001). Há também, por alguns autores, uma intensa preocupação com os números, a matemática e a estatística como o centro da gestão. A biologia também teve sua vez com a teoria de sistemas e posteriormente com a teoria das contingências. Ou seja, a gestão tornou-se um aglutinado de conhecimentos das mais variadas áreas do saber (DIAS, 2002).

Para Dias (2002), o correto seria gestão da produção e administração na produção. Ou seja, gestão de algo e administração em algo. Isto não desmerece a administração, ao contrário, seria impossível conceber a gestão sem ela. Mas a gestão incorpora a administração e faz dela mais uma das funções necessárias para seu desempenho. Administrar é planejar, organizar, dirigir e controlar pessoas para atingir de forma eficiente e eficaz os objetivos de uma organização. Gestão é lançar mão de todas as funções e conhecimentos necessários, para por meio de pessoas, atingir os objetivos de uma organização de forma eficiente e eficaz.

Atualmente, após várias mudanças organizacionais (reengenharia, empowerment etc.), parece ficar mais claro que o desempenho em um cargo de chefia exige muito mais que administração. Um gerente deve entender tanto da parte técnica, da parte administrativa (planejamento, organização etc.), como da parte financeira contábil, da parte de produção

(processos) e muito mais do mercado (clientes e concorrentes) (DIAS, 2002).

Segundo Martins e colaboradores (2002), olhando para as empresas públicas ou privadas atuais, há ainda muitas características do taylorismo, como, os sistemas de remuneração diferenciada, a qualidade e produtividade, o redesenho de processos, o conceito de operário-padrão das fábricas e a padronização das franquias.

As administrações clássicas e científicas estão focadas na produtividade, na eficiência e no lucro. Inovações nas organizações, de forma a ampliar os conceitos de gestão, envolvendo aspectos além dos administrativos e técnicos, como os políticos, estratégicos e sociais, são necessários para os avanços almejados.

Nesse sentido, Mussa e Trovão (2006) sugerem a incorporação de novas teorias às práticas, tais como o envolvimento dos trabalhadores no processo decisório, o entendimento das características individuais dos trabalhadores, a introdução de novas formas de coleta e análise de dados para motivação de mudanças.

Por fim, segundo Martins (2002), a administração tem raízes profundas na história da humanidade e mais recentemente têm lidado com conceitos bem mais abrangentes, como o conflito, o comprometimento, o poder, a estratégia e os resultados, dimensões essas que não foram de todo exploradas pelas teorias anteriormente mencionadas.

## **5.1 Gestão em Saúde - Histórico e Conceitos**

Segundo Campos (1992), a criação de serviços públicos de atenção à saúde obrigou o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre gestão nesta área. É desta época a adaptação de noções da Teoria Geral da Administração à área da saúde.

Ainda, segundo o autor, no Brasil, com a ampliação das funções assistenciais do Estado, ocorreu a combinação dos dois estilos existentes: o liberal e o da saúde pública. Da tradição estatal, conservou-se a estrutura rígida e centralizada, a gestão burocratizada e autoritária, mas permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização privada da coisa pública.



Da tradição liberal, conservou-se a autonomia relativa dos profissionais. À época, o autor já indicava que o SUS não seria um serviço nacional com características, normas e programas uniformes (CAMPOS, 1992).

Paim e Teixeira (2006) ao analisarem a produção nacional sobre política, planejamento e gestão em saúde observaram que justamente com a crítica da medicina social no início da década de 1970 e o desenvolvimento das ciências sociais em saúde foi possível à saúde coletiva emergente reconstituir estas temáticas no Brasil. O final da década de 1980 foi marcado pela elaboração e implantação de propostas de reforma nestas áreas. O enfrentamento dos desafios da prática foi evidenciado por docentes e pesquisadores que passaram a atuar junto às secretarias de saúde. Esses desafios estimularam a reflexão, em torno de questões relacionadas com a mudança das práticas político-gerenciais na esfera pública a partir dos anos 90. Entre 1999 e 2000 ganharam visibilidade os estudos voltados à análise e avaliação da gestão em saúde, em várias dimensões e níveis de complexidade, incluindo as redes de atenção à saúde (RAS) e a gestão descentralizada do SUS. Já entre 2001 e 2005 o traço mais marcante foi a multiplicação de investigações sobre a municipalização da gestão.

Um aspecto que se observa na literatura da saúde, quando da discussão sobre gestão, é que seu entendimento e suas concepções estão balizados a partir das funções exercidas ou a serem executadas no âmbito formal das organizações (MINAYO, 2004).

No Brasil, no campo da saúde, a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96) (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), fez uma distinção entre gerência e gestão que ficou fortemente impregnada no vocabulário dos profissionais de saúde. Nessa “gerência” foi conceituada como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, etc.). Por sua vez, “gestão” ficou conceituada como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

No entanto, a distinção entre esses termos não é padronizada na literatura e na prática, pode-se claramente perceber que as ações e as responsabilidades entre os profissionais de saúde que atuam em diversos serviços e funções, não são tão distintas.

Schraiber e colaboradores (1999) defendem este entendimento a partir da análise histórica do planejamento e administração em saúde como resultado das políticas de saúde do Brasil. Para os autores, a visão contemporânea de gestor público implica no entendimento de desafios práticos e possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos, uma vez que se defronta com uma prática de grande complexidade, pois a gestão em saúde deve estar orientada pelos mesmos princípios do SUS.

Esta trajetória histórica, em certa medida, explica como a gestão transformou-se em um desafio estratégico, um dos elementos centrais para a recuperação dos sistemas públicos e para sua transformação em um instrumento de defesa da vida (CAMPOS, 1992).

Nesse sentido, Campos discute a necessidade da construção de uma alternativa operacional ao método taylorista de gestão. Um sistema de gestão que assegure tanto a produção qualificada de saúde, quanto à própria sobrevivência do Sistema e a realização de seus trabalhadores (CAMPOS, 1998).

Junquillo (2001), com o intuito de problematizar as abordagens sobre gestão e ação gerencial de uso mais corrente na literatura, enfoca nas limitações ao não abrangerem contextos macrosociais e articulações com os cenários microsociais das organizações. Desta forma, traz como alternativa o conceito apresentado por Reed (1995) da gestão como “prática social”, capaz de integrar, questões éticas e políticas aos quais as organizações e os seus gestores são submetidos.

Alvesson e Willmott (1996) também classificam gestão como prática social no sentido de que seu conteúdo deve ser tomado como inerente a relações histórico-culturais de poder que, ao mesmo tempo, facilitam e restringem tanto sua existência como sua evolução. Nesse sentido, os autores afirmam que não se deve tomar a gestão como simples instrumento para a busca de compromissos e de alcance de produtividade. Ou seja, sua redução a uma técnica neutra e imparcial pela qual se atinge a eficiência. Negligencia-se aí o seu aspecto político, ou seja, se omite as relações sociais a partir das quais ela emerge e é dependente.

Essa proposta, segundo Junquillo (2001), incorpora, ao mesmo tempo, à análise da gestão os níveis institucional, organizacional e comportamental, permitindo as interseções entre a ação gerencial, a dinâmica da organização e o contexto macroestrutural.

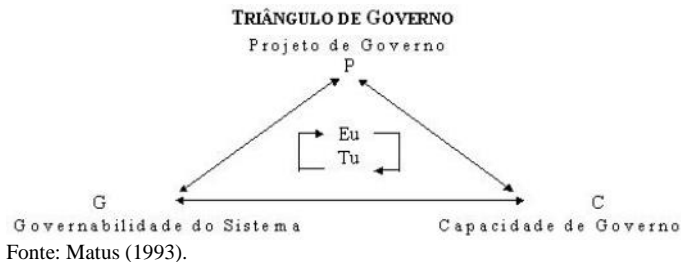
Ferreira (2004) traz a dimensão política para a função gerencial ao afirmar que o gestor deve assumir a negociação como instrumento na condução do processo de trabalho visando melhoria contínua da qualidade do serviço.

Segundo Guimarães e colaboradores (2004), a literatura traz um debate amplo e diversificado sobre o conceito de gestão, fundamentados em campos teóricos diversos e mais recentemente, com polarização qualitativa em dois destes: o da administração e o da ciência política. Segundo os autores, no campo da administração o conceito de gestão aproxima-se da ideia de gerência, implicando numa visão procedimental, com uma função organizacional voltada para a coordenação e o controle. Já no campo da ciência política, a gestão se reveste de uma racionalidade política, privilegiando “a discussão sobre o poder e sua legitimidade, politizando assim os conflitos presentes no processo de decisão no âmbito das organizações, inclusive as públicas”.

O novo gerencialismo público é apresentado como um movimento teórico, mas que teve como objetivo tornar a administração pública mais eficiente e voltada para o atendimento das necessidades e a satisfação plena dos cidadãos (BRESSER-PEREIRA; GALA, 2010; GUIMARÃES et al., 2004). Esta pode ser a justificativa para o interesse em avaliar a gestão de serviços públicos. Deve-se considerar que, por vezes, a gestão se constitui a razão de problemas nas organizações sociais da sociedade moderna.

Carlos Matus (1993), a partir do esquema denominado Triângulo de Governo (Figura 1-3), consegue agregar na discussão sobre gestão os conceitos desses dois campos teóricos. Isto porque o modelo proposto privilegia tanto categorias normativas (existência de projetos), categorias administrativas (capacidade técnica) como categorias políticas (governabilidade do sistema). A capacidade de governar para Matus, segundo Guimarães e colaboradores (2004), se confere por meio da articulação dinâmica entre estas três dimensões.

Figura 1-3 Triângulo de Matus.



As três dimensões:

- **Projeto de governo** se traduz como a necessidade de ter direção, projetos claros e um conjunto de leis que oriente e sustente as decisões;
- **Capacidade de governo** significa a importância de manter e mobilizar recursos operacionais, técnicos e humanos para a consecução do projeto;
- **Governabilidade do sistema** traduz a necessidade de construir fortes alianças, ou seja, que se reduza a resistência ao projeto de governo.

É por essa linha de pensamento que o conceito de governo de Carlos Matus é adotado como sinônimo de gerência. Nesse sentido, gerenciar é uma prática que requer visão ampliada dos problemas e da realidade que se pretende transformar (GUIMARÃES; LEITE, 2011).

Guimarães e colaboradores (2004) agregam a esta discussão aspectos relacionados ao tipo ou a imagem-objetivo de gestão que se está perseguindo no contexto democrático contemporâneo, ou seja, aquela orientada por decisões mais partilhadas, trabalhadores e usuários satisfeitos e funcionários comprometidos, maior autonomia decisória em todos os níveis, menores entraves burocráticos e distanciamentos hierárquicos, que venham conferir legitimidade aos gestores e confiabilidade à organização. Considera-se, ainda, que a gestão deve ser pautada em princípios orientadores do SUS, tais como: descentralização, flexibilidade, transparência, participação e autonomia decisória (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Nesse contexto, Guimarães e colaboradores (2004), Guimarães (2007) e Barreto (2007) definem gestão como “um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados”. E capacidade de gestão como a “faculdade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão”.

Tal conceito de gestão assume a decisão como o elemento central do processo e admite-se que este contempla três grandes dimensões:

- **Dimensão organizacional** (capacidade de decidir) revela aspectos relacionados à capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente (quem e como decide).
- **Dimensão operacional** (capacidade de executar) indica iniciativas no sentido de manter e ampliar condições logísticas e gerenciais, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos, a serem aferidos por meio de decisões/iniciativas voltadas para manter e mobilizar recursos técnicos, administrativos/financeiros e estratégicos que assegurem as condições desejáveis à gestão.
- **Dimensão da sustentabilidade** (capacidade de sustentar resultados) revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados da gestão a serem aferidos por meio de iniciativas voltadas para a socialização de informações, elevação da satisfação dos usuários e institucionalização de mecanismos que sustentem os resultados.

Gerenciar requer então, conhecimento, recursos de toda natureza e, sobretudo, muita habilidade para lidar com adversidades, conflitos e diferentes interesses. Além disso, considerando que o ambiente é a realidade social, extremamente dinâmica, o gerente trabalha em situação de incertezas e de imprevisibilidade. Assim, fica claro que existe uma interdependência entre as três dimensões e que elas precisam ser conduzidas de forma integrada para que o projeto de governo se concretize (GUIMARÃES; LEITE, 2011).

A gestão é, portanto, um processo técnico porque exige capacidade analítica com base em conhecimento científico. Da mesma forma, utiliza-se de técnicas e métodos de planejamento, para a identificação e priorização de problemas e para definição dos objetivos. Como processo social, a gestão reflete diferentes crenças, valores, interesses, forças e

fragilidades, e não estando desconectada da realidade social, é uma ação humana que reflete essa sociedade e também a modifica, de forma dinâmica e constante.

Ainda, a gestão requer uma análise da situação em que está inserida, ou seja, o contexto da administração pública. Essa administração envolve um componente político muito forte, pois significa que o poder da sociedade está ali representado, implica reconhecer os diferentes poderes e, assim, os diferentes graus de influência que exercem no processo decisório. É preciso compreender também que todo processo de decisão é uma ação política, pois envolve escolhas, confrontos de opiniões e de interesses. As decisões são resultado de negociações entre diferentes alternativas e prioridades e, nesse sentido, requerem habilidade, visão estratégica e motivação, para administrar os diversos interesses dos membros de uma organização, de uma sociedade, com poderes dessemelhantes. Ou seja, a gestão é um processo dinâmico e contínuo de interação entre distintos saberes, recursos e pessoas, com díspares ideologias e compreensões das necessidades que devem ser priorizadas. Não é, portanto, um processo sem conflitos (GUIMARÃES; LEITE, 2011).

E esses conflitos devem ser “enfrentados” com as “armas” da civilidade, condizente com a capacidade humana de pensar, de argumentar, de ouvir, de aprender e de respeitar o outro. Devem ser tratados como impulsionadores de mudanças importantes para o benefício de muitos (MARTINELLI; ALMEIDA, 1998).

O SUS, por exemplo, ao ser concebido, admitiu a existência de múltiplos interesses e concepções sobre como esse sistema poderia ser conduzido. Foram criados, então, espaços decisórios de gestão compartilhada como a CIT, a CIB e os Conselhos de Saúde. Estes costumam ser, por excelência, espaços para a existência de conflitos. Isso se consolida uma vez que as diferenças e iniquidades regionais, sejam elas de natureza demográfica, social, econômica e sanitária, agregadas aos interesses ideológicos e partidários, contribuem para tensionar mais ainda um campo que, por si só, tende a ser aglutinador de dissenso e consenso, haja vista a sua própria natureza de negociação e pactuação. Entretanto, esses embates são considerados positivos em contextos democráticos (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Campos (1998) problematiza essa questão colocando que a participação comunitária e os conselhos de saúde são experiências interessantes, porém, em muitos casos, passa-se como se a democracia acabasse nos conselhos ou nas oficinas de planejamento. Daí para frente operaria a lógica tradicional de gerência: poder centralizado, controle direto sobre a realização de procedimentos e sobre o comportamento formal de funcionários, elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras, e quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto entre os distintos níveis hierárquicos.

Carvalho e Cunha (2006) ressaltam a necessidade de transformação do cotidiano do fazer-pensar saúde que se contraponha à excessiva fragmentação do processo de trabalho, responsável, em grande parte, pela má qualidade da atenção, burocratização, alienação dos trabalhadores, debilidade de vínculos entre o trabalhador e o usuário, separação entre os que executam as ações e os que dirigem as instituições, e na fragilidade do trabalho coletivo.

Segundo Merhy (2000) é necessária a produção de alternativas organizacionais que apontem para um processo de poder compartilhado e para a descentralização do processo decisório que levam à diminuição da distância entre os que comandam, planejam, dirigem e a maioria executante de ações e serviços. Ainda segundo Carvalho e Cunha (2006) se a gestão não produz relações de poder na organização de saúde que valorizem a equipe como espaço de decisão, ela faz o contrário: causa fragmentação.

Os estudos na área da administração têm revelado um debate bastante rico sobre a gestão, sua complexidade e multideterminação, envolvendo conhecimentos de vários campos disciplinares. Os conceitos de gestão nos dão pistas de que não existe uma fórmula mágica e infalível de gerir, pelo contrário, o processo exige capacitação e esforço técnico, com conhecimentos, habilidades humanas e políticas, e interação com a sociedade. E isso é possível quando se tem a clareza de que todos esses componentes são importantes, e de que todos têm condições de aprender, praticar, desenvolver e melhorar a gestão (GUIMARÃES; LEITE, 2011).

Diante do acima exposto é possível concordar com Paulo Roberto Mota (1995) quando afirma que gestão é arte, pois envolve habilidade, criatividade, sensibilidade. É ciência, porque exige conhecimentos

técnicos, ou seja, é preciso desenvolver capacidade analítica e reflexiva, bem como habilidades, considerando que o grande insumo da gerência é o homem, e, como tal, repleto de singularidades.

Na contemporaneidade, com a consolidação da democracia na grande maioria dos países, as experiências concretas com o gerenciamento de organizações modernas estão gerando a incorporação de novos verbos como sinônimos de gerenciar, a exemplo de “liderar”, “conduzir”, “ouvir”, e, mais do que isso, esses verbos estão substituindo a ideia de “controle”, antes muito presa à concepção de gerência. O gerente precisa ser um líder, pois a função de um gestor é conduzir pessoas e recursos para a obtenção de resultados, isto é, ser capaz de influenciar pessoas para o alcance de um objetivo comum (GUIMARÃES; LEITE, 2011).

Em estudo realizado por Kirigia e Kirigia (2011), sobre o desenvolvimento dos sistemas de saúde, os resultados foram inadequados porque os gestores não foram formados para governar e liderar. Nesse sentido, para Paim e Teixeira (2007), é necessária a “profissionalização da gestão do SUS”, a qual já vem sendo discutida há alguns anos, sem que tenham sido adotadas medidas concretas para tal.

Carvalho e Cunha (2006) discutem a mudança da lógica do “contrato de gestão” com o gestor local. Serviços de saúde que privilegiam a produção de procedimentos à revelia dos resultados alcançados constituem, nos dias de hoje, a forma hegemônica de produção de cuidados em saúde. Nesses serviços é comum encontrar profissionais atarefados, exaustos, e que não conseguem avaliar e interferir nas atividades realizadas.

Segundo Trevisan e Junqueira (2010), uma proposta de evolução nos processos de gestão do SUS foi o programa Mais Saúde: Direito de Todos 2008, cujas ações foram desenvolvidas a partir da constatação de que havia um “descompasso entre a orientação para a conformação de um sistema universal e o processo concreto de consolidação do SUS”. A proposta do eixo de Qualificação da Gestão deste programa propõe mudança do modelo de gestão das unidades de saúde para dotá-las de maior flexibilidade, tendo como contrapartida o compromisso com resultados. Esse processo de gestão que, por décadas impulsionou mudanças nos sistemas públicos, recebeu críticas, principalmente com os alertas de Henkel (1991) sobre a distribuição de fatias orçamentárias a



partir de índices exclusivamente físicos. Este autor pondera que há uma inevitável dose de subjetivismo nessas avaliações, porque mantém-se impossível medir todas as escalas de benefícios da ação pública. Ainda, despreza a análise localizada dos custos e parte da lógica de que todos os competidores concorrem em iguais condições. Nada mais falso, na gestão pública e mais ainda de um sistema de saúde. Na concepção de rede, esta lógica os separa, por privilegiar o resultado da unidade e não a colaboração com o sistema. Ainda, neste contexto, deve ser observada a difícil distinção entre produtos e resultados na gestão pública (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2010).

Esta tarefa é ainda mais difícil na assistência farmacêutica, área que é entendida como apoio ao sistema de saúde, como fornecedora de produtos; como atividade de atenção à saúde ou como gerenciamento de uma política. As atividades podem, em muitas situações, ser reconhecidas como atividades-meio, dificultando a identificação do produto final da ação: a saúde da população.

## **5.2 Gestão em Assistência Farmacêutica**

A gestão da assistência farmacêutica em nosso país teve como base a trajetória de construção da concepção da assistência farmacêutica. Santos (2011) traz uma contextualização das concepções de estado, do mercado farmacêutico e das políticas de saúde nos principais momentos da história do Brasil e sua consequente relação com as concepções de assistência farmacêutica. Historicamente vai da assistência do farmacêutico à saúde das pessoas (nas boticas) à concepção focada no medicamento a partir da industrialização, da expansão do comércio farmacêutico e a organização dos serviços de saúde. Apenas com os avanços do SUS, as construções teóricas nacionais e internacionais, e as PNM e PNAF (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), passou a ser construída uma concepção mais abrangente voltada à garantia do acesso e URM.

Devido o predomínio do caráter técnico e operacional da assistência farmacêutica, nesta trajetória, disseminou-se uma visão sobre as atividades relacionadas ao medicamento, através de um modelo esquemático denominado Ciclo Operativo da Assistência Farmacêutica.

Desta forma é possível compreender porque o medicamento, enquanto tecnologia, é mais privilegiado em determinadas concepções de assistência farmacêutica do que as pessoas.

No Brasil, o ciclo da assistência farmacêutica é tradicionalmente discutido com base na publicação de Marin (2003). Para esta autora, a gestão é reconhecida como um processo administrativo e ocorre em todos os níveis de atividades da organização, gestor, gerente e supervisor, ou seja, a todos os profissionais que executam atividades no Ciclo.

A “gestão da assistência farmacêutica” ficou então empiricamente definida como um conjunto de ações técnico-operacionais delimitadas ao cuidado do produto medicamento e, quando muito, ao seu destino (mas não necessariamente ao destinatário).

Moratelli e Inácio (2010), analisando a literatura referente à gestão da assistência farmacêutica, constatam que a maior parte dos trabalhos analisados traz o conceito de gestão do campo da administração clássica. Esses achados evidenciam a visão tecnicista da gestão da assistência farmacêutica, privilegiando os princípios procedimentais com forte viés burocrático, numa condição de fornecedora de medicamentos, ou seja, voltada à logística.

Também fica claro que as contribuições para a estruturação da gestão da assistência farmacêutica são frágeis, pois as publicações que se dizem de gestão da assistência farmacêutica na verdade não o são, pois tratam mais das questões técnicas e operacionais, do que de gestão propriamente dita (MORATELLI; INÁCIO, 2010). É importante ressaltar que os avanços observados são reveladores de que a construção deste campo de atividade está em pleno curso.

Outro dado importante que corrobora com tais achados é o atraso histórico da gestão da assistência farmacêutica em relação à gestão em saúde. Este fato pode estar relacionado à PNM entrar em vigência apenas dez anos depois da Constituição Federal, e seu bloco de financiamento teve de esperar mais oito anos para ser concretizado.

A descentralização da gestão da assistência farmacêutica se deu, também, a partir da PNM, contrapondo o período de atividades da CEME, com poder e gestão altamente centralizado no governo federal. Entretanto, enquanto para a gestão do sistema de saúde as NOBs,

especialmente da década de 1990, indicaram a descentralização cada vez mais tutelada (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. Este movimento gerou a necessidade do desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica em todos os níveis.

Estudos realizados sobre assistência farmacêutica apontam para problemas decorrentes da falta de prioridade para com este campo da assistência, observada, historicamente, na organização do sistema de saúde no Brasil. Os problemas no desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na infraestrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos, ainda são vigentes em muitos municípios e estados (BOING et al., 2013; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010a; VIEIRA, 2007).

Observa-se, desta forma, que as ações que vêm sendo implantadas, conforme preveem as políticas, ainda precisam evoluir. Nos últimos anos, a qualificação da assistência farmacêutica no SUS vem sendo considerada uma estratégia fundamental para a ampliação do acesso da população aos medicamentos e para a consolidação do próprio sistema de saúde.

Evidências do reconhecimento das fragilidades e importantes deficiências na capacidade de gestão da assistência farmacêutica são os investimentos em diferentes estratégias para sua qualificação e estruturação pelo Ministério da Saúde. O desenvolvimento do sistema de gerenciamento Hórus; os editais de pesquisa; e as atividades de qualificação profissional, como o Curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica pela UnA-SUS são alguns exemplos. Além disto, os municípios e estados podem aplicar até 15% dos recursos na estruturação dos serviços nesta área desde 2010, e em 2012 foi instituído o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS) cujo objetivo é contribuir para o aprimoramento, implantação e integração das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde. Estes dados evidenciam a importância da gestão da assistência farmacêutica e a necessidade de avaliação periódica.

## 6. DO CONCEITO DE AVALIAÇÃO À AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO

A avaliação de desempenho que transformou o processo de trabalho e de gestão nas empresas privadas ganhou importância ao longo do século XX. Inicialmente o foco era a redução dos custos. Mais tarde enfatizou-se a preocupação com a qualidade do processo, preocupação a qual foi transposta para as instituições públicas, que passaram a ser cobradas por aumento da produtividade, por melhoria na qualidade dos serviços e por eficácia organizacional (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Segundo Guba e Lincoln (1989), a avaliação não surge de um momento para o outro; ela é resultado do desenvolvimento de um processo de construção e reconstrução que envolve inúmeras influências. Estes mesmos autores demarcaram em quatro fases distintas a evolução do campo da avaliação.

Como Primeira Geração (1910-1930) consideram o período referente à construção e aplicação de instrumentos de medidas, que têm origem nas *medições* de coeficiente de inteligência para classificação das crianças e determinação do progresso escolar. A Segunda Geração da avaliação é baseada no conceito de *descrição* e que, segundo os autores, marca o nascimento da Avaliação de Programas. A Terceira Geração surgiu a partir dos limites da abordagem anterior e do fato de que não atendiam a outra face da avaliação que era o *juízo*. O que se esperava dos avaliadores era mais do que a descrição de atitudes, contextos e realizações, algo que referisse o mérito do objeto sob avaliação. O juízo deveria ser realizado com base em padrões externos, e auxiliaria na tomada de decisão. Uma Quarta Geração da avaliação foi caracterizada pela função da *negociação*, e emergiu na década de 80, tomando forma com a conhecida publicação de 1989 (GUBA; LINCOLN, 1989).

Pontua-se aqui, também, a emergência da quinta geração da avaliação, a qual combina as gerações anteriores no intuito de aumentar o poder dos participantes por meio do processo de avaliação, ampliando-se as chances de utilização dos estudos avaliativos: a geração “emancipadora”, que aponta para a participação da sociedade civil em todas as etapas (HARTZ, 2009).

Os conceitos de avaliação são diversos e variam entre os autores que se dedicam a pesquisar a temática. Para Contandriopoulos e colaboradores (1997), a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Segundo Vieira-da-Silva (2005), esta é uma das definições mais simples e abrangentes sobre o tema.

Para Champagne e colaboradores (2011):

*Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um dos seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos, que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir um julgamento que se possa traduzir em ações (p.44).*

Nesse contexto, considera-se relevante a definição de intervenção apresentada por Contandriopoulos e colaboradores (1997), segundo os quais ela é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.

Calvo e Henrique (2006) destacam que:

*[...] os conceitos de avaliação acompanham o desenvolvimento das teorias administrativas e as discussões contemporâneas sobre avaliação reforçam a necessidade de considerarem-se primeiramente os atores envolvidos e os aspectos éticos e culturais prioritariamente aos aspectos inerentes ao objeto avaliado (p. 116).*

Para os autores a avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica e deve ser entendida como um processo de negociação entre atores sociais. Para as autoras, o resultado da avaliação está

associado às concepções, práticas, valores e motivações dos envolvidos (CALVO; HENRIQUE, 2006). Contandriopoulos e colaboradores (1997) destacam ainda que se deve ter em mente que qualquer juízo de valor está orientado por uma visão de mundo, e que há, portanto, uma dimensão subjetiva no processo que não pode ser desprezada e que conforma tanto o recorte do objeto quanto dos objetivos da avaliação. Ainda, quanto mais numerosas forem as participações, melhor será a pertinência da avaliação e, quanto mais ativas forem, melhor será a consistência.

A participação dos interessados permite melhorar a imparcialidade do processo, a extensão das informações coletadas e adaptação dos dados às demandas dos participantes. Permite também, democratizar o processo e acesso a informação avaliativa empoderando, assim, os participantes (WEISS, 1998). Somado a isso, aumenta a chance de adesão aos resultados e recomendações (FETTERMAN; WANDERSMAN, 2004).

Para Serapioni (1999), a participação amplia o poder da avaliação de desvendar distintos aspectos de uma mesma intervenção e seus efeitos, além de favorecer a proposição de estratégias adequadas às intervenções. Segundo Cousins, Donahue e Bloom (1996), a participação dos atores no processo de avaliação se justifica nos seguintes planos: político, para redistribuir poder entre os grupos concernidos pela avaliação; epistemológico, para frisar a importância de se compreender o contexto em que o conhecimento é produzido, difundido e utilizado; e prático, para dar destaque à produção de um conhecimento utilizável.

Para Guba e Lincoln (1989), assim como para Fetterman e Wandersman (2004), mais que a utilização dos resultados, a própria negociação do processo de avaliação é fonte de mudança. E ao favorecer os processos de aprendizagem, e permitir um olhar crítico e reflexivo sobre a ordem estabelecida, a avaliação deixa de ser um instrumento de poder nas mãos de um grupo de atores e se torna uma verdadeira ferramenta de libertação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Ainda, segundo Tanaka e Melo (2001), a avaliação deve ser exercida por todos os envolvidos no planejamento e na execução das ações. O desafio é conseguir incorporar os diferentes pontos de vista dos atores, a fim de fornecer aos decisores as informações que lhes permitam emitir juízo (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Gairin-Sallán (1993 *apud* (CALVO; HENRIQUE, 2006)) destaca que:

*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* (p. 120).

Segundo Guba e Lincoln (1989), é preciso “menos rigor e mais pertinência, menos precisão e mais possibilidades, menos elegância e mais aplicabilidade, mais subjetividade, menos verificações e mais descobertas”.

Contandriopoulos e colaboradores (1997) ressaltam que, com base na hipótese de que as avaliações influenciam positivamente as decisões e na esperança de melhorar a eficiência dos sistemas de cuidado, os países desenvolvidos envidam esforços consideráveis para institucionalizar a prática da avaliação.

Desta forma, a avaliação é considerada parte integrante da gestão, devendo servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas. Avalia-se para mudar, para aprimorar (NEMES, 2001; TANAKA; MELO, 2001).

Nesse contexto, avaliar a capacidade de gestão, objeto deste estudo, significa em outras palavras avaliar a real condição da gestão em traduzir as diretrizes políticas em serviços de saúde prestados à população, de acordo com objetivos para os quais foram implantados.

## **6.1 Avaliação em Saúde**

As decisões necessárias para atender os preceitos de universalidade do acesso, a qualidade da atenção prestada e a viabilidade econômica do SUS, são particularmente difíceis, principalmente, por envolverem um sistema de saúde complexo. Também, a necessidade de informações, por exemplo, sobre o modo de funcionamento e a satisfação dos usuários são cada vez mais reconhecidas, e a avaliação se torna uma alternativa adequada para tal investigação (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Nesse contexto, entre os fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil podem-se apontar: as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, como o processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos; a maior complexidade do perfil epidemiológico do país com distintos problemas e necessidades requerendo novas abordagens e incorporando novas tecnologias; a existência cada vez maior do controle dos gastos em saúde e, com mais frequência e contundência, a cobrança dos organismos financiadores externos (FIGUEIRÓ; THULER; HARTZ, 2008).

Estudos avaliativos podem oferecer aos governantes, gestores, formuladores e executores a possibilidade de tomar decisões com maior qualidade, no sentido da identificação dos aspectos exitosos, das dificuldades e, também, dos efeitos esperados e dos não intencionais, produzidos a partir de fatores gerenciais e operacionais. A avaliação pode, ainda, favorecer a racionalização do gasto público, como um instrumento para a melhoria do desempenho, alcance dos melhores resultados, e gerando uma maior possibilidade de governança (FELISBERTO, 2010).

Donabedian (1974) desenvolveu um quadro conceitual para o entendimento da avaliação de qualidade dos serviços de saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado (*input-process-output*) (MALIK; SCHIESARI, 1998). Entretanto quando se fala de um componente específico como, por exemplo, a assistência farmacêutica, observa-se diferentes níveis de compreensão das consequências das estruturas e dos processos envolvidos com interesse avaliativo (PORTELA, 2000). Também, os resultados podem ser compreendidos sob diferentes óticas, cuja adaptação da terminologia internacional tem, no Brasil, aparecido com certa confusão nas diversas traduções (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2005). Além disso, a avaliação de resultados em saúde é algo complexo, pois possuem múltiplas determinações causais internas e externas.

Estudos mais recentes, adotam a avaliação da governança (tradução do termo *governance*) dos sistemas de saúde em uma tentativa de obter as respostas que as avaliações e reformas até então implantadas não tem alcançado (SIDDIQI et al., 2009).

Segundo Dias (2012), o movimento que deu origem a esse termo, tinha o intuito de melhorar os resultados e a qualidade da prestação de



serviços públicos por parte do Estado, que já não garantia mais o seu papel. Ainda segundo a autora, o debate no campo aponta duas ideias que permeiam essa nova perspectiva: i) a Administração Pública precisa ser entendida como um processo de administração da mudança em busca de valores sociais e não apenas como administração governamental; e ii) se governo é diferente de empreendimento privado, a Administração Pública também é diferente da administração de organizações privadas, cujo interesse é voltado à produção de lucros (DIAS, 2012).

Embora diversos sejam os sentidos que podem ser assumidos pelo termo governança, Bevir (2010) considera que “governança” pode ser usada para descrever qualquer modelo que venha a surgir a partir do reconhecimento de que o Estado é dependente de outros atores. Assim, a atuação do Estado deve ser permeada pelo objetivo da promoção da qualidade dos relacionamentos e dos processos, o que seria fruto de uma Administração Pública de enfoque pluralista (aberto para outros participantes), onde as alianças e redes políticas configuram-se num novo modelo e as relações estruturais seriam pautadas no consenso e na cooperação, os objetivos projetados a longo prazo, as redes coordenadas e os resultados avaliados (DIAS, 2012). Especificamente sobre a governança de sistemas de saúde, esta visa a promoção e proteção da saúde de sua população (USAID, 2013).

Aqui surge a problemática das avaliações e dos indicadores desenvolvidos serem aptos a contemplarem a complexidade do processo de gestão na administração pública, e em um sistema de saúde universal e público como o SUS, ou seja, suas metas são mais difíceis de serem mensuradas.

Apesar do crescimento dos discursos sobre a governança na literatura, os trabalhos que se dedicaram a estudar a governança de sistemas de saúde não são abundantes. A juventude deste debate na área, somado ao entendimento que a boa gestão é a essência da boa governança (SIDDIQI et al., 2009), e que ambas podem e devem ser orientadas pelos mesmos princípios, optou-se nesta tese pela avaliação da capacidade de gestão.

Além disso, é importante destacar que os conceitos de gestão e capacidade de gestão utilizados como referência são muito próximos ao conceito de governança, como, por exemplo, ao proposto por Bevir (2010) e Pierre e Peters (2000), os quais definem governança como uma

nova forma de pensar sobre as capacidades do Estado e as relações entre este e a sociedade, defendendo que ele deve desempenhar papel estratégico para o desenvolvimento, considerando a emergência da reintegração das esferas econômica, social e política; pela OMS (2007) como a capacidade do Estado de responsabilizar-se pela saúde e bem-estar da população e conduzir o sistema de saúde em sua totalidade provendo, entre outros, visão e direção ao sistema de saúde; coletando informação “inteligência”; e exercendo influência mediante regulação e outros mecanismos; e por Bult-Spiering e Dewulf (2006), para os quais o enfoque na perspectiva da governança pública significa olhar para o processo, em vez de utilizar uma abordagem intra-institucional.

Na saúde pública brasileira, a experiências que foram surgindo no âmbito do SUS, de acompanhamento e monitoramento de políticas e programas, implicou na recomendação da ABRASCO (2011) sobre a importância da avaliação de serviços, aprimoramento dos sistemas de informação e a necessidade de integração pesquisa-serviços de saúde.

O presente trabalho considera, ainda, a tipologia proposta por Novaes (2000) para caracterizar a finalidade das avaliações que se encontra sintetizada no Quadro 1-7.

Quadro 1-7 Critérios para caracterização de tipos de avaliação em saúde.

<b>Crítérios</b>	<b>Investigação avaliativa</b>	<b>Avaliação para decisão</b>	<b>Avaliação para a gestão</b>
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Externo/interno
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização / compreensão	Caracterização / quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo) experimental / quasi-experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo e situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado	Hipóteses	Recomendações	Normas
Temporalidade	Pontual / replicado	Corrente / pontual	Integrado / contínuo

Fonte: NOVAES, 2000.

Com base nessa classificação, esta pesquisa tem características de investigação avaliativa, devido ao objetivo da produção de conhecimento, embora presente, também, características de uma avaliação para gestão, uma vez que a metodologia adotada prevê o retorno da avaliação para discussão com os gestores, visando a elaboração e o aperfeiçoamento de instrumentos de gestão.

## 6.2 Avaliação em Assistência Farmacêutica

Segundo Santos (2011), o termo assistência farmacêutica é polissêmico e utilizado tanto na gestão dos serviços quanto no meio acadêmico, com diversos significados e, este fato, tem refletido nos estudos de avaliação. Segundo a autora, na literatura, os trabalhos que tiveram como objetivo o desenvolvimento de avaliações foram, em alguns casos, limitados à descrição dos serviços e, em outros, não houve emissão de juízo de valor sobre os resultados encontrados. Alguns trabalhos utilizaram os indicadores propostos pela OMS (1993) para avaliação do uso de medicamentos, outros utilizaram a tríade de avaliação proposta por Donabedian, embora, destaque a autora, muitos empreguem somente elementos relacionados à estrutura e processo.

De tal modo, esta produção em avaliação está, em sua maior parte, restrita a descrições sobre aspectos estruturais dos serviços relacionados à aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos; pautada 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. Assim, segundo autora, essas produções pouco contribuem para a avaliação dos objetivos expressos no conceito corrente de assistência farmacêutica (SANTOS, 2011):

*“um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional”*  
(BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004)

Embora Santa Catarina ocupe uma posição de destaque na área de assistência farmacêutica, são poucas as pesquisas e publicações relacionadas ao tema, em especial de gestão. Novamente, os trabalhos de avaliação estão relacionados, em geral, a atividades específicas, como os trabalhos de Sartor (2010) sobre dispensação, de Blatt e colaboradores (2009) sobre adesão aos medicamentos, de Bianchin e colaboradores (2012) sobre qualidade dos medicamentos dispensados, de França Filho e colaboradores (2008) e Franceschet (2003) sobre o perfil dos farmacêuticos e farmácias no estado, de Blatt (2005) e Toreti (2006) sobre o Programa de Medicamentos Excepcionais no estado e município respectivamente, e de Veber e colaboradores (2011) sobre os Planos Municipais de assistência farmacêutica.

Somado a esses, destacam-se, ainda, trabalhos que, por meio de diagnósticos e avaliações, fornecem uma visão da assistência farmacêutica no Estado de Santa Catarina, como o trabalho de Nascimento Júnior (2000) e Costa (2002) sobre a assistência farmacêutica na rede pública de Florianópolis e Blumenau, respectivamente, de Santos (2003) sobre os serviços do SUS relacionados às ações de assistência farmacêutica e de Souza e colaboradores (2012) sobre indicadores de prescrição e da demanda atendida em um município.

Em âmbito nacional, destacam-se aqui algumas avaliações:

- 1999 - avaliação para identificar o cumprimento das responsabilidades das esferas estaduais e municipais pela Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do Departamento de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2005);
- 2001: estudo multicêntrico *Strategies for Enhancing Access to Medicines* realizado pelo Núcleo de estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG) sob coordenação da OMS e *Center for Pharmaceutical Management* (2003);
- 2001: estudo com a finalidade de conhecer o estágio de organização da assistência farmacêutica em nível municipal realizado pelo NESCON/UFMG (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001);

Mais recentemente merece destaque a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil, instituída pela Portaria nº 2.077 (2012b), de abrangência nacional, cujo objetivo principal foi avaliar o acesso, a utilização e o URM, caracterizando as morbidades para as quais são utilizados.

Grande parte dos trabalhos desenvolvidos, também em âmbito nacional, refere-se à assistência farmacêutica básica, como o de De Bernardi e colaboradores (2006) no Rio Grande do Sul; Vieira e colaboradores (2008), em São Paulo, e Oliveira e colaboradores (2010b), na Bahia.

Especificamente sobre avaliação da gestão da assistência farmacêutica, um dos referenciais teóricos utilizados foi o modelo desenvolvido, inicialmente, por Guimarães e colaboradores, em 2004, para avaliação das organizações sociais, e aperfeiçoado em 2007 pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica – NEPAF para a avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica (BARRETO, 2007; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; GUIMARÃES, 2007). Segundo os autores, ao aplicar este modelo em dois municípios do Estado da Bahia, observou-se, de forma geral, que estes ainda não eram capazes de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade, com vistas à promoção do URM e ao acesso da população aos medicamentos essenciais (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

A matriz de indicadores desenvolvida pelo NEPAF (BARRETO, 2007; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; GUIMARÃES, 2007) foi recentemente adaptada para a realidade catarinense por Manzini (2013) e aplicada para avaliação da capacidade gestão da assistência farmacêutica básica em seis municípios do estado por Mendes (2013).

Dada a recente implantação do CEAF, são poucos estudos relacionados a este componente e, especificamente em relação à avaliação da gestão do componente, nenhum estudo foi encontrado. Considerando a relevância do processo de implementação de uma política de saúde e seus programas, na perspectiva de consolidação do SUS, são necessários estudos para acompanhar e avaliar esse processo.

Por fim, esta pesquisa foi concebida com o objetivo de contribuir com o avanço nos estágios de desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica durante o próprio processo de pesquisa, bem como com a

qualificação de RH envolvidos. A avaliação realizada junto aos atores locais possibilita, também, que os indicadores propostos estejam adequados a realidade, levando em consideração a política e as especificidades da organização da assistência farmacêutica catarinense.

## **Capítulo 2. ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O CEAF**





## **1. ESTUDO SOBRE O CEAF E A GESTÃO DESTES COMPONENTES NAS UNIDADES FEDERATIVAS**

Este estudo visou aprofundar os conhecimentos sobre a gestão do componente e fornecer elementos adicionais para a proposição dos modelos teórico e lógico e dos indicadores.

Resultados parciais deste estudo estão no artigo: ROVER, M. R. M. et al. A organização do acesso aos medicamentos de alto preço no Brasil - **Cad. Saúde Pública** (submetido).

### **1.1. Metodologia**

Este estudo exploratório foi realizado em 2014 e envolveu representantes nos níveis nacional e de unidades federativas do componente. As cinco unidades participantes foram escolhidas por conveniência, resultando na definição de uma de cada região do país (norte, sul, sudeste, centro-oeste, nordeste), as quais, juntas, representam aproximadamente 35% da população brasileira (BRASIL, IBGE, 2014). Santa Catarina não foi incluída na amostra pois foi o local de coleta de dados para avaliação proposta nesta tese.

A coleta de dados junto ao representante da gestão nacional foi realizada por meio de entrevista, utilizando um roteiro com perguntas abertas relacionadas ao componente, sobre necessidade de informações, as características do contexto (político, econômico e social) que influenciam este componente, e as barreiras e os facilitadores da forma atual de organização e gestão do CEAF. Este roteiro foi previamente discutido com pesquisadores e profissionais da área. Os ajustes sugeridos foram realizados e a versão final foi aplicada após a assinatura do TCLE.

Para a coleta de dados nas unidades federativas foi desenvolvido um questionário com base nas diretrizes previstas nos PCDT e nas regulamentações do CEAF (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). O questionário consistia em 21 questões (abertas e fechadas) relacionadas à abrangência e a forma de organização do CEAF, incluindo informações sobre o financiamento,

a estrutura e a logística. Ainda foi consultada a opinião sobre os possíveis facilitadores e barreiras existentes na gestão do CEAF.

O questionário foi respondido por representantes da gestão do CEAF em cada uma das unidades participantes sendo solicitados os dados correspondentes ao último ano (2013).

Aos dados foram adicionadas informações complementares como número de habitantes, Produto Interno Bruto (PIB), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (BRASIL, IBGE, 2010, 2014) e Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Os dados de PIB e IDSUS foram categorizados em três grupos, de acordo com a ordem decrescente da posição das unidades federativas: terço superior (unidade federativa 1<sup>a</sup> a 9<sup>a</sup>), terço médio (10<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup>), terço inferior (19<sup>a</sup> a 27<sup>a</sup>). No caso do IDHM foi considerada a classificação: muito baixo: 0-0,499; baixo: 0,500-0,599; médio: 0,600-0,699; alto: 0,700-0,799; muito alto: >0,800 (15). Esta categorização foi utilizada visando a não identificação das unidades participantes.

Também foram coletados dados dos indicadores de acesso a serviços de saúde e medicamentos da Pesquisa Nacional de Saúde (GADELHA et al., 2015), dados do DataSUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) e os resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Ainda foram considerados os valores investidos para o CEAF pelo Ministério da Saúde em cada uma das unidades, reportados nas portarias correspondentes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a, 2013b, 2013e, 2013g).

## **1.2. Resultados**

Os pontos levantados pelo representante da gestão nacional, nos quatro principais tópicos explorados, são apresentados no quadro 2.1.

Os dados obtidos das unidades federativas participantes são apresentados nos Quadros 2-2, 2-3 e no Gráfico 2-1.

Quadro 2-1 Principais pontos levantados na entrevista com o representante da gestão do CEAF/DAF/MS.

<b>Pontos levantados pelo representante da gestão do CEAF/DAF/MS</b>
<b>Barreiras/ fragilidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de inserção da assistência farmacêutica na hierarquia formal da secretaria de saúde, não participando de todo o processo de construção da política de saúde local.</li> <li>• Falta de planejamento.</li> <li>• Dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde, principalmente, médicos.</li> <li>• Falta de conhecimento geral sobre o CEAF.</li> <li>• Dificuldades estruturais e políticas para ampliar a descentralização, concentrando somente nos grandes centros a dispensação dos medicamentos.</li> <li>• Incapacidade de resposta do SUS ao acesso aos serviços de média e alta complexidade.</li> <li>• Dificuldade do alcance da equidade no acesso aos serviços de saúde.</li> <li>• Excesso de papéis gerados nas diversas etapas e o excesso de controle em algumas destas.</li> <li>• Estruturas físicas ainda insuficientes.</li> <li>• Financiamento insuficiente para algumas ações relativas ao acesso dos medicamentos.</li> <li>• Pressão por novas tecnologias.</li> <li>• Falta de RH e de capacitação dos profissionais envolvidos.</li> <li>• Falta de sistema informatizado que permita a realização e registro dos dados do monitoramento.</li> </ul>
<b>Facilitadores/potencialidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A robustez na forma de organização e de financiamento, deixando clara a responsabilidade de cada ente federado.</li> <li>• A articulação, no nível central, com as outras políticas de saúde, dialogando com áreas cruciais para a boa gestão do CEAF, como SAS, Vigilância Epidemiológica e Secretaria de Vigilância em Saúde.</li> <li>• Articulação com CONASS e CONASEMS obtendo respaldo e apoio nas tomadas de decisões sobre incorporações tecnológicas, revisão dos valores dos medicamentos do Grupo 1B e centralização de outros medicamentos.</li> </ul>

<b>Pontos levantados pelo representante da gestão do CEAF/DAF/MS</b>
<b>Necessidade de informações</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cobertura do componente.</li><li>▪ Características da população atendida.</li><li>▪ Taxas de resolubilidade dos tratamentos.</li><li>▪ Caracterização da estrutura do CEAF nos estados.</li><li>▪ Como ocorre o processo de gestão do CEAF localmente e suas relações com as outras áreas atinentes à política de saúde.</li><li>▪ Sobre a oferta local dos outros serviços de saúde, importantes para a garantia do acesso aos medicamentos do CEAF.</li><li>▪ Grau de conhecimento e entendimento pelos médicos sobre o CEAF.</li><li>▪ Informações sobre a aquisição dos medicamentos.</li><li>▪ Serviços de referência (SR) ou polos de aplicação de medicamentos.</li><li>▪ Informações sobre monitoramento clínico.</li><li>▪ Sobre os sistemas de informação utilizados.</li></ul>
<b>Características do contexto que influenciam o Componente</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Organização do sistema de saúde.</li><li>▪ Influências econômicas.</li><li>▪ Complexo Industrial da Saúde</li></ul>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da entrevista com o representante da gestão do CEAF/DAF/MS

Quadro 2-2 Características contextuais das cinco unidades federativas estudadas.

Indicador	Unidade 1 (Norte)	Unidade 2 (Sul)	Unidade 3 (Centro-Oeste)	Unidade 4 (Nordeste)	Unidade 5 (Sudeste)
<b>IDHM<sup>a</sup></b>	Médio	Alto	Muito Alto	Medio	Alto
<b>IDSUS<sup>b</sup></b>	Terço inferior	Terço superior	Terço médio	Terço inferior	Terço superior
<b>PIB (ano)<sup>c</sup></b>	Terço médio	Terço superior	Terço superior	Terço inferior	Terço superior
<b>Aplicação de recursos pelas Unidades EC29 (% investido em saúde)<sup>d</sup></b>	13,54	11,22	17,70	13,44	12,43
<b>Total de pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses (1000 pessoas)<sup>e</sup></b>	4.564	8.006	1.987	2.583	34.272
<b>Acesso a todos medicamentos<sup>e</sup></b>	75,80%	84,80%	83,00%	80,80%	83,10%
<b>Acesso a consulta médica<sup>e</sup></b>	61,40%	73,80%	69,50%	66,30%	75,80%
<b>Acesso a plano privado de saúde<sup>e</sup></b>	13,30%	32,80%	30,40%	15,50%	36,90%

Fontes: <sup>a</sup> Índice de desenvolvimento do Humano Municipal. O IDHM das unidades é calculado a partir de indicadores que são extraídos diretamente da base de dados dos censos, considerando todas as pessoas da unidade. Não corresponde à média dos IDHM dos municípios que a conformam (BRASIL, IBGE, 2014). <sup>b</sup> Índice de desenvolvimento do SUS é um conjunto de 24 indicadores (14 de acesso potencial ou obtido e 10 de efetividade), que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). <sup>c</sup> Produto Interno Bruto (BRASIL, IBGE, 2010). <sup>d</sup> DATASUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) <sup>e</sup> Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 (GADELHA et al., 2015).

Quadro 2-3 Características das unidades federativas estudadas em relação ao CEAF.

	<b>Unidade 1 (Norte)</b>	<b>Unidade 2 (Sul)</b>	<b>Unidade 3 (Centro-Oeste)</b>	<b>Unidade 4 (Nordeste)</b>	<b>Unidade 5 (Sudeste)</b>
Número de usuarios do CEAF	7.000	104.734	26.000	12.000	541.626
% de pessoas que consultaram ao médico nos últimos 12 meses e receberam medicamentos do CEAF <sup>a</sup>	0,15	1,31	1,31	0,46	1,58
Número de locais de dispensação Municipal	1	269	0	0	585
Número de locais de dispensação Estadual	25	27	3	15	18
Número de outros locais de dispensação <sup>b</sup>	0	5	0	0	20
Número total de locais de dispensação	26	301	3	15	623
Média de número de usuários por local de dispensação	269	347	8666	800	869
Número de Serviços de Referência e/ou Polos de Aplicação de medicamentos	0	15 <sup>c</sup>	5 <sup>d</sup>	2 <sup>e</sup>	142
Valor investido pelo estado em medicamentos do CEAF (em milhões de dólares)	5,76	12,60	14,10	5,60	171,00
Valor investido pelo Ministério da Saúde em medicamentos do CEAF (em milhões de dólares)	15,40	115,60	28,40	22,50	719,40
Sistema de Informação	Hórus	Sistema Próprio	Hórus	Hórus	Sistema Próprio

Fonte: Entrevistas e cálculos próprios. <sup>a</sup> Cálculos próprios com base nos dados da PNS, 2013; <sup>b</sup> Hospitais universitários, fundações. <sup>c</sup> Administração de Toxina Botulínica, Imiglucerase e medicamentos para o tratamento da Hepatite C. <sup>d</sup> Administração de Toxina Botulínica, Interferon Peguilado e dos medicamentos indicados para o tratamento de Fibrose Cística, Esclerose Múltipla, Desordens do Movimento e, Doenças Neuromusculares. <sup>e</sup> Administração de medicamentos para o tratamento da Hepatite e Esclerose Múltipla.

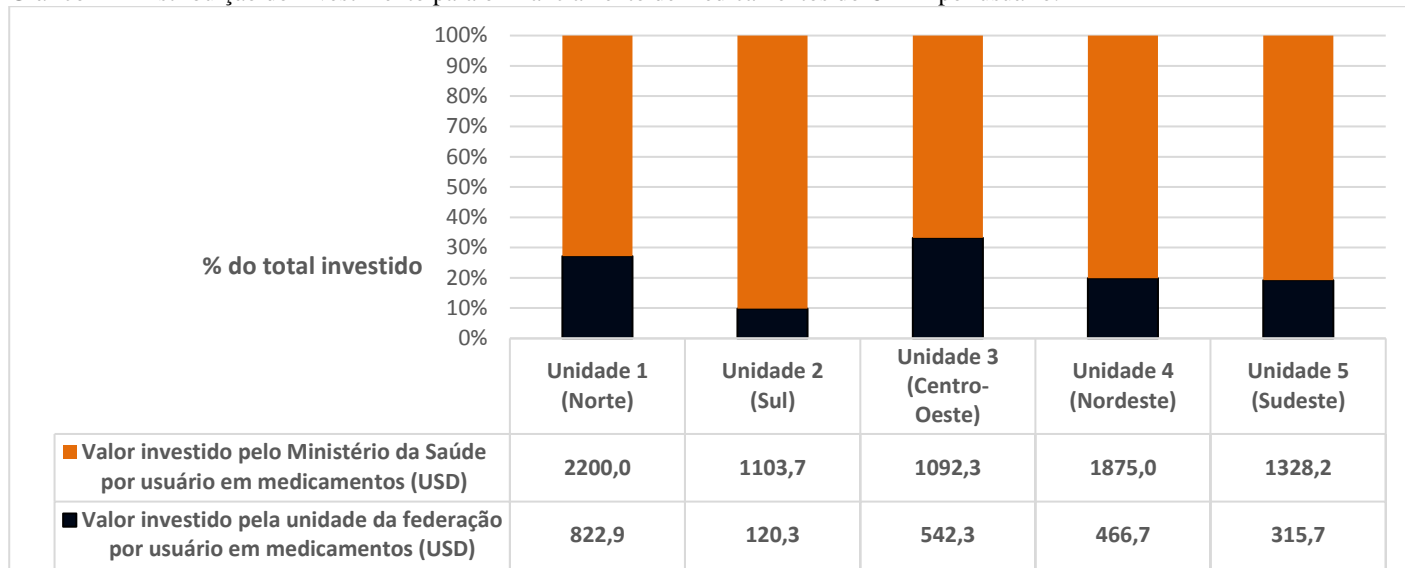
É possível observar no Quadro 2-2 que as unidades analisadas apresentam diferentes graus de desenvolvimento (IDHM, IDSUS e PIB), os quais coincidem com os dados dos indicadores de acesso a medicamentos e a serviços de saúde.

Em relação especificamente ao CEAF (Quadro 2-3), observaram-se diferenças, como no número de usuários e na organização do componente (descentralização dos locais de dispensação). A proporção de pessoas que tiveram consulta no último ano e que foram atendidas pelo CEAF, é similar nas unidades das regiões Norte e Nordeste, e menores em comparação com as unidades das outras regiões. Destacam-se também diferenças no grau de descentralização do componente (entendida como maior número de locais de dispensação em nível municipal) sendo maior nas unidades do Sul e Sudeste, ainda que o número médio de usuários por local de dispensação, apresente grande variação independente do grau de descentralização. Os dados mostram maior disponibilidade de polos aplicação de medicamentos na unidade da Região Sudeste em relação as demais.

As informações sobre o financiamento para aquisição, demonstram que as unidades com maior número de usuários são as que mais recebem recursos do Ministério da Saúde em valores absolutos. Por sua vez, as outras unidades são as que apresentam maior gasto por usuário, no financiamento dos medicamentos (Gráfico 2-1).

O quadro 2-4 apresenta as principais fortalezas e fragilidades do CEAF, segundo os representantes da gestão das cinco unidades federativas participantes.

Gráfico 2-1 Distribuição do investimento para o financiamento de medicamentos do CEAF por usuário.



Fonte: Elaborado pela autora.



Quadro 2-4. Principais fortalezas e fragilidades do CEAF, segundo os representantes da gestão das unidades federativas participantes.

FRAGILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas na aquisição<sup>a</sup></li> <li>• Financiamento insuficiente</li> <li>• Não implantação do monitoramento clínico previsto no PCDT</li> <li>• Estrutura e número de unidades para atendimento (incluindo os CR)</li> <li>• A utilização de vários sistemas informatizados, os quais não interoperam</li> <li>• Falta de pactuação com os municípios para descentralização das atividades do CEAF</li> <li>• Falta de estratégias de disseminação de informações sobre o CEAF</li> <li>• Curto período de renovação das solicitações para as doenças crônicas (trimestral)</li> <li>• Não verificação do atendimento da 1ª linha de cuidado pelos municípios</li> <li>• Recursos humanos insuficientes e/ou não qualificados</li> <li>• Oferta insuficiente de exames e consultas</li> <li>• Necessidade da centralização da compra de outros medicamentos<sup>b</sup></li> <li>• Não disponibilização de dados relativos aos resultados clínicos e econômicos alcançados</li> <li>• Necessidade de incorporação de outros medicamentos<sup>c</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de informação gerencial</li> <li>• Descentralização da dispensação para os municípios</li> <li>• Compras centralizadas pelo MS dos medicamentos com maior impacto financeiro</li> <li>• Presença do profissional avaliador e autorizador em unidades de atendimento, proporcionando a dispensação imediata ao usuário (estado do Sudeste)</li> <li>• A ampliação do acesso aos medicamentos</li> <li>• A evolução do CEAF nos últimos anos, com destaque à construção das linhas de cuidado</li> <li>• Condições clínicas integralmente atendidas</li> <li>• Aumento das condições clínicas para as quais agora o setor público garante tratamento</li> </ul>

<sup>a</sup> morosidade dos processos licitatórios; determinados itens não serem cotados em repetidos processos licitatórios; os períodos de interrupção na produção de determinados medicamentos; os monopólios/duopólios na produção; ausência de um banco de dados com as atas de registro de preços de todos os estados e cadastro nacional de fornecedores, e problemas para a aplicação das estratégias para redução dos preços.

<sup>b</sup> Como: Tiotrópio; Análogos de Insulina; Ranibizumabe; Teriparatida e imunossuppressores para transplante cardíaco.

<sup>c</sup> Como: Somatropina, Octreotida, Leuprorrelina, Alfacidomase, Toxina Botulínica, Iloprost, Ziprasidona e Deferasirox, principalmente devido ao impacto econômico que representam e porque os valores pagos pelo MS, segundo estes informantes, são insuficientes

### 1.3. Discussão

Foi observado, neste estudo, que a heterogeneidade tanto na forma de organização para atendimento dos usuários quanto no número de usuários atendidos está relacionada com as diferenças contextuais das unidades federativa, uma vez que o desempenho dos sistemas de saúde é amplamente influenciado pelas características políticas, socioeconômicas e culturais locais (PAINA; PETERS, 2012; SHEIKH et al., 2011) e, por sua vez, o acesso aos medicamentos é altamente dependente da organização e funcionamento dos sistemas de saúde também no nível local (BIGDELI et al., 2013).

Desta forma, apesar das diretrizes dos PCDT serem nacionais, as unidades federativas das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentam um maior percentual de usuários atendidos pelo CEAF, sendo estas as que têm maior disponibilidade de recursos (econômicos, humanos, maior renda da população), entendido como um PIB maior; têm uma maior disponibilidade de serviços públicos (maior IDSUS) e maior cobertura de planos privados de saúde. A maior oferta de serviços de saúde nestas três unidades inclui o maior acesso aos serviços privados, principalmente pela maior cobertura de planos privados de saúde nestas. Considerando que o CEAF atende prescrições do setor privado, este fator deve colaborar para a maior proporção de usuários atendidos.

Embora para Penchansky e Thomas (1981) a acessibilidade do serviço seja determinada pela relação entre o volume e o tipo de serviço disponível e volume e tipo de necessidade dos usuários, os nossos resultados corroboram com a primeira afirmação, mas não permitem afirmar que o menor acesso ao CEAF nas regiões norte e nordeste sejam resultado de uma menor necessidade de medicamentos do CEAF por parte da população, uma vez que não há dados epidemiológicos disponíveis.

Sabe-se também que, embora o Brasil tenha apresentado avanços importantes em relação ao acesso aos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, as limitações da oferta de serviços de alta e média complexidade (PAIM et al., 2011), que são necessários para o cumprimento dos critérios estabelecidos pelos PCDT, continuam sendo um grande desafio para o setor público do SUS. Estas limitações foram referidas pelos representantes da gestão nas esferas estudadas. Para Garcia-Subirats e colaboradores (2014) o elevado uso da atenção

especializada nos serviços privados no Brasil (BASTOS et al., 2011), parece relacionado com os longos tempos de espera do setor público. Como resultado, o atendimento da população com menos recursos e que não tem possibilidade de recorrer ao setor privado fica comprometido. Segundo Luz e colaboradores (2009), a existência de forte e inversa associação entre posição socioeconômica e subutilização de medicamentos por motivos financeiros, evidencia que expressiva parcela da população tem o sistema público de saúde como única alternativa para viabilizar a terapêutica necessária.

No caso específico do CEAF, Buendgens e colaboradores (2013) encontraram em estudo realizado em Santa Catarina, que de 103 pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide atendidos pelo componente, só uma pessoa teve acesso a todos os serviços de saúde requeridos para seu tratamento no setor público, enquanto os demais utilizaram simultaneamente serviços do setor público e do privado. Porém, este estudo demonstrou também, que a maior parte do financiamento do tratamento da artrite reumatoide foi arcada pelo setor público, sendo que este foi responsável por 79,3% dos custos dos medicamentos e 73,6% do custo direto médico total, representado principalmente pelos serviços de alta complexidade. Desta forma, mesmo com suas limitações, o setor público tem arcado com a maior parte do financiamento destes tratamentos.

O presente estudo mostrou que há relação entre a proporção de usuários do CEAF e a descentralização no nível municipal das unidades de dispensação do componente, como pode ser verificado nos dados das unidades da região Sul e Sudeste. As dificuldades estruturais e políticas para ampliar a descentralização, concentrando a dispensação somente nos grandes centros, foi ponto também de convergências entre os representantes da gestão de ambos os níveis. Tal grau de descentralização depende também da capacidade de negociação da gestão com os municípios, por esta razão chama a atenção a não verificação do fornecimento da primeira linha de tratamento, por parte dos municípios, na unidade da região Sudeste, passo fundamental para a garantia da efetividade e integralidade dos tratamentos contemplados pelo CEAF. A não verificação deste aspecto por parte das unidades da região Norte e Nordeste pode estar relacionada a baixa capacidade de negociação com os gestores municipais, que se evidencia também na pouca descentralização das unidades de dispensação nestas unidades; e pela

limitada capacidade financeira e de gestão de alguns municípios para a organizar sua rede de serviços de saúde (VARGAS et al., 2015).

Estas situações particulares demonstram que enquanto medicamentos de preço elevado têm sua oferta ampliada, os medicamentos da atenção básica, necessários como primeira linha de cuidado podem não estar disponíveis de forma adequada. Segundo resultados da PNAUM, a disponibilidade média dos medicamentos traçadores na atenção primária do SUS foi de 52,9% (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a; NASCIMENTO et al., in press). Essa situação pode acarretar agravamento das condições clínicas e aumento de custos para o próprio sistema de saúde.

Outro aspecto importante a ser destacado é que, além da ampliação do acesso, um dos objetivos do CEFAP foi a manutenção do equilíbrio financeiro entre as três esferas de governo, responsabilizando o Ministério da Saúde pela maior parte do financiamento. Esse novo modelo, visa otimizar os recursos, garantir o abastecimento da rede e desonerar os gestores estaduais no processo de aquisição, possibilitando a ampliação das ações relativas à qualificação do atendimento aos usuários (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Nesse sentido, segundo dados nacionais, entre agosto de 2012 e julho de 2013, o Ministério da Saúde foi responsável por aproximadamente 93% do financiamento dos medicamentos do CEFAP, os estados por 6% e os municípios com 1% (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a), contudo, de acordo com os resultados deste estudo, estes percentuais não são uniformes entre as unidades federativas. Os valores investidos pelo Ministério da Saúde dependem do número de usuários atendidos em cada unidade federativa, uma vez que o repasse dos recursos para as compras de medicamentos do grupo 1B, bem como a programação da compra dos medicamentos do grupo 1A depende do número de solicitações dos medicamentos em cada unidade, as quais são determinadas pela oferta de serviços.

Levando em conta o anterior, é possível afirmar que as diferenças encontradas na proporcionalidade dos investimentos por usuário entre as unidades federativas dependem também das dificuldades apontadas pelos gestores na aquisição dos medicamentos e repasse de informações para o Ministério. Ainda, as unidades que têm menor população e, portanto, menor demanda (Norte, Nordeste e Centro Oeste), têm uma menor

capacidade de negociação frente aos fornecedores em comparação com as unidades da região Sul ou Sudeste, o que significa que os preços de aquisição são maiores, ou seja, a unidade investe proporcionalmente mais para uma mesma condição clínica. Desta forma, as unidades federativas, com piores indicadores socioeconômicos e de desenvolvimento do SUS serão as mais oneradas, o que compromete a sustentabilidade do financiamento. Esta situação é ainda mais crítica no caso dos medicamentos com número de fornecedores limitado, devido aos monopólios gerados pela proteção de patentes.

Apesar das medidas adotadas para redução dos preços de aquisição dos medicamentos, por exemplo, a isenção de impostos e a definição do PMVG (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a), os resultados deste estudo evidenciam a necessidade do fortalecimento da vigilância sobre o mercado de medicamentos para que tais estratégias sejam concretizadas. De acordo com os relatos dos participantes, é também necessária a adoção de medidas complementares como a implantação de um banco de registro de preços de todos os estados, a criação de um cadastro nacional de fornecedores, bem como a geração de estratégias que favoreçam a compra conjunta entre os estados que têm menor capacidade de negociação, as quais podem contribuir também para a regulação dos preços destes medicamentos. Tobar e colaboradores (2012) sugerem que estratégias neste sentido são alternativas para a adoção de políticas centradas no acesso a medicamentos.

Os dados sobre o investimento do CEFAP evidenciam, também, a focalização dos recursos na aquisição dos medicamentos, em detrimento do aprimoramento de outros aspectos relevantes para o alcance do objetivo da integralidade do cuidado, tais como adequado quadro de profissionais, capacitação contínua dos RH e estrutura física adequada (quali e quantitativamente). Esta preocupação foi levantada tanto pelos representantes das unidades federativas quanto da gestão nacional. Na prática, segundo a perspectiva dos participantes, o fato do repasse financeiro do CEFAP pelo Ministério da Saúde ser exclusivo para a aquisição dos medicamentos, onera as unidades com todos os custos da execução, impossibilitando, na maioria dos casos, investimentos na qualificação dos serviços. Esta visão diverge do estabelecido na regulamentação vigente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d, 2013f), a qual considera que logística (programação, armazenamento, distribuição e dispensação) dos medicamentos do CEFAP é responsabilidade das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito

Federal, ou seja, estas secretarias são responsáveis por investimentos em infraestrutura e RH para garantir o funcionamento do CEAF no seu território.

A focalização no produto medicamento também é observada nos serviços e na gestão, uma vez que são priorizadas as atividades para a disponibilização dos medicamentos, enquanto a execução das atividades clínico-assistenciais necessárias para o acompanhamento dos tratamentos, segundo preconizado pelos PCDT, como a implantação e manutenção dos SR, é ainda limitada. Desta forma, a falta de dados sobre os tratamentos, somada às dificuldades para a geração e sistematização dos dados de saúde resulta na indisponibilidade de informações para a avaliação dos resultados no que diz respeito à melhoria do estado de saúde da população; o que de acordo com García-Altés e colaboradores (2006) representa uma fragilidade dos serviços de saúde.

Outro aspecto relatado pelos gestores é o custo adicional do financiamento de medicamentos não contemplados no CEAF, mas que devem ser fornecidos como resultado de ações judiciais. O fato de medicamentos solicitados por via judicial, sugeridos para incorporação pelos participantes ter recebido parecer desfavorável pela CONITEC (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012d, 2013c, 2014b), corrobora a evidência levantada da utilização da judicialização do acesso a medicamentos como um mecanismo da indústria farmacêutica para pressionar a incorporação de novas tecnologias no SUS, também relatado pelo gestor nacional, bem como para pressionar o financiamento público destes medicamentos para indicações *off-label* (FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014). Perante esta situação surge a necessidade de gerar estratégias conjuntas entre o Ministério da Saúde e as unidades federativas que visem o controle da propaganda farmacêutica, a difusão de informações independentes sobre a eficácia e segurança dos medicamentos, bem como a capacitação de prescritores para URM.

Também merece destaque que, embora com o CEAF tenha ocorrido uma aproximação da PNAF à PNCTI/S, os relatos de períodos de interrupção na produção de determinados medicamentos, demonstram a necessidade de maiores incentivos ao desenvolvimento científico e tecnológico no campo da produção farmacêutica nacional.

Por fim, os problemas logísticos apontados, somados ao fato dos sistemas informatizados não serem interligados, podem acarretar faltas ou atrasos na disponibilização dos medicamentos. Especificamente em relação aos sistemas de informação, é importante destacar que o repasse financeiro e de medicamentos às unidades federativas ocorre somente após transferência de dados e, em alguns casos, o cadastro dos usuários ao Ministério da Saúde. Falhas e problemas que porventura ocorrem nesta transferência, somadas à impossibilidade das unidades solicitarem reservas técnicas para atendimento de novos usuários, podem acarretar a falta ou atrasos nos atendimentos, com impactos negativos nos usuários e no próprio sistema, pela piora do estado de saúde, maior uso de terapias adicionais, aumento no número de retornos aos serviços de saúde e gastos adicionais nos tratamentos (ARRAIS et al., 2005). Sistemas interligados propiciam agilidade no repasse das informações, permitindo o atendimento de forma oportuna dos usuários, e é neste sentido que o Ministério da Saúde está trabalhando atualmente, na integração dos sistemas informatizados e na disponibilização de um *software* (HORUS) que facilita esta interação. Contudo, as unidades federativas têm autonomia para escolher o sistema de gestão do CEAF, por isso a diversidade dos sistemas utilizados observada neste estudo.

Desta forma, os resultados mostram um esforço para garantir o componente de maior custo do acesso aos medicamentos – os produtos, no entanto, o acesso à terapia medicamentosa precisa também garantir equidade, oportunidade e efetividade das terapias ofertadas.

Para superar estes desafios, além de medidas relativas à gestão do componente, é necessária uma maior interação entre os gestores da assistência farmacêutica com os demais gestores do SUS, a fim de desenhar estratégias que visem o fortalecimento do processo de descentralização, a necessidade de qualificação dos RH, superar as dificuldades no fluxo de informações e a integração dos serviços, uma vez que o CEAF depende em grande medida do bom funcionamento do SUS como um todo. E embora o gestor nacional refira a articulação no nível central com outras políticas de saúde, dialogando com áreas cruciais para a boa gestão do CEAF, na prática, os efeitos são pouco evidenciados pelos que utilizam e executam os serviços.

Observou-se, também, que as diferentes formas de organização e estruturação do CEAF têm impactado no acesso da população aos medicamentos. Ainda em relação às diferenças observadas entre as

unidades federativas, os percentuais investidos e a aplicação das estratégias desenvolvidas visando a otimização dos recursos demonstram que são necessárias outras medidas, pois as unidades com piores indicadores de desenvolvimento são aquelas que investem proporcionalmente mais para uma mesma condição clínica e, desta forma, a economia de recursos pretendida para investimentos na qualificação dos serviços não é viabilizada.

A carência de dados nacionais específicos sobre morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos usuários atendidos pelo CEAF apontam para a necessidade de estudos mais aprofundados relativos aos resultados clínicos e econômicos alcançados, sobre abrangência e crescimento do componente, como uma estratégia para a busca de soluções visando garantia do acesso aos medicamentos e atendimento integral de seus usuários. Além disso, essas informações são úteis para nortear as ações do Ministério da Saúde e das unidades federativas com base na realidade das Secretarias de Saúde e na factibilidade das regulamentações, possibilitando a formulação de políticas públicas visando otimizar a execução do CEAF.

## **2. ESTUDO SOBRE O CEAF E A GESTÃO DESTE COMPONENTE COM ATORES ENVOLVIDOS EM SANTA CATARINA**

Com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre o CEAF foi realizado um estudo exploratório com os atores diretamente envolvidos com o cotidiano do componente: médicos, farmacêuticos e os usuários, conforme descrito a seguir.

Resultados parciais deste estudo estão publicados nos artigos:

- ROVER, M. R. M. et al. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacêuticos y usuarios. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n. 2, p. 110–116, 2016.
- ROVER, M. R. M. et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: A percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em um



estado do sul do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 691-711, 2016.

## **2.1 Metodologia**

Esse estudo foi conduzido com base na metodologia de pesquisa qualitativa. Para a coleta de dados foram utilizadas a técnica de grupo focal e entrevistas semiestruturadas, as quais foram realizadas no ano de 2014, com atores envolvidos com o CEAF, a saber: usuários, médicos e farmacêuticos.

A seleção dos participantes foi realizada de forma intencional, por um grupo de farmacêuticas que trabalham com o CEAF e que conheciam as características de cada um dos possíveis participantes. O tamanho da amostra foi definido considerando as diferentes características e experiências dos participantes. A saturação teórica foi verificada mediante a triangulação entre os diferentes grupos de informantes, para assegurar a consistência e a validade dos resultados (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2010).

Os roteiros utilizados foram construídos com base nas diretrizes dos PCDT (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) e seguindo as recomendações de Minayo et al (2010).

### **2.1.1 Grupo Focal**

Seguindo as recomendações de Guix (2003) e Gatti (2005), dez usuários do CEAF foram convidados a participar, por via telefônica. Para a seleção dos participantes considerou-se a experiência com o tema abordado, incluindo:

- Diagnósticos;
- Tempo de recebimento dos medicamentos;
- Tipo de atendimento em saúde (SUS/Plano de saúde/Particular);
- Faixa de escolaridade;
- Faixa de renda;
- Sexo;

- Faixa etária.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: possuir relacionamento prévio com algum dos demais participantes, com o moderador ou com o relator.

Como instrumento norteador da discussão foi utilizado um roteiro que contemplava os tópicos: conhecimento prévio; trajetória percorrida e percepção sobre a organização desta forma de acesso a medicamentos.

Os tópicos foram inseridos na discussão de maneira aberta, permitindo que todos os participantes tivessem a chance de expor sua opinião sobre o assunto debatido, e o esgotamento da discussão de cada tema (saturação).

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes e autorização para gravação em áudio, o grupo foi conduzido por um moderador com conhecimento sobre o tema e sem envolvimento direto com a oferta de serviços do CEAF. Contou-se também com a presença de um observador/relator que se encarregou da observação da comunicação não verbal e do registro de outros acontecimentos de interesse. A discussão teve duração aproximada de 1 hora e 30 minutos.

### **2.1.2 Entrevistas**

Para participar das entrevistas foram convidados, por e-mail ou pessoalmente:

- Sete médicos de diferentes especialidades, que atendem usuários da capital e de outras regiões do estado de Santa Catarina, e com diferentes locais de trabalho (serviço público/privado);
- Seis farmacêuticos que trabalham com o CEAF na capital ou interior do Estado e com diferentes tempos de serviço;

Foram elaborados questionários semiestruturados específicos para cada categoria de informante. O roteiro de entrevista utilizado com os médicos contemplou perguntas abertas relacionadas ao acesso às informações, conhecimento e entendimento sobre o componente,

aspectos positivos e dificuldades da forma atual de organização e gestão do CEAF.

O roteiro para os farmacêuticos contemplou perguntas abertas relacionadas ao acesso às informações, aspectos positivos e dificuldades da forma atual de organização e gestão do CEAF, sobre a organização dos serviços de acordo com o previsto nos PCDT, papel da unidade de trabalho e sua relação com os demais setores envolvidos.

Os roteiros de entrevistas foram previamente discutidos com pesquisadores e profissionais da área. Os ajustes sugeridos foram realizados e a versão final dos roteiros foi aplicada aos participantes. Todos os profissionais assinaram o TCLE antes do início das entrevistas e autorizaram a sua gravação. As entrevistas foram realizadas presencialmente pela mesma pesquisadora.

### **2.1.3 Análise dos dados**

Após o grupo focal e as entrevistas, o áudio foi transcrito e, no caso do grupo focal, o material foi complementado pela relatoria. Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, estes foram identificados, ao longo da discussão, por letras correspondentes a sua categoria seguida de um número: médicos (M#), usuários (U#) e farmacêuticos (F#).

A abordagem adotada se baseou na premissa de que é o ponto de vista dos sujeitos sociais que deve ser o objeto de estudo, procurando extrair os significados a partir dos relatos de cada sujeito (MINAYO, 1999).

Para chegar às interpretações, seguiu-se o roteiro de análise proposto por Pope e colaboradores (2000):

- Familiarização com o texto completo de todas as entrevistas e grupo;
- Identificação de todos os conceitos e temas relevantes;
- Indexação dos trechos destacados por tema e correlação com outros;

- Rearranjo dos trechos destacados, considerando seus contextos e peculiaridades, em um fluxo coerente e compreensível;
- Mapeamento dos conceitos, abrangência e natureza do fenômeno estudado, busca pela associação dos temas para a construção de uma explanação para os achados, ligando-os ao referencial teórico (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2000).

A construção das categorias partiu da busca pela interpretação dos significados das questões levantadas pelos atores. Os trechos destacados por categoria foram indexados e, considerando seus contextos e peculiaridades, foram selecionados para exemplificar cada uma das categorias. Nos casos de desacordos na categorização estas foram discutidas com a equipe de pesquisadores do grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, da UFSC.

Os materiais obtidos foram utilizados para o estudo sobre o objeto e aspectos levantados pelos atores foram incorporados no desenvolvimento da avaliação.

## 2.2 Resultados

As características da amostra do estudo exploratório em Santa Catarina são apresentadas nos Quadros 2-5, 2-6 e 2-7.

Quadro 2-5 Perfil dos prescritores convidados a participar do estudo.

<b>Prescritor</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Local de atuação</b>
<b>1</b>	Gastroenterologista	Clínica privada
<b>2*</b>	Hematologia	SUS
<b>3</b>	Médico de Saúde da Família	SUS
<b>4</b>	Nefrologista	Clínica privada e SUS
<b>5</b>	Pneumologista	SUS
<b>6</b>	Psiquiatra	Clínica privada e SUS
<b>7*</b>	Reumatologia	Clínica privada e SUS

\* 2 e 7 não compareceram no horário agendado.

Quadro 2-6 Perfil dos usuários convidados a participar do grupo focal.

	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tempo de atendimento pelo programa</b>	<b>Anos de estudo*</b>	<b>Tipo de atendimento em saúde</b>	<b>Renda</b>
<b>1**</b>	Artrite Reumatoide	8 anos	1-7 anos	SUS	R\$511-1020
<b>2**</b>	Asma	3 anos			R\$2551-5100
<b>3</b>	Deficiência do hormônio do crescimento	3 anos	1-7 anos	SUS	R\$2551-5100
<b>4**</b>	Doença de Parkinson	4 anos	1-7 anos	SUS/Particular	R\$511-1020
<b>5</b>	Esclerose Múltipla	9 anos	12-14anos	SUS/Plano de saúde	R\$5101-10.200
<b>6</b>	Esclerose Sistêmica Progressiva	0***	15-16 anos	SUS/Plano de Saúde/Particular	R\$2551-5100
<b>7</b>	Insuficiência Renal crônica – representante de pacientes	****	****	SUS	****
<b>8</b>	Osteoporose	4 anos	Acima de 16	SUS/ Plano de Saúde/Particular	R\$5101-10.200
<b>9</b>	Transplante	12 anos	Acima de 16 anos	SUS	R\$5101-10.200
<b>10</b>	Transplante e representante de uma associação de pacientes	3 anos	8 anos	SUS	R\$2551-5100

\* Foi coletado o número de anos de estudo do usuário ou de seus responsáveis, quando os últimos eram aqueles responsáveis/cuidadores e que compareceram o representando.

\*\* Os usuários 1, 2 e 4 não compareceram na data agendada.

\*\*\* Usuário entrou com a solicitação do medicamento e aguarda o fornecimento.

\*\*\*\* O participante 7 não possui dados referentes a tempo de atendimento, renda, sexo e idade por representar pacientes de uma unidade de hemodiálise em um hospital público.

Quadro 2-7 Perfil dos farmacêuticos entrevistados.

<b>Farmacêutico</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo de serviço no CEAF</b>	<b>Local de atuação</b>
<b>1</b>	Mestrado Especialização – Saúde Pública	5 anos e 6 meses	Capital
<b>2</b>	Especialização – Saúde Pública	5 anos e 7 meses	Capital
<b>3</b>	Mestrado Especialização – Gestão da Assistência Farmacêutica	4 anos e 6 meses	Capital
<b>4</b>	Mestrado Especialização – Gestão da Assistência Farmacêutica	4 anos	Capital
<b>5</b>	Especialização – Gestão da Assistência Farmacêutica	6 meses	Interior do Estado
<b>6</b>	Especialização - Gestão da Assistência Farmacêutica	4 anos	Interior do Estado

Da análise das transcrições os dois principais temas que emergiram foram: **O acesso aos medicamentos do CEAF; A fragmentação do cuidado.**

### **2.2.1 O acesso aos medicamentos do CEAF**

Para esta análise considerou-se que acesso à saúde constitui um comportamento de uso de bens e serviços com a finalidade de atingir uma meta definida pela necessidade apresentada pelo indivíduo ou comunidade (SOARES, 2013). No caso do acesso aos medicamentos, este comportamento depende de fatores predisponentes do usuário (por ex. características socioeconômicas e percepções sobre o sistema de saúde); de fatores capacitantes (por ex. a organização dos serviços de saúde, a regulamentação do sistema e as percepções dos profissionais de saúde); das necessidades percebidas e dos resultados em saúde.

Ou seja, o acesso a medicamentos não depende somente do estipulado em uma política (BIGDELI et al., 2013), dependendo também dos itinerários terapêuticos construídos pelos usuários, de acordo com seus contextos e circunstâncias. Ainda segundo Soares (2013), uma vez que os serviços são caracterizados como atividades que dependem da interação direta do provedor com o usuário desse serviço, o seu uso está condicionado à relação do usuário com o profissional.

Por outro lado, para Aday e Andersen (1974) a acessibilidade refere-se à capacidade de um sistema de saúde produzir serviços que influenciam seu acesso ou uso. Com base nesse pressuposto, para Soares (2013) a acessibilidade dos serviços aos usuários constitui uma das características estruturais dos serviços que capacitam o usuário a acessá-los. E a capacidade de produzir serviços é dependente da estruturação e gestão destes serviços, o que irá lhe conferir a qualidade de serviços mais ou menos acessíveis.

Desta forma, ao analisar as transcrições encontrou-se que, apesar dos atores destacarem que o acesso aos medicamentos do CEAF melhorou nos últimos anos, os mesmos descrevem as barreiras que limitam a oportunidade do acesso.

Da perspectiva dos participantes, principalmente usuários e médicos, a primeira barreira diz respeito aos protocolos e às regras de funcionamento do CEAF. Os PCDT são considerados burocracia que

restringem o acesso aos medicamentos e desviam o foco do processo de cuidado dos pacientes ao cumprimento dos trâmites administrativos, situação que pode ser contraproducente para a saúde. A segunda barreira descrita são as limitações na oferta dos serviços de saúde necessários para o cumprir os requisitos estabelecidos nos PCDT (exames e consultas) (**Fatores capacitantes**).

Como resposta a estas barreiras são desenvolvidas **estratégias alternativas** visando a concretização do acesso aos medicamentos. Tais estratégias incluem empréstimos de medicamentos de pacientes com o mesmo diagnóstico e a compra privada; a utilização da via judicial; a agilização de consultas e exames por meio de agendas paralelas para saltar as filas de espera; a criação de um sistema fictício de consultas e exames.

De acordo com os participantes, ainda que as estratégias alternativas garantam o medicamento, ao mesmo tempo geram efeitos secundários relacionados à saúde, pois não garantem que os demais serviços necessários para o acompanhamento dos tratamentos estejam disponíveis. Ainda, a partir das falas é possível inferir que estas estratégias demonstram a frágil concepção de direito a saúde dos usuários, a dependência dos profissionais que ajudam e a percepção de que os exames, prescrições e formulários médicos são papéis desnecessários para o êxito dos tratamentos (**Consequências das estratégias alternativas**).

As categorias, subcategorias e exemplos de falas que as representam são apresentadas no Quadro 2-8.



Quadro 2-8 Categorias, subcategorias e afirmações referentes a primeira análise temática: O acesso aos medicamentos do CEAF.

Subcategorias	Categorias
<b>Os fatores capacitantes do CEAF</b>	
Impactos positivos apesar das barreiras	(U7) “Mesmo com sacrifício de conseguir, ainda bem que tem. Claro que tem que melhorar muita coisa, mas acho que os passos estão sendo dados”. (U9) “Positivo mesmo é que o usuário tem a certeza de que ele vai receber o medicamento. Medicarções caríssimas, imagina, um usuário renal ia ter acesso a essa medicação? Como?”
Burocracia que limita o acesso	(F2) “Tem muito essa parte burocrática, acaba demorando mais tempo pro usuário receber o medicamento, desde o diagnóstico até o tratamento demora bastante”. (M3) “O acesso... deveria ter a menor burocracia possível... Ele chega no local (de dispensação) e já retira a medicação... sem que tenha que entrar em uma fila de espera”.
Limitações na oferta da rede de serviços de saúde	(U3) “A demora dos exames é muito longa. Eu estou há um ano esperando o resultado de um raio X... aí eu tive que pagar pelo exame”. (M3) “O fato de alguns protocolos exigirem a opinião ou a prescrição do especialista como a primeira indicação, impede o acesso de boa parte dos usuários, porque daí a gente tem o gargalo do acesso ao especialista [no SUS]”.
<b>Estratégias alternativas para o acesso aos medicamentos do CEAF</b>	
Empréstimos e compra privada	(U5) “O meu caso, não tem nem na farmácia para vender o remédio... eu tive que ir atrás de alguém que tivesse para me emprestar”. (U8) “No início do processo, o meu medicamento estava em falta. Então eu fiquei um tempinho sem o medicamento, deu, foi aprovado e tudo, mas daí não tinha o medicamento. Ia chegar em tal mês, mas não veio. Aí eu tive que comprar”.
Judicialização	(M1) “A gente tem duas opções: ou preenche os critérios do protocolo ou vai pela justiça”. (M5) “Devido a algumas limitações (dos PCDT), aí a gente manda para o judicial”
Mecanismos para transpor a fila	(M5) “Lá nós agilizamos os exames pela demora no posto para agendar”.

Subcategorias	Categorias
	(U3) “Ela já estava dois anos sem se consultar. Ai pra facilitar, a doutora faz uma agenda especial de quando precisa e tá com dificuldade, e [o usuário] que tá um bom tempo sem conseguir vai lá e conversa com ela que ela dá uma ajuda”.
Sistema fictício de consultas e exames	(U7) “Quem sabe, se aumentasse o prazo de renovação seria mais fácil conseguir uma consulta de verdade, a cada 6 meses do que uma mentira a cada 3”. (U3) “E aí aumenta a dose sem nem ver a paciente... já aconteceu várias vezes, não sei o que isso vai causar, da minha filha não se consultar, mas a medica passa, já tá um tempo assim”.
<b>Consequências das vias alternativas</b>	
Dependência de profissionais que “ajudam”	(U6) “Tudo depende de ter a graça de pegar um médico bom, consciencioso, que encaminhe que te oriente...”. (U3) “E a médica disse: calma mãe, tudo tem solução, eu vou te mostrar os caminhos que tu vai seguir e tu vai conseguir”.
Percepção de exames, laudos e formulários como papéis desnecessários	(U3) “Pedem muitos papéis. Tá no posto o papel encaminhado, e tu vai ficar sem o remédio? Por que aqui eles querem o papel. E não tem o que fazer”. (F6) “Então manda a sua folhinha, ele (o médico) vai te olhar e não vai pedir exame, realmente, ele só vai te olhar e assinar uma folha, só que isso vai trazer como consequência uma consulta a menos, pra uma pessoa que tá precisando realmente daquela consulta. ”
Frágil concepção do direito à saúde	(M6) “No geral o que a gente acaba vendo, usuários que tem mais recursos econômicos e culturais são os que acabam acessando com mais facilidade do que os que realmente precisam. Ou eles não se acham autorizados a correr atrás disso, ou não sabem como correr atrás disso, então assim, isso acaba sendo um entrave grande”. (U3) “Nem sabia que eu tinha direito a esse tratamento. Eu fico feliz pelo programa que o governo deu”.
Não garantem que os demais serviços necessários para o seguimento dos tratamentos estejam disponíveis	(M6) “Não tem unidade básica, não tem especialista suficiente na rede... e os hospitais estão sempre super, super lotados. Quanto mais recurso tu tiver pra manter os usuários na comunidade melhor”. (F2) “(O farmacêutico) não sabe o que tá acontecendo, tá entregando o medicamento pra que, assim sabe? Tá melhorando? Se tá fazendo o tratamento correto ou aconteceu alguma coisa que tem que suspender o tratamento. Não sabemos de nada, não tem monitoramento”.

### 2.2.2 A fragmentação do cuidado e a forma atual de organização e gestão do CEAF.

Para esta análise, considerou-se que as políticas de saúde não são só guias e regras formais, que por ser legítimos e necessários para fortalecer o sistema de saúde pelos tomadores de decisão, são automaticamente adotadas e implantadas pelos atores do sistema. Na prática, a gestão e os resultados das políticas e estratégias de saúde dependem tanto da estrutura ou *hardware* do sistema de saúde (RH, financiamento, medicamentos e tecnologias, estrutura organizacional, infraestrutura dos serviços e sistemas de informação) quanto das relações estabelecidas entre os diferentes *stakeholders* ou *software* (ideias, interesses, relações, poder, valores e normas) (SHEIKH et al., 2011).

Sabe-se também que grandes planejamentos e programas se revelam no nível local (na “ponta” dos serviços), aonde os atores diretamente envolvidos experimentam, sentem e confrontam-se com os macroprojetos, ou seja, a prática.

Desta forma, conforme já relatado no item anterior, há um entendimento amplo entre os grupos de atores envolvidos de que o CEAF trouxe melhorias no acesso aos medicamentos. Por outro lado, os atores referem que a oferta e a organização dos serviços de saúde contrastam com os requisitos estabelecidos pelo CEAF, gerando dificuldades para o acesso aos medicamentos e/ou para o acompanhamento dos tratamentos. É no contexto deste entendimento que a fragmentação do cuidado e sua relação com a atual forma de organização e gestão do sistema apareceu como tema relevante nas falas.

Todas as temáticas a seguir abordadas estão ancoradas neste entendimento geral, da qual emergiram as cinco categorias analíticas: uma relacionada com o *hardware* do sistema de saúde (limitações na oferta de serviços) e quatro relacionadas com o *software* (problemas de articulação entre serviços de saúde; problemas no fluxo de informação e comunicação; foco dos serviços farmacêuticos no produto (medicamento) e o comprometimento do atendimento multiprofissional). As categorias, subcategorias e exemplos de falas que as representam estão apresentadas no Quadro 2.9.

Quadro 2-9 As categorias, subcategorias e exemplos de falas da segunda análise temática: A fragmentação do cuidado e a forma atual de organização e gestão do CEAF.

<b>SUBCATEGORIAS</b>	
<b><i>Hardware do sistema de saúde</i></b>	
Limitações na oferta de serviços	<p>(U3) “Eu estou um ano esperando o resultado de um raio X eu não consegui pegar esse hormônio [medicamento] porque não tinha esse resultado, desse exame. Outra coisa, eu tenho direito da minha filha se consultar onde ela tá fazendo o tratamento aí de tanto insistir, tanto insistir eu consegui, mas isso levou 4 meses, e ela já estava dois anos sem se consultar”.</p> <p>(M6) “Quer dizer, toda a política de deshospitalizar usuário etc. e tal, não acho que a nível de medicamento, aí é um problema dos aparelhos. Não tem unidade básica, não tem especialista suficiente na rede, não tem...”.</p>
<b><i>Software do sistema de saúde</i></b>	
Problemas de articulação entre serviços de saúde	<p>(U6) “Porque não adianta receber o órgão e ter falta de medicamento, volta pra máquina de novo? Por isso que cada coisa tá ligada na outra né! Tudo tem que funcionar!”</p> <p>(M1) “Não existe um contato direto entre a gente e vocês [farmacêuticos]”.</p> <p>(F1) Por exemplo, ele vem lá do [bairro], pega olanzapina, aí pega ainda outro medicamento em outra unidade [distrital] aí retorna pra unidade dele ainda, pega pra pressão. O usuário, ele não tem vantagem nenhuma no serviço posto como está...”.</p>
Problemas no fluxo de informação e comunicação	<p>(F3) “A gente tem a questão da comunicação intersetorial que praticamente é muito, muito rarefeita. A gente tinha que ter esses canais já estabelecidos de forma que a informação seja fluida [...] a gente não sabe o que informar para o usuário, por exemplo, quando falta um medicamento...”.</p> <p>(M1) “Conheço muito pouco [CEAF], acho que só as informações através do usuário”.</p>

SUBCATEGORIAS	
Foco dos serviços farmacêuticos no produto (medicamento)	<p>(F3) “O farmacêutico fica muito isolado disso [monitoramento dos tratamentos] e só na logística né, controlando estoque, receita, infelizmente”.</p> <p>(F1) “Mas a gente não tem o que fazer, seria a carga burocrática que esse componente traz e faz com que os serviços farmacêuticos fiquem muito restritos nisso, em estar dando conta de questões mais administrativas. Porque o acesso tá restrito apenas ao fato de entregar o medicamento, a gente pode estar aumentando o custo desse tratamento, né. Um medicamento que às vezes está causando alguma reação adversa ou não está sendo efetivo, vai levar a uma internação, intercorrências...”.</p>
Comprometimento do atendimento multiprofissional	<p>(F2) “Porque precisaria não só do farmacêutico, mas sim dos médicos, ter um acompanhamento de outros profissionais, nutricionista, e a gente fica bem isolado, na rede, não tem rede, é o especializado ali isolado, não tem interação”.</p>

### 2.3. Discussão

O CEAF é percebido pelos participantes, neste estudo, como um avanço importante da saúde pública brasileira, na medida em que os medicamentos cobertos pelo componente são de alto valor econômico e para condições clínicas que têm um impacto considerável na vida das pessoas. Os avanços no acesso a medicamentos percebidos pelos participantes coincidem com os resultados divulgados por Paniz e colaboradores (2008) e mais recentemente, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Entretanto, para os participantes ainda existem barreiras para alcançar a oportunidade e a integralidade no acesso aos medicamentos do CEAF e ao cuidado.

Os achados deste estudo corroboram com o referencial teórico utilizado, pois evidenciam que o acesso não depende somente do estipulado em políticas e estratégias (BIGDELI et al., 2013), senão também de fatores capacitantes (disponibilidade de serviços e burocracia) e de fatores predisponentes (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; SOARES, 2013). Os fatores predisponentes influenciam o acesso aos medicamentos pela via estabelecida pelo CEAF, aos demais serviços de saúde e as vias alternativas para o acesso a medicamentos do CEAF.

Com relação aos fatores capacitantes, os resultados mostram que ainda que os objetivos de estabelecer os PCDT (e que segundo Weber devem ser os objetivos dos processos burocráticos) (LEFORT, 1979) são alcançar racionalidade, eficiência e previsibilidade dos resultados dos tratamentos, e garantir igualdade de possibilidade de acesso aos medicamentos, a partir de regras conhecidas, procedimentos formalizados e impessoais baseados em critérios técnicos, os PCDT são considerados, pela maioria dos participantes, mera burocracia, cujo objetivo é limitar o acesso.

A visão negativa que os participantes têm sobre os PCDT coincide com as principais críticas aos princípios burocráticos. A primeira delas se refere à ênfase exagerada nas regras e procedimentos, manutenção de registros e papelada, que podem se tornar mais importantes por si mesmos do que os seus fins (VARGAS-PELÁEZ et al., 2014). Este ponto é destacado principalmente pelos farmacêuticos, devido ao excesso de carga burocrática a que ficam resumidos seus processos de trabalho.

A segunda crítica, relacionada com a rigidez do processo burocrático e a incongruência entre a realidade e as regras definidas com base em conceitos teóricos (SILVA, 2008). Isto se evidencia no desajuste entre oferta ('*hardware*' do sistema de saúde) e demanda de exames e consultas com especialistas relatadas e já reconhecidas no sistema de saúde brasileiro (ALMEIDA et al., 2010; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003). Entretanto, essa foi uma preocupação observada na construção do CEAf, ao passo que os PCDT, além de orientar o processo de cuidado, devem auxiliar os gestores da saúde nas três esferas de governo também como instrumento de apoio para o planejamento na disponibilização de procedimentos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Complementarmente, em 2012 a publicação da Portaria nº 841 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c), definiu que a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) deve estar fundamentada nas normas e PCDT do SUS. Entretanto, embora estas duas prerrogativas, na percepção dos atores, o sistema não é pensado como um todo, e as limitações permanecem. Este fato gera, em parte, a perda de legitimidade dos PCDT e a percepção negativa destes por parte dos profissionais da saúde e dos usuários.

O caráter individual das vias alternativas recorridas pelos usuários para conseguir acesso aos medicamentos do CEAf corrobora com o fato do processo de utilização dos serviços de saúde resultar da interação do comportamento do indivíduo que busca cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Estratégias como a agilização de consultas e exames por meio de agendas paralelas e a judicialização, também geram inequidade no acesso, pois aqueles pacientes com fatores predisponentes favoráveis (ANDERSEN; NEWMAN, 2005) (por exemplo maior renda e/ou nível de escolaridade) são os que têm maior acesso à informação e mais facilidade para dispor de serviços médicos e medicamentos (BOING et al., 2013; FONDO NACIONAL DE RECURSOS, 2010; PETERS et al., 2008; REVEIZ et al., 2013; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014; VIANNA et al., 2005). Estas inequidades também são observadas em outros países (DEVAUX; DE LOOPER, 2012; VIANNA et al., 2005).

Ainda estas vias alternativas podem ser contraproducentes para o sistema de saúde (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012). Por exemplo, a utilização frequente da via judicial para conseguir medicamentos (CHIEFFI; BARATA, 2009) consome recursos (econômicos, humanos, etc.) da via administrativa para a resolução de

situações individuais, em detrimento das demais pessoas que devem seguir a via regular do sistema de saúde (DEVAUX; DE LOOPER, 2012; FONDO NACIONAL DE RECURSOS, 2010; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014). Além disso, esta via não garante aos pacientes o acesso aos outros serviços de saúde requeridos para o acompanhamento adequado dos tratamentos.

Por sua vez, o sistema fictício de consultas e exames também pode gerar resultados negativos na saúde dos usuários, devido ao monitoramento inadequado dos tratamentos, resultados que podem traduzir-se em maiores gastos para o sistema de saúde, nos casos que se necessite o atendimento de complicações. Portanto, o contato informal com os profissionais, além de gerar um acesso desigual, nem sempre está orientado por critérios de prioridade clínica (ALMEIDA et al., 2010).

Apesar da intenção de se criar vias alternativas ser positiva, porque facilita o acesso aos tratamentos destes pacientes e busca diminuir os possíveis prejuízos do início tardio ou da interrupção abrupta do tratamento, estas medidas disfarçam as limitações do sistema de saúde e não favorecem a solução dos problemas de fundo.

Os resultados deste estudo, na mesma direção de Leite e Mafra (2010), mostram que a naturalização das vias alternativas ao permitir os pacientes saltar as filas de espera, conseguir documentos que não representam a realidade, e transitar entre os setores público e privado para realizar os exames e as consultas, geram dependência dos profissionais “que ajudam”, e quando o usuário obtém o medicamento o percebe como um “presente” e não como um direito. Além disso, estas vias são incertas e dependentes das relações de poder estabelecida entre os que estão na administração pública e os que dependem dela (D’AVILA FILHO; COELHO; JORGE, 2006). Se mudam os atores desse processo, uma vez que dependem de vontade pessoal dos envolvidos e das relações pessoais que se estabelecem, essas vias que não eram estáveis e formais, não mais existirão (COELHO; PAIM, 2005).

Cabe destacar que em poucos momentos, as etapas requeridas no processo de acesso aos medicamentos do CEAF são compreendidas como garantia de segurança e de seu uso racional. Ao contrário, as exigências dos PCDT são vistas como “papéis” que devem ser entregues para cumprir com o processo burocrático que não está relacionado com o cuidado que o paciente requer. Ainda, o não reconhecimento dos



objetivos dos PCDT por parte dos médicos compromete sua aderência a estes (CABANA et al., 1999) e pode levar a indicações de medicamentos não cobertos pelo sistema (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012).

Nesse contexto, a fragmentação do cuidado e sua relação com a atual forma de organização (*hardware*) e gestão do sistema apareceu, também, como tema relevante nas falas. Na percepção dos atores, um dos fatores que impacta na coordenação do cuidado é a falta de articulação entre os serviços. Este também não é um problema recente, apesar dos esforços, no setor público, de se investir na constituição de um sistema interligado de serviços (CAMPOS, 2007). Segundo Lavras (2011), o SUS se encontra fragmentado devido à fragilidade do processo de articulação entre as instâncias gestoras do sistema, entre os serviços e, ainda, entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais, dificultando não só o acesso, mas também a continuidade da atenção. Para Almeida e colaboradores (2010), a falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção no SUS foi apontada como entrave à garantia do cuidado integral em estudo realizado em quatro estados do Brasil.

Na percepção dos atores, a atual forma de organização dos serviços reflete em como se estabelecem as relações entre as diversas áreas, resultando, entre outros, na falta de comunicação entre estes. Como é possível observar nas falas, a falta de comunicação leva ao desconhecimento sobre o funcionamento do componente, o que inviabiliza o uso adequado dos mecanismos existentes, comprometendo, por exemplo, a disponibilidade oportuna dos medicamentos. Segundo Travassos e Martins (2004), o grau de informação em saúde é um dos determinantes do acesso aos serviços e, portanto, do padrão de utilização dos mesmos.

A influência do modelo biomédico é observada nas falas dos usuários, ao destacarem o papel do médico no acesso às informações. Este fato somado à falta de informações relatada pelos usuários e médicos é uma situação altamente perversa. Esta percepção tem seu significado ampliado quando analisada à luz da colocação de Malta e colaboradores (2004) de que, quando inexistente um cuidador que oriente o percurso, o usuário faz o seu próprio caminhar pelos serviços e, muitas vezes, só ele mesmo consegue recuperar a história da sua peregrinação, sendo o seu próprio “fio condutor”. Essa prática pode ainda levar a erros, indução ao

consumo de procedimentos, repetições de procedimentos desnecessários, tornando a atenção mais onerosa e ineficiente (MALTA; MERHY, 2010)

Os aspectos da organização dos serviços, anteriormente mencionados, também impactam negativamente no atendimento multiprofissional dos usuários, de acordo com os atores consultados. No estudo de Lima-Dellamora e colaboradores (2012), a interação entre médicos e farmacêuticos tem apresentado dificuldades, que se agravam pela falta de proximidade entre estes serviços. Segundo Cecílio e Merhy (2003) de forma idealizada, o cuidado é o somatório de vários pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira negociada, entre os vários cuidadores, numa complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas e de saberes. Nesse sentido, a relação entre os profissionais e a troca de informações entre estes não deveria ser incomum, diante da importância do desfecho para o usuário.

Para Cecilio e Merhy (2003) a coordenação do cuidado se faz por meio de mecanismos como a criação de “pontes” entre as lógicas das profissões, uma coordenação horizontal, buscando a melhor articulação entre as várias “estações” (serviços). Cabe o desafio de conectá-las, da forma mais adequada, de coordenar apropriadamente esse conjunto diversificado (MALTA; MERHY, 2010). A proposta pensada para vencer os desafios começa, então, pela reorganização dos processos de trabalho (CECILIO; MERHY, 2003).

Ainda segundo os atores, a falta de articulação é muito evidente na organização do acesso aos medicamentos. A assistência farmacêutica, organizada por componentes (Especializado, Básico e Estratégico) financiados e geridos de formas distintas, dificulta, na prática, a lógica do atendimento por linhas de cuidado e o exercício profissional farmacêutico, uma vez que não se tem fluxos coordenados. É importante destacar, que embora os componentes tenham regulamentos e financiamentos distintos, isso não significa que na prática eles precisam ser organizados de forma independente, pelo contrário, se faz de suma importância a integração objetivando viabilizar o acesso.

Para Campos (2007) o sistema de saúde parece estar organizado na lógica de mercado, na qual cada serviço é um ente autônomo, e cabe ao paciente deslocar-se entre estes serviços para garantir a “integralidade”. Destacam-se, neste cenário, os hospitais e serviços especializados, os quais, em geral, estão situados em cidades polo e ainda funcionam

isolados, como no modo liberal-privatista (GERSCHMAN; VIANA, 2005; VASCONCELOS, 2005). Esse cenário, segundo Malta e colaboradores (2004), resulta na produção de atos desconexos sem uma intervenção articulada e cuidadora, e na redução da eficácia da assistência prestada.

Ainda no modelo hegemônico da saúde, a supervalorização do medicamento influenciou a construção da concepção da assistência farmacêutica focada no produto medicamento e negligenciando as pessoas e suas necessidades (SANTOS, 2011). Para os farmacêuticos, este foco impacta diretamente nos serviços prestados, pois as atividades do serviço são organizadas priorizando as questões burocráticas e logísticas em detrimento do acompanhamento de aspectos clínicos, como os previstos nos PCDT. Percepções similares foram encontradas por Araújo e Freitas (2006). Segundo Lima-Dellamora e colaboradores (2012) essa percepção também é compartilhada com os prescritores. Como resultado e corroborando com Feuerwerker (2005), os trabalhadores ficam presos a estes processos e não têm autonomia para ampliar a qualidade do cuidado e utilizar sua capacidade de decisão, de envolvimento, de compromisso e vínculo com o usuário para resolver os problemas do dia-a-dia. De fato, a farmácia, dentre as profissões de saúde, é a única cujo acesso refere-se, quase que exclusivamente, ao insumo (medicamento) e não ao serviço profissional, como o acesso a assistência médica e aos cuidados de enfermagem (SOARES, 2013).

Nesse contexto, foi levantado tanto pelos farmacêuticos quanto pelos médicos, o distanciamento da “gestão” (coordenação de assistência farmacêutica) em relação a quem executa os serviços diretamente ao usuário e ao próprio usuário. Esta percepção também é descrita por Lima-Dellamora e colaboradores (2012). Tal distanciamento do contato diário com os usuários leva a uma “desumanização”, decorrente das relações impessoais que se estabelecem com perda de sensibilidade para os incidentes ou problemas pessoais (SILVA, 2008). Segundo Cecílio (2011) quem faz gestão em saúde, pela natureza da sua função ou pelo lugar institucional que ocupa, tende a se colocar de modo “externo” a esse campo micropolítico, enxergando-o como território a ser normalizado e controlado. Para Watson (2005) a ênfase na racionalização, no controle e no conhecimento técnico caracteriza a forma sistêmico-controladora de estruturação da organização e da gestão, emergente do Iluminismo e da Revolução Industrial na Europa.

Estas situações se apresentam, por exemplo, nos casos em que aparecem problemas no fluxo do processo burocrático e que impactam tanto no funcionamento do sistema, quanto nos resultados em saúde percebidos pelos usuários. Há desta forma, o entendimento de que os gestores consideram os processos técnicos e burocráticos como o fim e não como o meio para alcance dos resultados em saúde, e que o foco deste processo é a disponibilização do medicamento. Percepção semelhante foi descrita por Mendes (2013) em um estudo, sobre a gestão do CBAF. As ocorrências durante a interação entre os diversos atores indicam a importância de compreensão do caráter humano e social que influencia os processos organizacionais, o *software* dos sistemas de saúde (SHEIKH et al., 2011).

Ainda, uma vez que as características dos serviços capacitam o usuário a acessá-los, e que a capacidade de produzir serviços é dependente da estruturação e gestão destes, os fluxos deveriam ser claros e ágeis, com maior integração entre os diferentes níveis de complexidade, como proposto por Soares (2013). Para a solução dos problemas identificados é imprescindível a coordenação dos serviços, o *continuum* dos cuidados, a cooperação entre os provedores (intercambio constante e duradouro de recursos) e o reconhecimento da interdependência entre os atores e organizações (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000; MALTA; MERHY, 2010).

Os pontos até então discutidos são também identificados por Hartz e Contandriopoulos (2004) ao representarem as principais dimensões de um sistema integrado de saúde. Para os autores, integração é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum entre os atores e organizações, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto coletivo e durável visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços. Bernardes e colaboradores (2007), discutem estas questões, as quais referem como a dimensão sistêmica da gestão do cuidado, ou seja, aquela que trata de construir conexões formais e regulares entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou linhas de cuidado.

Concordando com Merhy e Onocko (1997), o caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência da rede que suporte as ações necessárias. Esta rede deve ser adequada ao projeto terapêutico do usuário, o qual deverá comandar o processo de trabalho e o acesso aos recursos. Ou seja, as “pontes” e os “entrecruzamentos” entre a

macropolítica e a micropolítica atravessam todo o percurso da linha de cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003). Na mesma lógica, Malta e Merhy (2010), discutem a efetivação da linha de cuidado e sua dependência da determinação e apoio dos gestores, os quais controlam serviços e recursos assistenciais e devem buscar superar a segmentação do cuidado através de articulações intersetoriais, mudanças na legislação e na regulação, na organização e na informação em saúde (macroprocessos). Para Shimizu (2013), contrastando com os achados deste estudo, cabe aos gestores também, mudanças no modo de fazer gestão, visando horizontalizar relações, aproximar os participantes, planejar e pactuar.

A efetivação de um “sistema sem muros” constitui-se, então, um importante desafio aos sistemas de saúde, demandando avaliações para sua efetiva implementação (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Para Merhy e Onocko (1997), ao analisar o “caminhar” do usuário, pode-se verificar se este fluxo está centrado no campo de suas necessidades, ou ao contrário, se ocorre a fragmentação ou interrupção da assistência.

O esperado, segundo Malta e Merhy (2010), é um “caminhar” seguro, sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência. Cuidados incompletos e muitas vezes ineficazes terminam por colocar em risco a vida dos pacientes, além de sobrecarregar financeira e operacionalmente o sistema. Nesse sentido, as linhas de cuidado devem ser vistas como organizadoras do trabalho e fundamentais para o encadeamento de ações.

Infelizmente, na América Latina ainda são incipientes reformas centradas na coordenação do cuidado, o que reflete no reduzido número de estudos que tratam deste tema (ALMEIDA et al., 2010). Especificamente no Brasil, apesar da regulamentação existente, (BRASIL, 2011a; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, 2010d), que visa ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, prestada no tempo e lugar certo, com qualidade e de forma humanizada, a fragmentação dos serviços ainda é bastante presente (ALMEIDA et al., 2010; MENDES, 2009; SHIMIZU, 2013).

Os achados deste estudo corroboram, também, com Bigdeli e colaboradores (2013), pois, segundo os autores, a maioria das intervenções de fortalecimento de sistemas de saúde ignoram as interconexões entre os componentes dos sistemas e o acesso a medicamentos se dá através de abordagens fragmentadas e geralmente

centradas na oferta, sem relação com as questões mais amplas de acesso a serviços de saúde.

Os resultados evidenciam que ainda que os PCDT sejam instrumentos importantes para consolidar o desenho de políticas públicas baseadas em evidências científicas (BIGDELI et al., 2013; BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011), persistem barreiras para sua total implementação. Na percepção dos atores é necessário colocar as diretrizes em prática e aproximação da gestão com a realidade do serviço, de modo que a integração dos níveis assistenciais torne todos os recursos disponíveis, sendo integrados por fluxos guiados pelo projeto terapêutico do usuário.

Desta forma, a consolidação do CEAF como uma estratégia viável para a garantia de acesso aos medicamentos, de forma resolutiva, exige a ruptura da lógica de que o fornecimento do produto, por si só garante o cuidado. É preciso avançar na lógica de um serviço farmacêutico como parte do entendimento global do sistema de saúde e sua organização. O serviço, e não o produto, pode ser uma estratégia para garantir acesso universal e integral, numa concepção real de cuidado como linha contínua, linha de cuidado.

Por outro lado, este estudo evidencia a importância do CEAF para o acesso a medicamentos de alto preço, tanto pela impossibilidade de financiamento pela maioria da população, como pela indisponibilidade no mercado de alguns destes. Portanto, para que os PCDT sejam reconhecidos pelos atores sociais como uma via legítima para o URM, e que sejam ferramentas que auxiliem no acesso oportuno aos medicamentos e ao cuidado integral, é necessária uma adequada articulação entre as estratégias para o acesso aos medicamentos e as demais políticas de saúde.

### **Capítulo 3. DESENHO DOS MODELOS TEÓRICO E LÓGICO E PROTOCOLO DE INDICADORES**





Com base nos referenciais teóricos utilizados e nos estudos exploratórios anteriormente apresentados, foram propostos os modelos teórico e lógico e o protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão do CEAR no âmbito estadual.

Os modelos desenvolvidos estão publicados no artigo: ROVER, M. R. M. et al. Modelo Teórico e Lógico para a avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Gestão e Saúde**, v. 7, n. 1, p.191-210, 2015.

## 1. METODOLOGIA

### 1.1 Modelo teórico e lógico

Considerou-se, neste estudo, modelo lógico como um esquema visual que apresenta o programa e quais são os resultados esperados (MEDINA et al., 2005), e modelo teórico aquele que extrapola o programa, no sentido da compreensão de outros fatores que podem interferir nos efeitos desejados (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

A modelagem permite que a avaliação de políticas e programas ultrapasse a visão dicotômica insumos/resultados e possibilite o esclarecimento das razões do êxito da intervenção em contextos diversos e para diferentes grupos populacionais. Entende-se como programa qualquer ação organizada em saúde pública com fixação de metas, que permitem o acompanhamento dos resultados (NATAL et al., 2010).

Os modelos inicialmente propostos foram validados em uma oficina de consenso. A oficina, denominada “Construção do modelo teórico e lógico para a avaliação da capacidade de gestão do CEAR”, contou com a participação de seis integrantes do grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, da UFSC, e de quatro farmacêuticos que trabalham com o CEAR no estado.

Os participantes foram selecionados pelo envolvimento e pela experiência com a temática, constituindo o grupo de especialista ou *expert*, de acordo com a proposição de Deslandes e colaboradores (2010): indivíduo que tenha conhecimento do assunto a ser abordado, desde a

*expertise* acadêmica até profissionais, cujas vivências são significativas para a questão em foco.

A técnica de consenso utilizada foi o comitê tradicional, na qual todos os participantes puderam opinar e sugerir alterações. Esta constitui uma discussão aberta, com especialistas, sobre um tema determinado. Tem a vantagem de possibilitar a troca de ideias e o confronto de opiniões divergentes (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005). Porém, tem como desvantagem, uma potencial inibição ou constrangimento resultante da presença de alguma autoridade na discussão, e, além disso, problemas de relacionamentos entre os participantes também podem interferir na discussão. O conhecimento das potencialidades e limitações da técnica é importante para que o mediador da atividade administre os possíveis conflitos.

As discussões foram gravadas e transcritas. As sugestões propostas na oficina foram incorporadas ao desenho final dos modelos.

## **1.2 Elaboração do protocolo de indicadores**

Finalizados os modelos desenvolvidos para a avaliação, iniciou-se a elaboração do protocolo de indicadores. A literatura no campo da avaliação apresenta diferentes denominações para a matriz que contempla os elementos que auxiliarão na análise e interpretação das informações, orientando a emissão do juízo de valor (ALVES et al., 2010; BERRETTA; LACERDA; CALVO, 2011; SCALCO; DE LACERDA; CALVO, 2010).

Nesta pesquisa, optou-se pela utilização da denominação protocolo de indicadores. O protocolo proposto é dividido em três dimensões: organizacional, operacional e sustentabilidade, e apresenta indicadores, perguntas, medidas, parâmetros e fontes de informação. Simultaneamente foram construídas as premissas para a escolha de cada um dos indicadores.

### **1.2.1 Elementos do protocolo de indicadores**

Os elementos que compõem o protocolo de indicadores são descritos no Quadro 3-1.

Quadro 3-1 Elementos do protocolo de indicadores.

ELEMENTO	CARACTERÍSTICA	TIPO
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 (GUIMARÃES et al., 2004);</li> <li>• Sintetiza ou representa e/ou dá maior significado ao que se quer avaliar;</li> <li>• Aproximação do fenômeno e não o fato em si (ALVES et al., 2010);</li> <li>• Válido somente no contexto específico no qual se processa a avaliação (GUIMARÃES, 2007; PANELLI-MARTINS; SANTOS; ASSIS, 2008; TANAKA; MELO, 2001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variável numérica</li> <li>• Relação entre dois eventos</li> <li>• Qualidade ou atributo do fenômeno em observação</li> </ul>
Premissas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justificativa para uso desses indicadores.</li> </ul>	-
Pergunta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traduz o que se quer saber com cada um dos indicadores.</li> </ul>	-
Medidas e parâmetros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maneira de dimensionar os resultados;</li> <li>• Referências adotadas por quem está avaliando e devem ser aceitos pela equipe de trabalho e pelos atores envolvidos na pesquisa;</li> <li>• Fundamentados em aspectos normativos, estabelecidos legalmente e em revisão da literatura, porém factíveis com o contexto do objeto avaliado. Nos casos em que não há parâmetros técnico-científicos estabelecidos, estes devem ser obtidos através de mecanismos de consenso (TANAKA; MELO, 2001).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binárias (eventos que admitem apenas duas possibilidades)</li> <li>• Contínuas.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora.

A definição dos indicadores considerou os critérios propostos no documento da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2008):

- Validade- capacidade de medir o que se pretende. É determinada pela sua especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado) e pela sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado);
- Confiabilidade - capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando o indicador é aplicado em condições similares;

- Mensurabilidade - basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir;
- Relevância - responder a prioridades de saúde;
- Custo-efetividade - os resultados justificam o investimento de tempo e recursos.

A síntese proposta por Tanaka e Melo (2001) foi também considerada:

- Estar acessível ou ser obtido no curto prazo e sem demandar muito trabalho;
- Ter sua utilidade reconhecida por outros atores envolvidos na avaliação.

O protocolo de indicadores proposto foi validado de forma participativa através de uma oficina de consenso, no mês de maio de 2015, conforme descrito no próximo item.

### **1.2.2 Oficina de consenso para validação do protocolo de indicadores**

Para a validação do protocolo foi realizada uma oficina, em maio de 2015, com pesquisadores da área, farmacêuticos envolvidos com o CEAF, gestores da assistência farmacêutica de seis outras unidades federativas, gestores municipais da assistência farmacêutica e representante da gestão nacional do CEAF.

Todos os convidados que aceitaram participar receberam, 30 dias antes da oficina, um documento por e-mail contendo os indicadores, as perguntas e a premissa de cada indicador.

Foi solicitado que os participantes avaliassem cada um dos indicadores, sob os aspectos da relevância, sua representatividade para o reconhecimento da realidade, sua coerência com o tema e com as políticas públicas atuais baseado no estudo de Deslandes e colaboradores (2011). Foram disponibilizados campos em branco para observações e sugestões dos participantes.

Para pontuação, foi utilizada uma escala de Likert de quatro itens: discordo totalmente, discordo parcialmente, concordo parcialmente, concordo totalmente, sendo atribuídas as pontuações de 1, 2, 3 e 4, respectivamente para cada item.

Os dados foram tabulados utilizando o *software* Microsoft Excel®. Na sequência foi calculada a mediana para cada indicador, sendo considerados aprovados os que apresentaram mediana 3 ou 4. Os demais foram levados para discussão na oficina.

A oficina “Validação do protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão do CEAF no âmbito estadual” foi realizada em Florianópolis. Em sua primeira parte, o objetivo foi a finalização da validação dos indicadores. Para tal, utilizou-se a técnica do comitê tradicional na qual todos os participantes podem opinar e sugerir alterações nos indicadores (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005).

No segundo momento da oficina foram validados as medidas e os parâmetros para cada um dos indicadores consensuados. Iniciou-se com a técnica do Grupo Nominal, seguida da técnica do Comitê Tradicional. O Grupo Nominal consiste na consulta a diferentes visões, de forma individual, em primeiro lugar, e, depois, coletivamente (CASSIANI; RODRIGUES, 1996; SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005).

Uma vez que todas as técnicas de obtenção de consenso possuem vantagens e desvantagens (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005), a utilização de mais de uma técnica na oficina visava possibilitar a superação das limitações encontradas nos métodos.

As discussões foram gravadas com o consentimento dos participantes. As alterações no protocolo foram realizadas com base na relatoria elaborada.

### **1.2.3 Elaboração dos instrumentos de coleta de dados e definição de diretrizes para a pesquisa de campo.**

Para a pesquisa de campo foram desenvolvidos os seguintes instrumentos de coleta de dados:

- (i) Questionário com questões abertas e fechadas para verificação de aspectos concernentes a cada dimensão da gestão da assistência farmacêutica e conformação dos seus respectivos indicadores;
- (ii) Formulário (*check list*), aplicado pela pesquisadora no dia da visita para a avaliação das condições logísticas das unidades constituintes do CEAF;

Esses instrumentos foram desenvolvidos após a finalização do protocolo de indicadores, e levaram em consideração o modelo de avaliação proposto.

Foram desenvolvidos dois formulários, um para as unidades visitadas e um para a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) Central, considerando as especificidades de cada um dos serviços.

Em relação aos questionários, foram elaborados questionários para as entrevistas com:

- Gestor estadual do CEAF;
- Farmacêuticos das Regionais de Saúde (UNIAFARS);
- Farmacêutico da CAF Central;
- Farmacêuticos das demais unidades (UNIAFAM, UNICEAF, SR).

Objetivando ampliar a coleta de dados, foi realizada a adaptação dos questionários para a coleta à distância.

O questionário foi desenvolvido no Google Docs e o *link* foi encaminhado para três unidades. As mesmas foram visitadas pela pesquisadora e, após a coleta dos dados, foi calculado o fator *kappa* para a verificar a concordância entre os dados coletados pelos dois instrumentos (GISEV; BELL; CHEN, 2013). Como resultado encontrou-se concordância quase perfeita 0.944 (>0,81) para as duas formas de coleta em uma das unidades e concordância substancial 0.68 e 0.67 (0.61-0.80), nas outras duas. Considerou-se desta forma, que o questionário eletrônico estava validado para a coleta de dados à distância.

Visando coletar dados de unidades de todas as Macrorregiões de Saúde do estado, foram obtidos junto a SES, o contato de 143 unidades. Para todas foram enviados, via email, convites para a participação na pesquisa. Destas, 10% foram escolhidas para a entrevista presencial. Considerou-se como critérios para a definição da amostra: inclusão de todos os tipos de unidades que desenvolvem atividades do CEARF; unidades de todas as macrorregiões de saúde do estado e municípios de diferentes portes populacionais (no caso das unidades municipais).

Considerou-se as nove Macrorregiões de Saúde de saúde definidas no Plano Regional de Desenvolvimento do estado de 2012, a saber: Grande Oeste; Meio Oeste; Planalto Norte; Nordeste; Vale do Itajaí; Foz do Rio Itajaí; Planalto Serrano; Grande Florianópolis e Sul.

As entrevistas e visitas às unidades foram previamente agendadas. Foram garantidos o sigilo em relação a identificação dos participantes de acordo com o TCLE assinado por todos os entrevistados.

Em relação ao porte populacional utilizou-se a categorização do estudo de Veber e colaboradores (2011), o qual classifica os municípios em conglomerados, denominados A, B e C, de acordo com a população. Até 9.999 habitantes conglomerado A; entre 10.000 e 49.999 conglomerado B e mais de 50.000 habitantes C.

Complementarmente foram previstas consulta aos documentos:

- Organograma da SES;
- Portaria da instituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);
- Atas das CIBs do último ano (2015);
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS);
- POPs e Manuais de Boas Práticas relativos as atividades desenvolvidas;
- PES;
- Relatório de Gestão Anual;
- Programação Plurianual (PPA);
- Deliberações da CIB;

- Atas das reuniões do CES;
- Cronograma de abastecimento de medicamentos;
- Alvarás Sanitários;
- Certidões de RT;
- Banco de Preços em Saúde;
- Registro dos monitoramentos clínicos;
- Documento que estabelece os indicadores utilizados;
- Registros da Ouvidoria;
- Dados dos sistemas informatizados utilizados.

## **2. RESULTADOS**

### **2.1 Modelo teórico e lógico para a avaliação**

Os modelos teórico e lógico desenvolvidos são apresentados nas Figuras 3-1 e 3-2.

O modelo lógico, tendo por base o conceito de gestão e de capacidade de gestão, anteriormente citados, representa: a faculdade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, envolvendo aspectos técnicos, políticos e sociais, os quais devem estar articulados para o alcance e sustentabilidade do objetivo: garantir a integralidade do tratamento medicamentoso.



Figura 3-1 Modelo lógico da capacidade de gestão do CEAF em âmbito estadual.

### CAPACIDADE DE GESTÃO DO CEAF - ESTADUAL



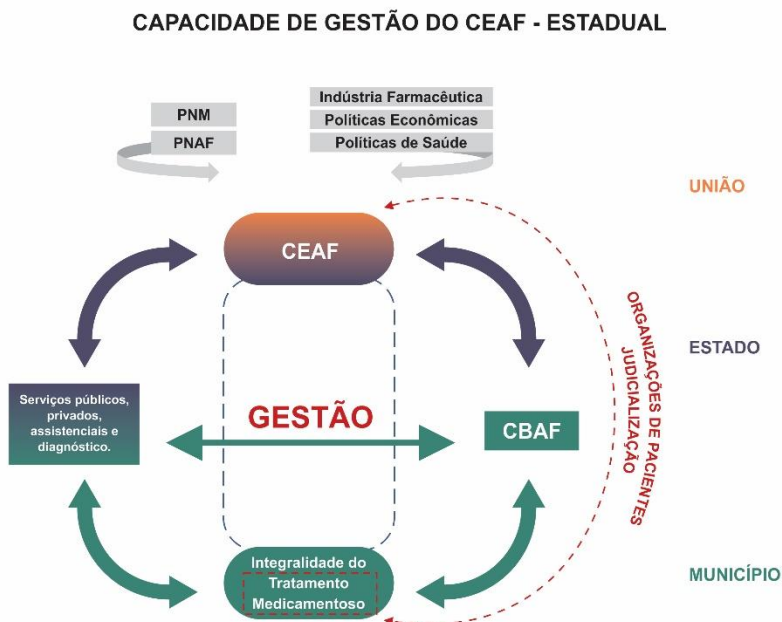
Fonte: Elaborada pela autora.

O Quadro 3-2 apresenta exemplos de aspectos técnicos, políticos e sociais contemplados no desenvolvimento do modelo.

Quadro 3-2 Aspectos técnicos, políticos e sociais considerados no desenvolvimento do modelo.

Técnicos	Políticos	Sociais
1- Questões logísticas (como a aquisição, o armazenamento e a distribuição);	1- Descentralização;	1- Participação dos atores envolvidos;
2- Serviços clínicos farmacêuticos (como a dispensação e o monitoramento);	2- Pactuações;	2- Controle social;
3- Planejamento e a avaliação das ações.	3- Apoio aos municípios;	3- Impactos sociais do acesso das pessoas aos tratamentos necessários.
	4- Relação com as outras áreas.	

Figura 3-2 Modelo teórico da capacidade de gestão do CEAF em âmbito Estadual.



Fonte: Elaborada pela autora

O modelo teórico representa as características do contexto que influenciam a capacidade de gestão. Entre estas citam-se:

- A relação entre as três esferas de gestão, cada qual com sua responsabilidade no financiamento e execução;
- As políticas de saúde, pois direcionam a estruturação de todas as ações de saúde;
- As políticas econômicas, como as de regulação de preços e as de proteção de propriedade intelectual;
- O acesso aos serviços públicos e privados de saúde;
- O CBAF, por ser responsável primeira linha de cuidado para várias das doenças contempladas no CEAF;
- A Indústria farmacêutica: a fragilidade e dependência do complexo industrial interno em setores estratégicos; as situações

de monopólios e duopólios; e a influência que exerce sobre os pacientes, prescritores, organizações sociais e na definição de políticas.

- Via judicial ao ser uma via de reivindicação do direito à saúde, nos casos de omissão estatal; ao consumir recursos da via regular para atendimento da população; e ao não garantir que os demais serviços necessários estejam disponíveis.

## 2.2 Protocolo de indicadores

A partir da análise conjunta dos modelos pode-se iniciar a construção do protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão do CEAf em Santa Catarina. O protocolo desenvolvido foi validado em uma oficina de consenso, para a qual foram convidados os atores descritos na tabela abaixo.

Tabela 3-1 Número de atores convidados e participantes da oficina de validação do protocolo de indicadores.

Convidados	Número de convidados	Número de participantes
Farmacêuticos do CEAf*	6	4
Pesquisadores do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos UFSC	13	12
Pesquisadores da área da Saúde	3	3
Representante da gestão nacional do CEAf	1	1
Gestores da assistência farmacêutica/CEAF de unidades federativas	7	6*
Gestores de outras áreas da Saúde	2	0
Gestores municipais da assistência farmacêutica	3	3
Totais	35	29

\* Farmacêuticos de unidades estaduais ou municipais

\*\*Gestores da assistência farmacêutica de 6 diferentes unidades federativas.

As sugestões propostas pelos participantes foram incorporadas ao protocolo, apresentado no Apêndice B. As premissas para cada um dos indicadores por dimensão Organizacional, Operacional e Sustentabilidade são apresentadas no Apêndice A.

O Quadro 3-3 contempla os indicadores, o que é medido em cada um, a pontuação por indicador e a pontuação total.

Quadro 3-3 Indicadores, os dados relativos ao que é medido em cada indicador e a pontuação do protocolo.

INDICADORES	O QUE É MEDIDO NESTE INDICADOR?	PONTOS
<b>DIMENSÃO ORGANIZACIONAL</b>		
<b>Participação</b>	Participação da gestão em Órgãos de participação social e existência de instâncias que permitam a participação dos atores envolvidos.	10
<b>Transparência</b>	Divulgação de informações sobre as faltas de medicamentos e dos preços praticados na compra dos medicamentos.	10
<b>Planejamento</b>	Inclusão de ações do CEAF no PES, PPA e no Relatório de Gestão. Existência de reuniões de planejamento específicas do CEAF.	10
<b>Monitoramento e avaliação das ações</b>	Existência de indicadores e a utilização do monitoramento destes para o planejamento das ações.	10
<b>Parcerias</b>	Parcerias com outras instituições para o desenvolvimento de atividades do CEAF.	10
<b>Regulamentação</b>	Existência de fluxos regulamentados para a avaliação das solicitações e diretrizes sobre os processos de trabalho nas unidades.	10
<b>Institucionalização</b>	Existência de uma instância institucionalizada responsável por todas as atividades do CEAF.	10
<b>Acesso descentralizado</b>	Atendimento dos usuários em seus municípios de residência.	10
<b>PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO</b>		<b>80</b>

INDICADORES	O QUE É MEDIDO NESTE INDICADOR?	PONTOS
<b>DIMENSÃO OPERACIONAL</b>		
<b>Comunicação</b>	Comunicação entre as unidades.	10
<b>Complementariedade</b>	Preocupação com o atendimento das linhas de cuidados.	10
<b>Condições normativas</b>	Unidades com condições legais e sanitárias para o exercício das atividades.	10
<b>Infraestrutura</b>	Existência de investimentos e condições mínimas de infraestrutura nas unidades.	10
<b>Serviços de referência/polos de aplicação</b>	Existência de SR nas diversas regiões do estado.	10
<b>Sistemas de informação</b>	Existência de sistemas de informação para o desenvolvimento das atividades.	10
<b>Recursos humanos</b>	Disponibilidade de RH e preocupação com a capacitação contínua.	10
<b>Financiamento</b>	Capacidade de aplicar as estratégias para a manutenção do equilíbrio financeiro e disponibilidade de recursos.	10
<b>Gestão da logística</b>	Existência de mecanismos que qualificam a programação e a aquisição de medicamentos.	10
<b>Boas práticas em logística</b>	Existência de mecanismos que qualificam a distribuição e o controle de estoque dos medicamentos.	10
<b>Disponibilidade de medicamentos</b>	Preocupação com o atendimento oportuno dos usuários.	10
<b>PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO</b>		<b>110</b>

INDICADORES	O QUE É MEDIDO NESTE INDICADOR?	PONTOS
<b>DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE</b>		
<b>Controle social</b>	Inclusão do CEAF nas pautas do Conselho Estadual de Saúde.	10
<b>Perfil do gestor</b>	Condição de existência do cargo de coordenador da assistência farmacêutica, formalmente instituído, responsável pela gestão do CEAF e a qualificação do gestor.	10
<b>Acessibilidade</b>	Prazo para atendimento dos usuários, existência de demanda judicial e de mecanismos para evitar as ações.	10
<b>Relação entre serviços</b>	Ações de acompanhamento das unidades; repasse periódico de orientações e relação da gestão com os outros setores da rede de atenção à saúde.	10
<b>Aspectos clínicos</b>	Existência do monitoramento dos tratamentos e a realização do primeiro atendimento pelo farmacêutico.	10
<b>Relação com os usuários</b>	Preocupação da gestão com a satisfação dos usuários, através de avaliações e ouvidoria.	10
<b>PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO</b>		<b>60</b>
<b>PONTUAÇÃO TOTAL DO PROTOCOLO</b>		<b>250</b>

### 3. DISCUSSÃO

O CEAF, por contemplar medicamentos de alto preço ou de difícil acesso no mercado, possui grande importância na PNAF e impacta significativamente no custo da assistência farmacêutica e na resolutividade da atenção à saúde. Desta forma, e levando também em consideração a legislação vigente, entende-se que a capacidade de gestão do CEAF no âmbito estadual é um importante objeto de avaliação.

Para tal, desenvolveram-se os modelos, os quais identificam as premissas teóricas em que o objeto está baseado, os outros fatores que podem interferir nos efeitos desejados (contexto) (NATAL et al., 2010) e os resultados esperados, visando nortear a avaliação.

Segundo Medina e colaboradores (2005) e Bezerra e colaboradores (2010), a compreensão sobre o objeto em estudo deve ser buscada na literatura, na opinião dos especialistas, associada à participação dos grupos envolvidos no programa. Desta forma, os estudos exploratórios foram fundamentais para a proposição de modelos de avaliação contextualizados, assim como as oficinas realizadas.

A construção de modelos é uma etapa importante para que sejam feitas as perguntas certas, para que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e, assim, a avaliação possa auxiliar a tomada de decisão. Com o objetivo final de aperfeiçoar a gestão do CEAF, que é o maior componente de financiamento da assistência farmacêutica em volume de recursos financeiros, e na perspectiva de que os modelos sejam apropriados à realidade e necessidade do objeto a ser avaliado, estes foram construídos em colaboração com os sujeitos envolvidos, seguindo o proposto por Calvo e Henrique (2006) e Alves e colaboradores (2010).

O modelo lógico, tendo por base o conceito de gestão e de capacidade de gestão de Barreto (2007); Guimarães (2007) 3 Guimarães e colaboradores (2004), representa a faculdade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, envolvendo aspectos técnicos, políticos e sociais, visando o acesso a medicamentos no marco da integralidade da atenção em saúde.

Os aspectos técnicos se referem não só às questões logísticas, nas quais usualmente a assistência farmacêutica está focada; senão também

aos serviços clínicos farmacêuticos como a dispensação e o monitoramento; e ao planejamento e a avaliação. O atendimento destas questões, visando o acesso ininterrupto à medicamentos de qualidade e seu uso racional, demonstra a capacidade de executar da gestão.

No CEAF, a definição das linhas de cuidado para cada uma das doenças contempladas, incluindo, entre outros, os critérios para dispensação e para o monitoramento dos tratamentos, criou uma oportunidade ímpar para a contribuição do profissional farmacêutico no cuidado do paciente. Embora, o monitoramento seja uma oportunidade para a superação da visão reducionista da assistência farmacêutica, o mesmo não vem sendo realizado pelos farmacêuticos entrevistados.

Em relação aos aspectos políticos, estes são fundamentais para a garantia do acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos em todas as fases evolutivas das doenças.

Na forma atual de organização e execução do CEAF, o estado pode descentralizar algumas das etapas da execução como a dispensação. Entretanto, na realidade brasileira, existe uma acentuada desigualdade e heterogeneidade entre entes federados, com graus de poder e de recursos diferenciados, que se traduz em uma diversidade de formas de organização do CEAF, desde total centralidade no estado, diferentes formas de descentralização (para os municípios, em regionais estaduais de saúde, entre outros) e parcerias com o setor privado, com a terceirização de alguns setores.

Segundo os informantes, é necessário superar as dificuldades estruturais e políticas para ampliar a descentralização, o que requer, além de transferência de recursos, a descentralização do processo decisório. Essas questões configuram um campo de atuação em que as instâncias do SUS podem e devem assumir papéis diferenciados de acordo com a natureza dos problemas em foco, porém de modo articulado, adotando estratégias que variam segundo o cenário político e institucional.

Neste contexto, cabe salientar que a fragmentação dos serviços, inclusive da assistência farmacêutica, pode resultar de uma descentralização de forma desorganizada, e que em muitos casos pode representar mais uma desconcentração dos serviços aos estados e municípios, os quais passaram a assumir novas responsabilidades, porém sem condições para executá-las (BARRETO; GUIMARÃES, 2010;



BRASIL, 2004). Neste cenário, as ações de acompanhamento e avaliação são requeridas para nortear o processo de aprimoramento (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Os aspectos sociais envolvidos na gestão do CEAF se referem a aspectos como a participação dos atores envolvidos e o controle social, representado, por exemplo, pelos conselhos de saúde e consultas públicas dos PCDT do componente, assim como os impactos sociais do acesso das pessoas aos tratamentos necessários, como foi destacado por todos os atores envolvidos.

Portanto a qualidade da atenção também depende de como a gestão facilita o diálogo entre os diferentes setores, propicia vínculo entre trabalhadores e usuários. E a constituição de espaços institucionais de cogestão leva à diminuição da distância entre os que planejam, dirigem e a maioria executante de ações e serviços (CARVALHO; CUNHA, 2006). Assim, a participação de diferentes atores indica compartilhamento e transparência no processo decisório, o que soma para a capacidade de decidir em ambiente democrático (GUIMARÃES et al., 2004).

Por tudo isso, é possível compreender que a gestão exige capacitação e esforço técnico, habilidades políticas e interação com a sociedade (GUIMARÃES; LEITE, 2011), objetivando a promoção de condições adequadas para a garantia do acesso ao tratamento de forma descentralizada.

Ficou claro, também, com o desenvolvimento do modelo teórico, que embora o CEAF, no marco da PNM e PNAF, vise a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, esta não é uma relação direta, de causa e efeito ou objetivo e resultado, ou seja, a gestão do CEAF sofre diversas influências, entre as quais as relacionadas à formulação e condução das políticas de saúde e econômicas, que direcionam o financiamento e a estruturação de todas as ações de saúde.

No campo das políticas de saúde, estas definem o elenco e forma com que os serviços serão fornecidos. Como já discutido nos tópicos anteriores, segundo os informantes, a oferta de serviços de diagnóstico e de especialistas, podem ser fatores limitantes do acesso a medicamentos do CEAF, pois o acesso é totalmente dependente da disponibilidade destes serviços. Na prática, quando possível, os usuários recorrem ao setor privado para cumprir estas exigências.

Assim, esta nova configuração do componente focada na integralidade trouxe novos desafios para o sistema de saúde como um todo. Considerando também que a primeira linha de cuidado para várias das doenças contempladas no CEARF deverá ser garantida pelo CBAF, este se torna peça fundamental.

Nesse contexto, para assegurar uma provisão adequada de medicamentos seguros, eficazes, de boa qualidade, que sejam objeto de uso racional, cabe ao Estado aplicar uma política de medicamentos como parte integrante de sua política de saúde. A disponibilidade regular de medicamentos nos estabelecimentos de saúde aumenta a credibilidade, a resolutividade dos serviços prestados e mantém o equilíbrio financeiro entre os entes federados (NASCIMENTO JÚNIOR, 2000).

No campo das políticas econômicas, as políticas de regulação de preços e as políticas de proteção de propriedade intelectual, por exemplo, exercem influência direta sobre o CEARF, uma vez que este é o componente que contempla terapias complexas e a incorporação das inovações tecnológicas. O peso da aquisição de insumos para a saúde na balança comercial, o nível de excelência tecnológica que envolve muitos produtos de alto valor agregado, somado às características do SUS trazem um contexto complexo a ser administrado pelos gestores desse sistema (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Dessa forma, na construção do CEARF, estratégias foram definidas com o objetivo de reduzir os custos desses produtos para o governo, visando a ampliação do acesso. As ações no campo da regulação econômica são descritas no Quadro 1-3 do Capítulo 1. Entre estas pode-se citar a aplicação do PMVG nos processos de aquisição, embora seja importante destacar, que nem sempre os estados conseguem aplicar tais estratégias.

Outro fator importante neste contexto é a influência da indústria farmacêutica sobre o CEARF, relatada em diversos aspectos. Entre os mais preocupantes estão as situações de monopólios e duopólios, nas quais os fornecedores têm um poder de mercado considerável que lhes permite ditar condições. Para a PNAF, qualquer leniência da política de propriedade intelectual frente às práticas monopolistas do segmento internacionalizado da indústria farmacêutica brasileira será prejudicial à ampliação do acesso racional aos medicamentos no campo do SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Somado a isso, a fragilidade e dependência do complexo industrial interno em setores estratégicos e a perda de competitividade internacional das indústrias, os quais nos levam a recorrer à importação dos medicamentos, tornam a aquisição vulnerável (BLATT, 2005). Por outro lado, a partir do CEAF, os incentivos ao complexo industrial da saúde, como os citados no Quadro 1.3, objetivam reverter essa situação, ao contemplar os interesses nacionais e as necessidades e prioridades do SUS.

Ainda em relação à indústria, não se pode deixar de citar a influência que exerce sobre os pacientes, prescritores e na definição das políticas com finalidade e racionalidade econômica estabelecida pelo capitalismo industrial. Com estratégias agressivas de marketing e de convencimento, pressionam pela incorporação tecnológica e incentivam o uso de seus produtos. Essas informações padecem de vieses representados pelos interesses comerciais em jogo (FIASCHETTI et al., 2011). Nesse contexto, as organizações sociais estão relacionadas, à medida que também pressionam por incorporações, muitas vezes sob a influência da indústria farmacêutica através do estímulo e patrocínio às associações de pacientes a lutarem pelos seus direitos.

Outro aspecto que teve destaque nas falas dos atores, participantes do estudo exploratório, é o uso da via judicial para acesso aos medicamentos não padronizados nos PCDT. Destaca-se que, por um lado, a via judicial consome recursos da via regular para atendimento da população e pode, ainda, causar impactos negativos na saúde dos pacientes, por não garantir que os demais serviços necessários estejam disponíveis (VARGAS-PELÁEZ et al., 2014). Por outro lado, não se pode deixar de considerar a legitimidade das ações, na reivindicação do direito a saúde, nos casos de omissão estatal, assim como, nos casos de resposta inadequada (SANT'ANA et al, 2011). Citam-se aqui as limitações na oferta dos serviços e as faltas e atrasos na disponibilização dos medicamentos (os quais podem ser resultado de problemas na gestão).

Entretanto, os entendimentos a respeito dos PCDT, também levam a indicações de medicamentos não padronizados (LIMA-DELLAMORA), podendo se constituir, como uma das causas da judicialização. Todas as razões anteriormente citadas podem justificar o fato de parte considerável dos medicamentos demandados judicialmente pertencerem ao elenco do CEAF (SANT'ANA, 2009).

Uma vez que a intervenção proposta por um programa não garante a obtenção do resultado, pois sofre influência do contexto onde é aplicada, esta relação entre um programa e seus efeitos deve constituir a primeira etapa de uma avaliação (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; NATAL et al., 2010).

Com os modelos apresentados, fica clara a complexidade e os diversos fatores que influenciam a capacidade de gestão do CEAF. Em outras palavras, a garantia da integralidade dos tratamentos envolve além do acesso ao medicamento, acesso a outros cuidados e serviços e a articulação entre estes. A construção dos modelos para basear a avaliação, tendo como referência entrevistas com atores diretamente envolvidos, além da literatura da área, possibilitou cotejar a experiência da vida real e as descrições legais em modelos que melhor representem o objeto em estudo.

E mesmo partindo do pressuposto de que a modelagem é uma representação simplificada e aproximada da realidade analisada, sabe-se que a construção dos modelos, de forma contextualizada, auxilia de forma singular no processo de avaliação. Ou seja, a apresentação e a discussão destes modelos permitem definir o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados. Com base nestas construções pode-se iniciar a definição dos indicadores, medidas e parâmetros factíveis com a realidade.

Devido à escassez de literatura nacional e internacional que contemplem indicadores para a área da assistência farmacêutica, consultou-se a literatura internacional sobre indicadores para avaliação de sistemas de saúde.

Ao incorporar no modelo de avaliação as premissas de Guimarães e colaboradores (2004), Guimarães (2007) e Barreto (2007) incorporou-se aspectos como transparência; participação social; parcerias; avaliação e monitoramento; desenvolvimento dos RH; planejamento; institucionalização; comunicação; acesso e uso de informações; e sistemas de gestão, também contemplados nas avaliações de governança do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, do Banco Mundial e da Organização Mundial da Saúde (KIRIGIA; KIRIGIA, 2011; SIDDIQI et al., 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Além disso, este estudo, assim como os anteriores, propôs a coleta de dados em várias fontes (entrevistas, documentos, sistemas, legislação, etc) envolvendo a inclusão de diferentes pontos de vista e dados quali e quantitativos. Para Siddiqi et al, (2009) a abordagem qualitativa mantém a riqueza das informações obtidas e facilita a identificação e resolução dos problemas. Para Anderson (2010) esta abordagem é útil para a formulação e avaliação de políticas públicas ao permitir a coleta, as análises e a interpretação dos dados do mundo real, aonde as políticas se desenvolvem, através dos conceitos e das atitudes das pessoas envolvidas.

Segundo Kirigia e Kirigia (2011), de um modo geral, as avaliações dos sistemas de saúde anteriormente citadas são bem abrangentes, mas apresentam limitações. Em uma revisão da literatura realizada por Kruk e Freedman (2008), sobre a avaliação de desempenho de sistemas de saúde, também ficou clara a incorporação pelos estudos de indicadores relacionados ao acesso; a satisfação dos pacientes; a participação; a simplicidade administrativa, a continuidade do cuidado, o tempo de espera para atendimento, a disponibilidade dos serviços, RH e medicamentos, a oportunidade do acesso, a regularidade de reuniões de equipe, formação em serviço, equidade e a inclusão da percepção dos atores envolvidos sobre os serviços. Entretanto, os autores destacam que indicadores para medir alguns destes aspectos ainda estão pouco desenvolvidos no mundo.

Os indicadores propostos no presente estudo, identificam a existência de condições, estratégias e normas para a implementação e sustentação de um modelo diferenciado de capacidade de gestão da assistência farmacêutica, modelo pautado na transparência, descentralização, na participação, na disseminação de conhecimentos e na satisfação com a qualidade dos serviços. Traduzem também a capacidade real do estado para qualificação dos serviços e para investir no componente (GUIMARÃES, 2007; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Pela indisponibilidade de dados e referências específicas sobre algumas medidas e parâmetros, estes foram consensuados durante a oficina de validação do protocolo. Os indicadores, medidas e parâmetros propostos são reflexos do momento atual de discussão da assistência farmacêutica, incluindo os aspectos normativos e legais vigentes, bem como refletem os referenciais teóricos adotados.

Ainda é preciso destacar que a avaliação, assim como a pesquisa, nunca é isenta. É preciso que os avaliados e 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, por isso a importância da construção de forma participativa (MANZINI, 2013).

Por fim, cabe destacar que as maiores dificuldades de argumentação na oficina de validação da matriz foram relativas aos indicadores da dimensão sustentabilidade, pois este tipo de abordagem para a gestão da assistência farmacêutica é algo inovador. Este fato pode ser explicado pela formação tecnicista e pela prática da gestão estar restrita, em muitos casos, a ações logísticas da assistência farmacêutica, como também discutido por Manzini (2013).

A construção dos elementos do protocolo com base nas experiências acumuladas com os estudos exploratórios, e a validação deste de forma participativa, possibilitou um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito do componente, o que segundo Calvo e Henrique (2006) é possível através da participação dos atores sociais envolvidos em todas as etapas do processo. A metodologia utilizada, possibilita também que a avaliação tenha um caráter formativo (ALVES et al., 2010), com o intuito de contribuir com a aprendizagem dos sujeitos envolvidos.

## **Capítulo 4. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO CEAF EM SANTA CATARINA**





Este capítulo apresenta aplicação do protocolo de indicadores, através dos instrumentos para a coleta de dados elaborados, e a análise dos dados para a emissão do juízo de valor - a avaliação em Santa Catarina.

Com os resultados deste capítulo será elaborado o artigo: Indicadores para a avaliação da capacidade de gestão do CEAF: a avaliação em estado do sul do Brasil.

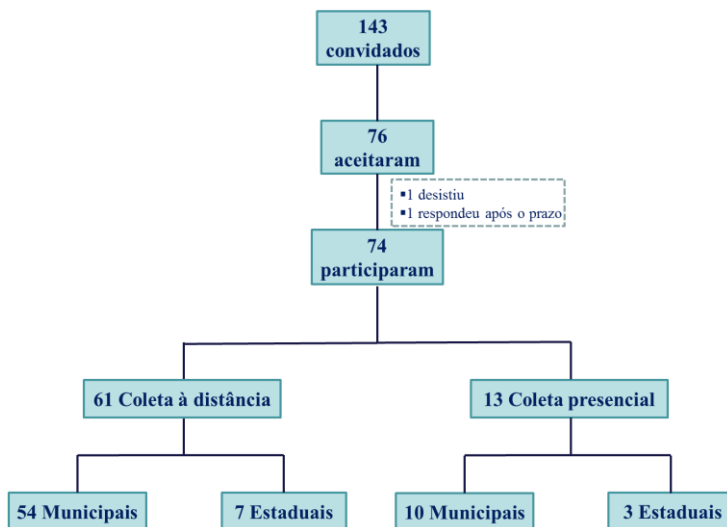
## **1. METODOLOGIA**

### **1.1 Coleta de dados.**

O trabalho de campo contemplou todo o âmbito da organização do CEAF em Santa Catarina, ou seja, a diretoria (DIAF) e as unidades (UNIAFAM, UNIAFARS, UNICEAF, SR e CAF Central).

Dos 143 convidados, 74 retornaram aceitando participar da pesquisa, a qual foi realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2016. A coleta, de forma presencial, ocorreu em 13 das 14 unidades selecionadas, pois, um farmacêutico desistiu de participar durante o agendamento da visita. Da coleta via formulário eletrônico, dos 62 participantes, um não foi incluído, pois respondeu após a finalização do período de coleta de dados (Figura 4-1).

Figura 4-1 Fluxograma com as unidades convidadas e participantes da coleta de dados em Santa Catarina.



Fonte: Elaborado pela autora.

Adicionalmente foram compilados os dados dos documentos e sistemas informatizados consultados.

Os dados obtidos nesta etapa foram utilizados para responder cada um dos indicadores propostos, concernentes a cada dimensão da gestão da assistência farmacêutica, conforme o proposto no protocolo apresentado no Apêndice B. Na seleção da amostra incluiu-se todos os tipos de serviços e unidades de todas as macrorregiões do estado. É importante destacar que se observou também o critério da saturação das informações, durante o processo de coleta e análise dos dados.

## 1.2 Análise dos dados coletados e emissão do juízo de valor.

Os dados coletados foram tabulados utilizando o software Microsoft Excel® para análise e emissão do juízo de valor. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, e por meio de análise




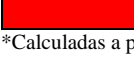
qualitativa utilizando-se a triangulação de métodos proposta por Minayo e colaboradores (2010).

Nesse estudo, para cada indicador, foi atribuído um juízo de valor e sua conversão em cores. O julgamento é formado quando as descobertas e interpretações são comparadas com um ou mais parâmetros selecionados para avaliação (ALVES et al., 2010).

A conversão em cores visa facilitar a visualização dos resultados obtidos. Este modelo de apresentação em cores tem como base o modelo desenvolvido pelo NEPAF (BARRETO, 2007; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; GUIMARÃES, 2007), o qual utilizou como referência a sinalização adotada no trânsito: verde (situação positiva); amarela (situação de cuidado) e vermelha (situação de perigo). Neste estudo foi incluída a cor laranja na situação intermediária, entre o amarelo e o vermelho, significando uma situação de alerta.

O Quadro 4-1 apresenta os resultados de cada indicador, expressos em cores, e o significado das mesmas.

Quadro 4-1 Critérios de julgamentos, considerando as faixas de pontuação dos indicadores, a escala de cores e o seu significado.

<b>Cor</b>	<b>Pontuação</b>	<b>O que indica</b>
	76 a 100% dos pontos	Manter/Avançar - representa os indicadores que estão de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir.
	50 a 75% dos pontos	Cuidado - sinaliza os indicadores que apresentaram avanços, porém precisam ser aperfeiçoados.
	25 a 49% dos pontos	Alerta - evidencia os indicadores que precisam melhorar
	0 a 24% dos pontos	Urgente - sinaliza os indicadores que precisam ser priorizados.

\*Calculadas a partir da pontuação máxima do indicador.

Posteriormente, a partir do somatório das pontuações de cada indicador, foi obtida uma pontuação por dimensão, a qual também foi atribuída uma cor, como forma de sintetizar os resultados encontrados, conforme critério apresentado no Quadro 4.2.

Quadro 4-2 Critérios de julgamentos, considerando as faixas de pontuação das dimensões, a escala de cores e o seu significado.

<b>Cor</b>	<b>Pontuação</b>	<b>O que indica</b>
	76 a 100% dos pontos	Que a situação encontrada na dimensão vai de acordo com o preconizado para a capacidade de gestão do CEAF
	50 a 75% dos pontos	Que há avanços na situação encontrada, mas é preciso o aprimoramento da capacidade de gestão
	25 a 49% dos pontos	Que é preciso melhorar a capacidade de gestão.
	0 a 24% dos pontos	Que a situação encontrada é crítica e compromete a capacidade de gestão do CEAF, sinalizando uma prioridade para a gestão.

\*Calculadas a partir da pontuação máxima da dimensão.

A escala de valor da avaliação deve ser desenvolvida para permitir a tomada de decisão, e pode ser modificada ao longo do tempo ou em diferentes situações.

Após a análise geral dos resultados por dimensão, foi feita uma análise dos indicadores, tendo como base aspectos qualitativos obtidos por meio das entrevistas (questões abertas) (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2010).

A análise do protocolo permite:

- Identificar as dimensões e os indicadores que obtiveram piores e melhores resultados;
- Promover discussões internas com a equipe sobre os determinantes e os condicionantes de determinadas variáveis;
- Definir estratégias para superação dos constrangimentos identificados e/ou para manutenção das condições favoráveis.

## **2. RESULTADOS**

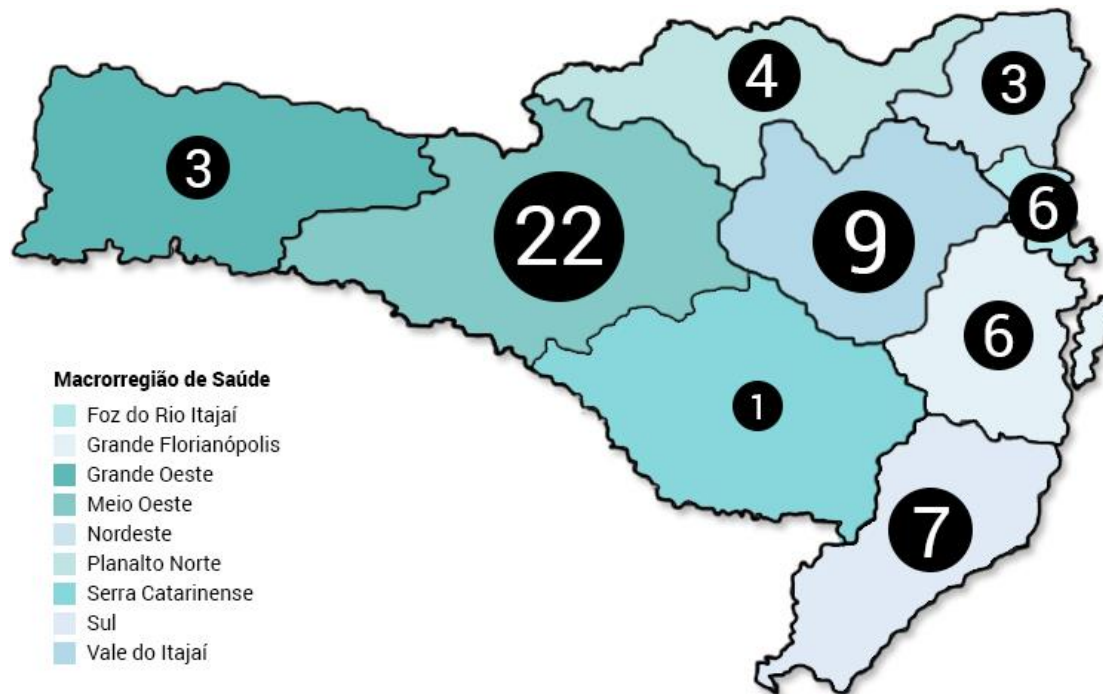
O estudo foi conduzido em Santa Catarina, formado por 295 municípios e que possui mais de 6,3 milhões de habitantes (BRASIL, IBGE, 2014), dos quais aproximadamente 80 mil são atendidos pelo CEAF.

A distribuição das unidades participantes contemplou todas as macrorregiões de saúde do Estado. As unidades estaduais participantes foram: a DIAF, 8 UNIAFARS, 1 Serviço de Referência e a CAF Central.

As 74 unidades participantes estavam distribuídas em 61 municípios. O número de municípios participantes, por macrorregião de saúde, é apresentado na Figura 4-3. A Figura 4.2 apresenta os municípios participantes por macrorregião e porte populacional.

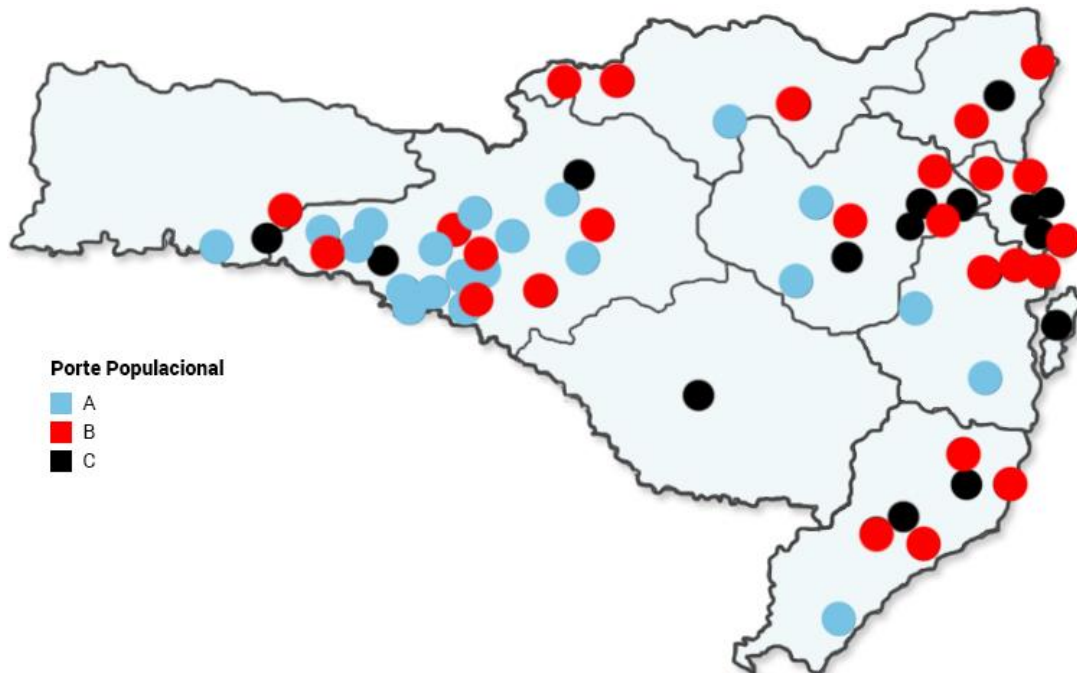


Figura 4-2 Número municípios participantes, da coleta de dados em Santa Catarina, por macrorregião de saúde.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4-3 Municípios participantes por macrorregião de saúde e porte populacional.



Fonte: Elaborado pela autora. Conglomerado A municípios com até 9.999 habitantes; B entre 10.000-49.999 habitantes e C com 50.000 habitantes ou mais.



Com relação ao porte populacional, 21 municípios participantes (UNIAFAM, UNICEAF) são classificados no conglomerado A (com até 9.999 habitantes), 25 no conglomerado B (10.000-49.999 habitantes) e 15 no C (50.000 habitantes ou mais).

As unidades participantes atendiam, juntas, 36.823 usuários do CEAF, envolvendo o trabalho de 427 pessoas (RH total). A maioria das unidades (90%) atendem outros componentes da assistência farmacêutica e/ou programas além do CEAF, entre eles os mais frequentes são o CBAF e o Judicial.

Dados sobre os farmacêuticos participantes são apresentados no Quadro 4-3.

Quadro 4-3 Dados relativos aos farmacêuticos participantes desta etapa.

<b>Dados sobre os farmacêuticos</b>	
Número total	121
Tempo de experiência com o CEAF	3,9 anos
Percentual com vínculo estatutário	84,3%
Percentual que recebeu treinamento antes de iniciar as atividades no CEAF	38,7%

Segundo os participantes, são necessários:

- Em média 3 farmacêuticos para cada 1.000 usuários do CEAF;
- Orientações e capacitações a respeito dos PCDT, sobre os procedimentos do componente, monitoramento clínico e sobre o sistema de informação utilizado;
- Maior apoio e acompanhamento às unidades que desenvolvem atividades do CEAF;
- Fluxos mais ágeis para atendimento dos usuários (envios de documentos, avaliações, autorizações);
- Resolução dos problemas das faltas de medicamentos e acesso a informações nestes casos;
- Ampliação do quadro de RH e capacitações para possibilitar o monitoramento dos tratamentos;

- Reuniões periódicas por Regional de Saúde.

Os resultados do protocolo de indicadores estão apresentados no Quadro 4-4.

Quadro 4-4 Resultados da avaliação com o juízo de valor para cada indicador e dimensão.

INDICADORES	RESPOSTAS	PONTOS OBTIDOS	COR DO INDICADOR	COR DA DIMENSÃO
<b>ORGANIZACIONAL</b>				
Participação	1- CES, CIB, Conferência Estadual de Saúde e reuniões do PES 2- Não há instâncias para a participação	5		59,37 %
Transparência	1- Não há divulgação dos medicamentos em falta e motivos 2- Banco de Preços em Saúde	5		
Planejamento	1- Sim (PES, PPA e Relatório de Gestão) 2- Não há planejamento específico	5		
Monitoramento/Avaliação das ações	Não há indicadores	0		
Parcerias	Sim - CIB 398/2014	10		
Regulamentação	1- Sim - fluxos e portarias de nomeação 2- Sim (41 unidades) = 58,57%	7,5		
Institucionalização	Sim, mas a CAF Central e as licitações são responsabilidades de outra diretoria	5		
Acesso descentralizado	275 municípios = 100%	10		
<b>PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO</b>				<b>47,5</b>

INDICADORES	RESPOSTAS	PONTOS OBTIDOS	COR DO INDICADOR	COR DA DIMENSÃO
<b>OPERACIONAL</b>				
Comunicação	Sempre ou quase sempre 47 = 77,05%	10		55,23%
Complementariedade	1- 100% CIB 501/2013 2- Sim está regulamentada a produção de APAC para o grupo 2	10		
Condições Normativas	1- Não há PGRSS 2- 66,2% Alvarás Sanitários atualizados e 38% referiram monitoramento 3- 88,7% RT atualizadas e 38% referiram monitoramento	0		
Infraestrutura	1- 77,78% das unidades do estado receberam investimento 2- 75% das unidades do estado e 50,8% das unidades dos municípios cumprem com 75% das condições mínimas	8,5		
Serviços de Referência/Polos de Aplicação	Há SR, porém não são distribuídos pelas regiões do estado	5		
Sistemas de informação	1- Sim, para todas as funções 2- Não alimentam a base nacional 3- Não interoperam com outros sistemas da rede de atenção à saúde	3		

<b>INDICADORES</b>	<b>RESPOSTAS</b>	<b>PONTOS OBTIDOS</b>	<b>COR DO INDICADOR</b>	<b>COR DA DIMENSÃO</b>
Recursos Humanos	1- Em 55,55% das unidades do estado há farmacêuticos em número suficiente. 2- 22,86% sim, há capacitações ao menos 1 vez ao ano	2,5		
Financiamento	1- Sempre – CAP e desonerações de tributos 2- Há planejamento orçamentário, mas não disponibilidade de recursos 3- Menos de 5% de APACs glosadas	6,25		
Gestão da Logística	1- Sim para método de programação 2- Há mecanismo de punição de fornecedores 3- Não desenvolve estratégias para evitar os problemas de aquisição	6		
Boas Práticas em Logística	1- Não há normas de boas práticas de transporte 2- Há cronograma de distribuição 3- 80% das unidades estaduais e 70,5% das unidades municipais fazem controle mensal de estoque	6,5		
Disponibilidade de medicamentos	1- Houve falta de medicamentos por falta de recursos 2- Sim, há avaliação para seleção do elenco estadual 3- Há atrasos na dispensação em 15,7% das unidades	3		
<b>PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO</b>				<b>60,75</b>

INDICADORES	RESPOSTAS	PONTOS OBTIDOS	COR DO INDICADOR	COR DA DIMENSÃO
<b>SUSTENTABILIDADE</b>				
Controle social	Não há pautas nas atas de 2015	0		34,17%
Perfil do gestor	1- Cargo formal, mas não responsável por todas as atividades do CEAF 2- 9 anos de experiência e especialista em gestão da assistência farmacêutica	7,5		
Acessibilidade	1- Sem informações do % de ações, mas há um comitê para assessorar o judicial 2- Em média 50 dias para o 1º atendimento	3,75		
Relação entre serviços	1-Gestor- Sim para ambas; Farmacêuticos orientações 67,14% e acompanhamento 11,43% 2-Não realiza levantamentos (exames e consultas)	3		
Aspectos Clínicos	1- 67,7% a 1ª atendimento pelo farmacêutico 2- 32,3% realizam o monitoramento	6,25		
Relação com os usuários	1- 3 (4,9%) unidades informaram já ter realizado 2- Há ouvidoria, mas os dados não são utilizados no planejamento	0		
<b>PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO</b>				
<b>PONTUAÇÃO TOTAL DO PROTOCOLO</b>				<b>128,75</b>

### 3. DISCUSSÃO

A coleta de dados em Santa Catarina contemplou todo o âmbito da organização do CEAF, envolvendo farmacêuticos de unidades estaduais e municipais e de unidades de todas as macrorregiões de saúde do Estado, conforme anteriormente apresentado.

A expressiva participação permite inferências relativas à gestão do componente em nível estadual e indica interesse e comprometimento com o desenvolvimento da assistência farmacêutica. Além disso, aumenta a possibilidade de desenvolvimento de ações que impliquem reais mudanças no processo de gestão. Assim, considerou-se que esta avaliação não interessa apenas aos pesquisadores, mas também aos atores envolvidos com o componente.

#### **Dimensão organizacional**

Analisando os resultados obtidos na dimensão organizacional, observa-se que apenas dois indicadores estão de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir: **parceiras** e **acesso descentralizado**. Cabe destacar que estes dois indicadores estão relacionados entre si, pois a **parceria** com outras instituições para o desenvolvimento de atividades do CEAF no estado de Santa Catarina foi realizada entre o estado e os municípios através de pactuação em CIB (SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2014), a partir da qual o atendimento dos usuários começou a ocorrer em seus municípios de residência. Esta pactuação possibilita a ampliação do acesso aos medicamentos do componente por aumentar a acessibilidade aos serviços, como colocado por Penchansky e Thomas (1981), e de acordo com o observado no estudo com outros estados brasileiros. Em alguns destes estados a concentração em cidades polo exige que os usuários se desloquem para municípios distantes, o que dificulta em muito o acesso e a continuidade dos tratamentos.

Segundo estudo de Mendes (2013), sobre a capacidade de gestão da assistência farmacêutica em nível municipal, em Santa Catarina, as parcerias entre as coordenações da assistência farmacêutica estadual e municipal nos municípios estudados, até 2013, se referiam apenas a algumas atividades do CEAF, as quais são as responsabilidades mínimas definidas pelas portarias de organização dos componentes da assistência farmacêutica no Brasil. Cumpre salientar que, desde 2006, o Pacto da

Saúde visa a instituição de um processo de negociação permanente entre gestores, no sentido de garantir a implantação de políticas e ações prioritárias, baseado no compromisso político entre os gestores construído no espaço das CIT e das CIB (PAIM; TEIXEIRA, 2007), e que os estados e a União apoiem os municípios para que estes assumam suas responsabilidades (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Desta forma, embora outras parcerias não tenham sido descritas, as quais seriam fundamentais para o bom desempenho da assistência farmacêutica, como parcerias que incorporem apoio logístico e financeiro, a realização conjunta com os municípios de atividades relativas ao CEAF indica execução de forma descentralizada e condições favoráveis para o atendimento da população.

Já os indicadores de **participação, transparência, planejamento, institucionalização e regulamentação** sinalizam avanços na direção da imagem-objetivo, porém estes aspectos ainda precisam ser aperfeiçoados. Desta forma, através desse conjunto de indicadores fica evidente que a capacidade de planejar e decidir de forma participativa e transparente, precisa avançar. Uma gestão que não planeja não sabe para onde vai caminhar. Planejar é ter direção, projetos claros, saber onde precisa chegar e que ações são necessárias no caminho (GUIMARÃES et al., 2004).

Chamou a atenção nessas análises que não há nenhuma iniciativa da gestão em desenvolver estratégias ou criar instâncias para a participação dos envolvidos no CEAF (pacientes, prescritores, farmacêuticos), o que contraria os princípios de participação da comunidade, nas ações e serviços que integram o SUS, previstos em lei (BRASIL, 1990a). De acordo com os referenciais utilizados (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; GUIMARÃES et al., 2004) a participação dos atores envolvidos na formulação de políticas e diretrizes através, por exemplo, de reuniões de planejamento, consultas públicas e atividades com associações de pacientes, visa o envolvimento dos atores no processo. A falta de envolvimento pode justificar, em parte, a falta de conhecimento geral sobre o CEAF, relatada tanto pelos representantes da gestão nacional e estaduais, quanto, pelos usuários e médicos. A criação de tais estratégias indicaria compartilhamento e transparência no processo decisório o que soma para a capacidade de decidir em ambiente democrático.



Nesse contexto, embora o estado alimente o Banco de Preços em Saúde, possibilitando o acesso da população aos preços praticados pelo estado na aquisição dos medicamentos (BRASIL, 2009), a falta de divulgação de informações sobre as faltas de medicamentos, demonstram que a gestão descumpre princípios legais da transparência. Este último ainda acarreta o retorno dos usuários diversas vezes às unidades de dispensação para obter informações sobre a disponibilidade de medicamentos, aonde, na maioria das vezes, não consegue obter informações sobre os motivos das faltas e/ou previsão de chegada dos mesmos, conforme os relatos dos farmacêuticos.

Em relação ao indicador **regulamentação**, há fluxos estabelecidos para avaliação das solicitações de medicamentos e nomeação oficial dos profissionais responsáveis por esta atividade, indicando iniciativas da gestão em regulamentar esse processo. É importante destacar que na prática estas regulamentações nem sempre garantem que as comissões para avaliação das solicitações funcionem de forma adequada, gerando, por exemplo, interrupções nas análises por greve dos membros das comissões. Já em relação à outra medida adotada neste indicador, a existência de diretrizes de abrangência estadual sobre os processos de trabalho nas unidades (definida como responsabilidade da DIAF na CIB 398/2014), apenas pouco mais da metade dos farmacêuticos informaram ter conhecimento sobre estas diretrizes. Embora a elaboração das diretrizes sem a adequada divulgação não garanta a aplicação destas na prática, como o objetivo deste indicador é avaliar a existência de regulamentações que propiciem o desenvolvimento das atividades de forma homogênea e institucionalizada, este indicador atende seus objetivos. As regulamentações têm o objetivo de demonstrar o grau de interesse e o compromisso com o estabelecimento de fluxos e normas que legitimem e viabilizem a organização das atividades relacionadas ao CEAF, ou seja, são os primeiros passos para que elas ocorram.

Da mesma forma, a viabilização na estrutura organizacional da diretoria da assistência farmacêutica é imprescindível para o cumprimento de seus objetivos (BRASIL, 2007). Nesse contexto, ao analisar o indicador **institucionalização** chama a atenção que, embora exista uma diretoria de assistência farmacêutica instituída no organograma da SES, há diferentes diretorias e gerências, responsáveis por diferentes etapas de execução do CEAF, as quais não respondem à mesma superintendência. A DIAF é responsável pela programação, avaliação das solicitações, suporte e acompanhamento das ações

desenvolvidas pelas unidades. As gerências responsáveis pelas licitações e a responsável pelo CAF central são vinculadas a diferentes diretorias, ambas da Superintendência de Compras e Logística. O problema foi identificado no estudo ao constar nas falas dos atores envolvidos que a articulação entre estas instâncias é insuficiente. Em um modelo ideal todos estes setores são articulados e, embora em diferentes gerências, por sua capacidade técnica sejam responsáveis por diferentes atividades, estas precisam trabalhar em conjunto e/ou vinculadas a uma mesma coordenação. Por fim, o resultado deste indicador expressa que a institucionalização da DIAF indica o reconhecimento da área e permite maior capacidade de decidir, entretanto é necessário avançar na articulação entre as diferentes gerências responsáveis pelas atividades do CEAF.

Apesar da inclusão de ações do CEAF no PES, na PPA e no Relatório de Gestão, a inexistência de reuniões de planejamento estratégico específicas para o desenvolvimento das ações relacionadas ao CEAF, dada a sua complexidade, crescimento e carga orçamentária, tende a comprometer a tomada de decisão. Nesse mesmo sentido, o resultado do indicador **monitoramento e avaliação das ações** indicou uma situação urgente e ponto a ser priorizado. Não há o reconhecimento pela gestão da importância do processo de planejamento, e de sua contribuição para o aperfeiçoamento permanente da gestão, na medida em que se configura como um relevante mecanismo que visa conferir direcionalidade. Da mesma forma, não há o monitoramento e a avaliação das ações, embora seja papel do gestor garantir sua realização, a fim de determinar a qualidade dos serviços oferecidos, identificar as fragilidades (onde e porque acontecem) e implantar as melhorias necessárias (MARIN, 2003; WHO, 2002).

Nesta dimensão não houve nenhum indicador cujo o juízo de valor indicasse alerta (laranja), e no somatório final da dimensão esta obteve a cor amarela, ou seja, as questões organizacionais, que, para Guimarães e colaboradores (2004), são a capacidade da gestão da assistência farmacêutica em decidir e planejar de forma participativa, autônoma e transparente, apresentam pontos positivos, mas que ainda é preciso o aprimoramento nos vários aspectos anteriormente discutidos.

## Dimensão Operacional

Nesta dimensão três indicadores foram avaliados como de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir: a **comunicação**, a **complementariedade** e a **infraestrutura**.

Em relação à **comunicação**, a maior parte dos farmacêuticos participantes informou conseguir se comunicar com a gestão regional/central em tempo hábil para resolver os problemas, o que soma para a capacidade de executar da gestão. Entretanto, deve-se considerar que, em algumas situações, foi relatado que o meio de comunicação que realmente funciona são os emails, e que esta via nem sempre permite a resolução imediata dos problemas e/ou dúvidas, podendo resultar na necessidade de retorno do usuário à unidade mais de uma vez para a obtenção da resposta ao seu problema. Neste contexto, a existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre a diretoria e todas as unidades, é fundamental para o adequado funcionamento do componente.

Quanto à **complementariedade**, não há dúvida que as medidas adotadas pela gestão indicam preocupação em estabelecer mecanismos que visam garantir o atendimento de todas as linhas de cuidado (primeira linha, responsabilidade dos municípios, e segunda linha do estado). Estas medidas demonstram investimentos do gestor para assegurar as condições de execução do componente, de acordo com seus pressupostos legais. Até 2013, segundo Mendes (2013), nos seis municípios do estado estudados pela autora, as listas padronizadas, frequentemente, não eram baseadas na RENAME ou em elencos pactuados pela CIB (MENDES, 2013). Entretanto, cabe destacar que a pactuação em CIB do elenco da primeira linha de cuidado ocorreu apenas no final de 2013 e, embora os dados coletados não permitam identificar se na prática tais mecanismos garantem a integralidade dos tratamentos medicamentosos, cumpre com o objetivo de identificar a capacidade da gestão em propiciar que estes resultados sejam alcançados.

Considerando o pactuado pela CIB 398 (SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2014), houve investimentos nos últimos anos em infraestrutura nas unidades estaduais, o que corrobora aos dados de que a maioria destas unidades possuem as condições mínimas para execução da assistência farmacêutica de acordo com a RDC ANVISA/MS nº 44 (BRASIL, ANVISA, 2009). Entretanto, ao se analisar a **infraestrutura** das unidades municipais, apenas pouco

mais da metade destas apresentam as condições mínimas de infraestrutura. Embora a deliberação CIB defina que é dos municípios a responsabilidade em viabilizar a infraestrutura para execução da assistência farmacêutica, é papel do estado apoiar e cooperar com os municípios para o desenvolvimento das atividades do CEAF.

Desta forma, a descentralização beneficia os usuários, os quais podem ter acesso aos medicamentos mais próximo de seus domicílios. Ao mesmo tempo, demonstra fragilidades no que se refere à organização do serviço, estrutura física e RH qualificados (BLATT et al., 2011). Cabe ainda destacar que, apesar dos investimentos na estruturação dos serviços de assistência farmacêutica nos últimos anos, parte das debilidades ainda encontradas é resultado da focalização dos recursos na aquisição dos medicamentos e falta do repasse de verbas para a estruturação dos municípios. É importante que a gestão avalie permanentemente a estrutura física, a capacidade instalada e os equipamentos necessários para a estruturação dos serviços (BRASIL, 2007). Ainda segundo Mendes (2013) a gestão estadual se mostrou omissa na colaboração com os municípios, pois não foi relatado projeto ou ação para estruturar e qualificar a assistência farmacêutica.

Analisando-se juntamente todas as unidades envolvidas com o componente, a maioria apresenta condições mínimas de infraestrutura demonstrando avanço neste indicador em relação ao estudo de Blatt e Farias (2007), e resultados melhores que o de Lima Dellamora (2012) em unidades do Rio de Janeiro. Neste último, a estrutura e a organização de todas as unidades visitadas, afetavam a dispensação dos medicamentos do CEAF, por não atenderem aos requisitos mínimos das boas práticas. Um fato destacado no estado do Rio de Janeiro, e que também foi verificado em Santa Catarina, é que, mesmo as farmácias que apresentam área para dispensação em desacordo ao recomendado, se responsabilizavam adicionalmente pela dispensação de medicamentos de outros programas. Talvez nesse critério, utilizar na medida o número de unidades que cumprem 75% ou mais das condições mínimas pode ter sido baixo. Em uma futura avaliação sugere-se a utilização de 100% das condições mínimas visando o aperfeiçoamento constante do instrumento e objeto da avaliação. Investimentos em infraestrutura dos serviços visam à efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde.

Os indicadores que sinalizaram avanços, porém que ainda precisam ser aperfeiçoados foram: **SR/Polos de Aplicação, Financiamento, Gestão da logística e Boas práticas em logística.**

Os **SR**, recomendados pelos PCDT para algumas situações clínicas, podem ofertar avaliação, acompanhamento e, quando for o caso, à administração dos medicamentos (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), e devem ser acessíveis (PENCHANSKY; THOMAS, 1981) para a população de todo o estado. Desta forma, os SR revelam aspectos operacionais e estratégicos da gestão visando assegurar e ampliar as condições que somam para a capacidade de executar. No entanto, no estado de Santa Catarina, o resultado revela a concentração dos SR na capital do estado. Apenas os Polos de Aplicação dos medicamentos para Hepatite C estão distribuídos em 8 diferentes municípios, os quais após a introdução das novas terapias orais estão ficando obsoletos. O Centro Catarinense de Reabilitação, responsável pelo acompanhamento dos usuários com distonias focais e espasmo hemifacial, é localizado apenas na capital do estado. Outro problema identificado no estado é inexistência de polos de aplicação dos medicamentos biológicos e metotrexato, os quais são fundamentais para a garantia da aplicação, conservação, compartilhamento de doses e até mesmo para o adequado descarte dos insumos, devido ao risco ambiental e biológico. Desta forma, embora existam SR no estado há ainda a necessidade de ampliação destes serviços visando melhorar a qualidade da assistência prestada.

Relativo ao **financiamento**, segundo as informações fornecidas pelo gestor, o estado consegue aplicar as estratégias (CAP e as desonerações de tributos) para a manutenção do equilíbrio financeiro. Estas estratégias visam a obtenção da proposta mais vantajosa para a Administração Pública e a aplicação destas, demonstra capacidade de execução neste quesito. Além disso, como a distribuição dos medicamentos adquiridos de forma centralizada tem como um dos parâmetros a regularidade da produção registrada em APAC, e da mesma forma, os valores a serem transferidos mensalmente às SES e Distrito Federal, também são apurados com base na média das APAC emitidas e aprovadas, os poucos problemas identificados na produção das APAC no estado, indicam também boa capacidade de execução. Já a insuficiência de recursos para a aquisição dos medicamentos, vem comprometendo a capacidade de executar da gestão, comprometendo a garantia da linha de cuidado sob responsabilidade do gestor. Este achado indica a necessidade

de maior articulação entre as Superintendências, visando identificar os problemas e implementar estratégias para assegurar a manutenção do abastecimento de medicamentos.

De acordo com o estudo realizado com outras cinco unidades federativas, há diversas situações que podem acarretar problemas no processo de aquisição, como a morosidade do processo licitatório e as diferenças entre preços praticados e os valores ressarcidos pelo Ministério da Saúde. Desta forma, embora se faça necessário o desenvolvimento de estratégias visando enfrentar estes problemas, estas não foram relatadas pelo gestor de Santa Catarina. Este fato pode também estar relacionado aos desabastecimentos relatados. Esta situação compromete a **Gestão da logística**, pois a aquisição representa uma atividade chave, que tem por objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades de uma população (BLATT, CAMPOS, BECKER, 2011; MARIN, 2003). Já a existência de método definido e aplicado na programação e de mecanismos de punição, para os fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos nos editais, são positivas para a gestão. Os mecanismos de punição visam a seleção de fornecedores de qualidade e que cumpram os prazos de entregas estipulados (BRASIL, 2011c), evitando-se assim, a compra de produtos com qualidade duvidosa e o desabastecimento. A programação foi uma das atividades que obtiveram melhores resultados na avaliação da capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica em Santa Catarina (MENDES, 2013), demonstrando que nos aspectos técnicos a gestão da assistência farmacêutica vem avançando.

A regularidade da distribuição mostra, também, o interesse da gestão em assegurar o pronto acesso, ou seja, fazer o planejamento e garantir o abastecimento de medicamentos em quantidades adequadas e a tempo oportuno. Da mesma forma, o controle de estoque mensal permite a obtenção regular de informações sobre os quantitativos nas unidades, evitando assim desabastecimentos ou perda de medicamentos por validade expirada. Ambos os critérios analisados, somam para as **boas práticas em logística**. O critério que comprometeu a capacidade de gestão, neste indicador, foi a inexistência de normas que atendam às boas práticas de transporte de medicamentos. O não atendimento das condições mínimas de transporte não permite a garantia da integridade dos medicamentos. Agrava esta situação o transporte ser realizado pelos municípios, embora esta seja uma responsabilidade do estado conforme

pactuado em CIB desde 2014 (SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2014). As atividades de transporte, segundo Guerra Júnior e Camuzi (2014), devem garantir que os medicamentos sejam entregues às unidades de saúde, a fim de suprir as suas demandas com qualidade atestada. Ou seja, todas as atividades precisam ser executadas seguindo os requisitos técnicos e legais visando a qualidade do serviço prestado aos usuários.

Nesta avaliação os indicadores **Sistemas de informação**, **Recursos humanos** e **Disponibilidade de medicamentos** foram considerados indicadores que precisam melhorar.

Embora, no estado, existam **sistemas de informação** para o desenvolvimento das atividades do CEAF, o fato destes não alimentarem a base nacional e não interoperarem com outros sistemas da rede de atenção à saúde compromete a capacidade de gestão. No primeiro caso, gera trabalho adicional e possibilita a ocorrência de erros, e no segundo não possibilita que os profissionais em outras unidades de saúde acessem informações sobre os tratamentos realizados pelos usuários no CEAF, assim como também, não permite que os profissionais envolvidos com o CEAF tenham acesso aos prontuários de saúde de seus usuários. Este último dificulta a inserção do profissional farmacêutico no cuidado e o reconhecimento por parte dos demais profissionais de sua importância, uma vez que fica isolado dos demais serviços e equipes de saúde. Estes problemas foram relatados, também, nas unidades federativas participantes do estudo exploratório.

A informatização da área da assistência farmacêutica já evoluiu com as políticas de incentivo, porém ainda precisa ser aperfeiçoada, uma vez que se constitui em uma ferramenta imprescindível para a obtenção de informações em tempo hábil, agilização dos processos de trabalho, para acompanhamento, da gestão (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011c; BLATT, CAMPOS, BECKER, 2011; COSTA, NASCIMENTO JR, 2012) e dos tratamentos. O problema dos sistemas informatizados não serem interligados à rede de atenção à saúde também foi verificado por Mendes (2013). Um sistema informatizado integrado ao sistema da rede de atenção à saúde intensifica a gerência de todos os serviços e propicia a comunicação entre os diversos pontos da rede. Desta forma, o indicador visa demonstrar, também, o interesse da gestão em disponibilizar informações nos diferentes pontos da rede com a finalidade de melhorar qualidade da atenção.

Quanto aos **recursos humanos**, o número de farmacêuticos necessários para o desenvolvimento das atividades do CEAF foi avaliado nas unidades estaduais, seguindo o acordado em CIB (SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2014), e neste critério pouco mais da metade das unidades informaram possuir farmacêuticos em número suficiente para o desenvolvimento das atividades. Cabe nesse momento a discussão de que embora a legislação traga a obrigatoriedade da presença do farmacêutico durante todo o período de funcionamento das farmácias no Brasil (BRASIL, 1973; BRASIL, 2014), ainda se observa que o número de profissionais está aquém das necessidades. Blatt e Farias (2007) e Lima Dellamora (2012) observaram deficiência de RH para o desenvolvimento das atividades do CEAF nas unidades analisadas. A falta de parâmetros específicos para o componente aparece no estudo de Lima Dellamora (2012), a qual utilizou os Padrões Mínimos da Farmácia Hospitalar, como parâmetro para a avaliação do número de farmacêuticos nas unidades, cujas atividades são muito distintas. Como esperado, este padrão é muito diferente do estimado como ideal pelos farmacêuticos participantes deste estudo, deixando clara a necessidade da definição de um critério específico para o CEAF.

Não há dúvidas quanto à importância dos farmacêuticos a frente do serviço, seja na coordenação da equipe envolvida com o serviço farmacêutico, seja em promover a interface na equipe multiprofissional, assim como, em oferecer ao usuário uma assistência especializada relacionada à farmacoterapia (VIEIRA, MARQUES, JEREMIAS, 2014; JAMILO, CORDEIRO, 2014). Um quadro de funcionários com déficit de farmacêuticos, compromete a capacidade técnica, política e social do desenvolvimento da assistência farmacêutica.

Em relação às capacitações, baixo percentual de farmacêuticos referiu a oferta anual, pela gestão estadual. O problema de falta de capacitação dos profissionais envolvidos também foi relatada por todos os gestores ouvidos. De acordo com a PNM (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) e a PNAF (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004) é responsabilidade da gestão o desenvolvimento, a formação e a capacitação de RH para que possam cumprir adequadamente com a suas responsabilidades. Fragilidades na qualificação dos profissionais envolvidos com o componente também foram descritas por Becker, Blatt e Farias (2011), Lima Dellamora (2012) e pelos representantes da gestão da unidades federativas participantes do estudo



exploratório. As principais necessidades de capacitação referidas pelos farmacêuticos participantes foram relacionadas aos PCDT, procedimentos do componente, monitoramento clínico e sobre o sistema de informação utilizado. Desta forma, se observa incipiência na qualificação dos profissionais para algumas atividades, apesar do aumento das oportunidades de qualificação, nos últimos anos, como por exemplo, algumas iniciativas federais.

Ao avaliar a **disponibilidade de medicamentos**, preocupou-se com o atendimento oportuno dos usuários e para tal foi medido as faltas de medicamentos, os atrasos na dispensação e a forma como o estado seleciona os medicamentos por linha de cuidado para a elaboração do elenco estadual. De acordo com a Portaria nº 1.554, não é obrigatória a disponibilização de todos os medicamentos padronizados, porém, a seleção não pode comprometer as linhas de cuidado. A não disponibilização de medicamentos prejudica a integralidade do tratamento e provoca desequilíbrio financeiro, devendo os gestores, promover ações que restabeleçam o acesso aos medicamentos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, 2013d). Segundo os dados coletados, embora no estado a CFT seja a responsável pela seleção dos medicamentos do elenco estadual, as faltas de medicamentos por falta de recursos financeiros e os atrasos na dispensação por problemas de infraestrutura e RH comprometem a disponibilidade dos medicamentos (PENCHANSKY; THOMAS, 1981) Estas situações impactam negativamente na saúde dos usuários e na imagem da assistência farmacêutica, comprometendo assim a capacidade de execução.

O único indicador em vermelho nesta dimensão, **condições normativas**, foi avaliado através da existência de condições legais para o exercício das atividades nas unidades. Para tal, o PGRSS (BRASIL, ANVISA, 2004), os alvarás sanitários (BRASIL, 1977) e as Certidões de RT (CFF, 2013a) foram verificados. Embora o alvará sanitário e a Certidão de RT sejam responsabilidade dos farmacêuticos dos municípios (no caso das UNIAFAM e UNICEAF), a verificação desses requisitos em todas as unidades, indicam a preocupação da gestão com as condições sanitárias das farmácias aonde são desenvolvidas as atividades do componente. A partir dessas informações, é possível verificar também, se estas unidades estão sob a responsabilidade de um profissional farmacêutico. No estudo de Mendes (2013) menos da metade das unidades de saúde analisadas contavam com farmacêutico, e em muitos casos quando há farmacêutico, este está envolvido em várias atividades

como a coordenação da assistência farmacêutica, o NASF, dispensação de medicamentos controlados ou de outros programas, como saúde da criança, tuberculose, AIDS/DST. Desta forma, o fato do estado não possuir PGRSS e monitorar os alvarás sanitários e RT de apenas 38% das unidades indica que a gestão ainda tem muito que avançar nestes aspectos.

A pontuação final da dimensão indica que há pontos positivos na situação encontrada, mas que é preciso o aprimoramento da capacidade de gestão. Também, parte dos resultados encontrados podem decorrer dos problemas no processo de descentralização que vem ocorrendo no país, com a descentralização de decisões operacionais, mas sem o repasse adequado de verbas para efetivar tais decisões (Trevisan e Junqueira (2007). Por outro, a dimensão operacional trata de indicadores que revelam aspectos que, de forma geral, são os que apresentam maiores avanços na área devido às políticas, diretrizes e incentivos do Ministério da Saúde, os quais conduzem para a execução destas atividades.

### **Dimensão da Sustentabilidade**

A dimensão da sustentabilidade avalia o potencial da gestão em sustentar as ações e resultados do CEAF, o grau elevado de interrelação da assistência farmacêutica com outros setores da saúde e satisfação dos usuários com a qualidade dos serviços (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; GUIMARÃES et al., 2004).

Nesta dimensão, os indicadores que representam avanços, porém que ainda precisam ser aperfeiçoados são: **Aspectos Clínicos e Perfil do Gestor**. Na avaliação dos aspectos clínicos o primeiro atendimento (dispensação) a ser realizado pelo farmacêutico indica que existem condições para a promoção do URM (BRASIL, 1981; EV, GOLÇALVES, 2014) e alcance dos objetivos do CEAF. Neste estudo, boa parte dos farmacêuticos referiram ser eles mesmos os responsáveis pelo primeiro atendimento dos usuários, o que soma para a capacidade de gestão. Já, o monitoramento dos tratamentos propostos nos PCDT (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), medido através do registro desta atividade, embora seja uma excelente oportunidade de contribuição do profissional farmacêutico, foi verificada apenas em pouco mais de um terço das unidades. A maioria dos farmacêuticos referiu falta de RH e de capacitações como justificativa para o não desenvolvimento desta atividade. A não realização do monitoramento clínico também foi referida pelos farmacêuticos e gestores do estudo exploratório. Esse fato

compromete a sustentabilidade dos resultados e ainda demonstra a necessidade de mudança da centralidade das ações voltadas ao medicamento para as ações voltadas aos usuários. Ainda, conforme também observado por Mendes (2013), a carência de registro das atividades desempenhadas pelo farmacêutico, dificulta a identificação das falhas nos serviços e o planejamento das ações.

Conforme afirma Manzini (2013), isso pode ser explicado pela formação tecnicista do profissional farmacêutico e pela prática da gestão restrita, em muitos casos, a ações logísticas da assistência farmacêutica. Segundo Lima Dellamora (2012), os farmacêuticos se consideravam despreparados para realizar as atividades relacionadas aos usuários (principalmente o monitoramento), campo de prática que reconhecidamente congrega muitos requisitos técnicos, habilidades e atitudes. A fragilidade na formação clínica do farmacêutico no Brasil (CASTRO; CORRER, 2007) não ajuda a estabelecer uma relação de igualdade e de parceria com o médico, o que oportunizaria uma intervenção efetiva em favor do paciente. Ainda no estudo de Lima Dellamora (2012) parte dos profissionais entrevistados demonstravam pouco interesse em fazê-las. Tais atitudes sugerem a necessidade de “mudança de enfoque filosófico, organizacional e funcional da farmácia, elevando o seu nível de responsabilidade e do profissional farmacêutico” (PICON; BELTRAME, 2002).

Quanto ao **perfil do gestor**, considerou-se fundamental que o gestor tivesse formação na área de gestão e experiência em assistência farmacêutica. A formação na área, com maior qualificação técnica para o conjunto de atividades relacionadas, contribui para a capacidade de gestão. Também, a existência do cargo formalmente instituído na estrutura organizacional da SES permite a manutenção das ações desenvolvidas, o que influencia a capacidade de sustentar os resultados de gestão. Além disso, indica a superação da problemática da institucionalidade do SUS e avanços para a resolução dos problemas político gerenciais que acarreta (PAIM; TEIXEIRA, 2007). O que fez com que esse indicador perdesse pontos, foi o fato já mencionado, na discussão do indicador **institucionalização** da dimensão organizacional, deste gestor ser responsável por parte das atividades de execução do CEAF, o que pode comprometer a sustentabilidade da gestão devido os problemas de articulação entre as instâncias.

Preocupa também, o fato da **acessibilidade** e da **relação entre serviços** terem recebido a cor laranja indicando alerta, ou seja, que estes aspectos precisam ser melhorados. Acessibilidade medida através do prazo para atendimento dos usuários apresenta limitações, pois não considera os indivíduos que não conseguiram chegar ao serviço, ou aqueles que não conseguiram cumprir os critérios dos PCDT para atendimento no componente. Porém devido a dificuldade em se avaliar tais aspectos, e considerando que os indicadores sinalizam uma situação e são uma aproximação do fenômeno e não o fato em si, a escolha da medida tempo para atendimento é importante para a avaliação da acessibilidade. O fato dos usuários levarem em média 50 dias para receberem seus medicamentos indica uma situação desfavorável para a gestão, pois pode impactar negativamente nos usuários e no próprio sistema, pela piora do estado de saúde, e assim necessidade de gastos adicionais nos tratamentos (ARRAIS et al., 2005). Somado a isso, foi relatado pelos farmacêuticos que nos casos de faltas dos medicamentos esse prazo é ainda maior. É nesse contexto que muitos referem a urgente necessidade de criação de fluxos mais ágeis e menos burocratizados, visando o atendimento oportuno dos usuários.

Ainda, embora o gestor relate que está sendo criado um mecanismo visando evitar a judicialização destes medicamentos (Comissão para assessorar o Judicial), a falta de informações sobre as demandas judiciais para casos contemplados no CEAF, resultou na baixa pontuação deste indicador. As demandas judiciais para a garantia do acesso aos medicamentos, entre outros, evidenciam as limitações no acesso aos serviços de saúde como um todo (REVEIZ, 2013; VARGAS-PELAEZ et al, 2014). Ainda é importante destacar que a via judicial, embora seja uma via legítima, de modo geral, é contraproducente para o sistema de saúde (LIMA-DELLAMORA., et al 2012), por exemplo, ao consumir recursos da via administrativa para a resolução de situações individuais, em detrimento das demais pessoas que seguem a via do sistema de saúde (FNR, 2010; VARGAS-PELAEZ et al., 2014; DEVAUX, LOOPER, 2012). Logo, a criação de mecanismos para evitar ações nos casos já contemplados no CEAF é uma estratégia que visa a sustentabilidade da gestão.

No contexto já discutido das limitações do SUS em atender as exigências dos PCDTs, quanto aos exames e consultas, chama a atenção a falta de informação da gestão sobre a demanda relacionada ao CEAF frente a capacidade do estado. Este fato demonstra a falta de relação da

assistência farmacêutica com os outros setores da rede de saúde, no planejamento para atendimento dos serviços, o qual seria fundamental para a superação das limitações na oferta referida por todos os atores, inclusive dos participantes dos estudos exploratórios. Ainda em relação a este indicador (**relação entre serviços**), o outro critério analisado indicou que há preocupação da gestão em orientar o desenvolvimento das atividades das unidades, porém de acordo com o relato do gestor, as ações de acompanhamento são realizadas mais frequentemente via sistema informatizado do que presencialmente, o que explica as diferentes respostas a este questionamento obtidas entre os farmacêuticos das unidades e o gestor.

O acompanhamento presencial nas unidades também é muito importante, visando aproximar a gestão de quem executa os serviços diretamente ao usuário e do próprio usuário, e essa foi uma reivindicação comum dos farmacêuticos, tanto na coleta final de dados, como no estudo exploratório. O distanciamento da gestão descrito pelos participantes neste estudo, também foi descrito por Lima-Dellamora e colaboradores (2012). É necessário aproximar a gestão da “ponta”, é necessário que o gestor ouça estes atores, pois é assim que se identificam as necessidades. E ouvir aqui significa escutar, incorporar, apreender. Para Landim e Guimarães (2011), é papel da liderança escutar e agregar, com vistas à transformação da realidade organizacional e das relações sociais de produção de cuidados.

Relacionado ao anterior, o resultado dos indicadores **Controle social** e **Relação com os usuários** tiveram os piores resultados, sinalizando aqueles em situação urgente e que portanto, precisam ser priorizados. Não há pautas do CEAF no CES do último ano. A instituição do controle social, cujas origens remetem a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), abriu a possibilidade para um modelo de saúde democrático, em oposição ao tradicionalmente autoritário e excludente. Naquele momento, o controle social foi considerado como uma conquista, sendo a principal estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002). A participação social faz parte do elenco de ações de natureza política e estratégica, mas que não vêm sendo bem desenvolvidas e valorizadas pelas gestões da assistência farmacêutica, embora são essenciais na gestão de programas e políticas públicas, cujo desenho prevê compartilhamento, corresponsabilidades e participação social (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Os conselhos de saúde podem significar uma possibilidade de avanços para a gestão. É importante que a assistência farmacêutica reconheça o controle social como um aliado e como uma estratégia para fortalecimento, e para que a população reconheça o acesso aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos como um direito. Pelo contrário, como também observado por Mendes (2013) o Conselho de Saúde é tido como um anexo externo ao sistema de saúde, uma obrigação burocrática e não como uma aliança importante e parte intrínseca da gestão do SUS.

Em relação ao indicador **Relação com os usuários**, não há pesquisas de satisfação com os usuários, nem a utilização dos dados levantados na ouvidoria para o planejamento das ações. Mesmo entendendo as limitações que as avaliações de satisfação possuem em relação ao aspecto subjetivo da “satisfação”, a qual é influenciada pelas expectativas e exigências individuais, e pelas características do paciente, (como idade, gênero, classe social e estado psicológico) (SITZIA; WOOD, 1997; VAITSMAN; ANDRADE, 2005) a preocupação da gestão com a avaliação da satisfação e com a utilização dos dados da ouvidoria, indicaria a inclusão da perspectiva dos usuários, mesmo que indiretamente, na condução do CEAF. Além disso, a institucionalização destes processos, que criam ambiente favorável para sustentar as decisões, traduzem a construção de uma imagem positiva que aumentaria a viabilidade da gestão no âmbito estadual.

Neste contexto, cabe destacar que o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde (firmado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde), observa diretrizes para fins da garantia da gestão participativa. Entre elas citam-se: o estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria; apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar (BRASIL, 2011a).

Por fim, o fato de nenhum indicador nesta dimensão ser avaliado como de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir, constringe a sustentabilidade da gestão, mas também é consequência dessa abordagem ser inovadora para a gestão da assistência farmacêutica. A sustentabilidade das ações visando melhores resultados é um tema pouco

avaliado na área. Por este motivo, também se explica a menor pontuação nesta dimensão no estudo de Mendes (2013).

A avaliação final indica que a capacidade de gestão do CEAF no estado de Santa Catarina precisa avançar em muitos aspectos para que a capacidade de decisão, de execução e de sustentabilidade dos resultados garantam a integralidade do tratamento medicamentoso. Ou seja, para alcance e sustentabilidade dos objetivos há a necessidade de projetos claros e pactuados, planejamento e avaliação que direcionem para o alcance e manutenção dos recursos operacionais, técnicos e humanos visando o atendimento oportuno, integral e contínuo. Portanto, não é um elemento individual que será primordial para a tomada de decisões e alcance dos resultados e sim o conjunto de recursos, serviços, habilidades, ações no campo político e das relações sociais para que os objetivos sejam efetivados na prática.





## **Capítulo 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Os medicamentos têm um importante papel na atenção à saúde, no entanto, os custos crescentes das novas alternativas terapêuticas e as estratégias para garantir seu acesso detêm grande preocupação por parte dos pesquisadores e gestores, e são objeto em constante debate, inclusive nos países desenvolvidos (LU *et al.*, 2007; BEVAN *et al.*, 2010). Além disso, a mudança do perfil epidemiológico, a pressão pela incorporação das novas tecnologias nos serviços públicos e a ampliação do acesso têm contribuído significativamente para o aumento dos gastos governamentais com medicamentos (SOARES, 2013), com uma tendência de aumento, conforme observado nos últimos anos. De acordo com Rossi (2004), é interessante observar que somente sistemas que assegurem o acesso podem gerar mercado para estas tecnologias.

No Brasil o CEAR, desenvolvido nesse contexto, é uma política relevante à medida que é a única via de acesso para grande parte da população à alguns medicamentos, especialmente os de preço mais elevado. Em 2014, dos 12,4 bilhões de reais investidos em medicamentos pelo Ministério da Saúde, 4,9 bilhões foram destinados ao financiamento do CEAR (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Entretanto, apesar dos esforços do país para garantir a disponibilidade dos medicamentos de forma integral e universalizada, observa-se que as ações que vêm sendo desenvolvidas, conforme preveem as políticas, ainda precisam ser aprimoradas para garantir o acesso e o URM. Nesse contexto, é importante destacar que a gestão é fortemente relacionada aos avanços e aos problemas identificados em todos os níveis da assistência, e em todos os serviços e programas do SUS.

Apesar do grande destaque aos aspectos financeiros, outros desafios trazem um contexto complexo a ser administrado pelos gestores desse sistema, como as características de universalidade, equidade e integralidade. Adicionalmente, com a descentralização das ações, os estados e municípios passaram a assumir a responsabilidade direta pela atenção à saúde, incluindo as ações relacionadas à assistência farmacêutica. Segundo Solla (2010), a descentralização por si só não é suficiente para viabilizar os princípios e as diretrizes do SUS, pois dependem do fortalecimento institucional, da capacidade de gestão, e da democratização das instituições de saúde. Todos esses fatores destacam a importância de se avaliar a capacidade de gestão em todas as esferas.

Segundo Felisberto (2010), muitos países têm desenvolvido sistemas de monitoramento e avaliação de programas e políticas bastante elaborados, entretanto, poucos têm produzido informações regulares sobre sua continuidade e até que ponto esses produzem os benefícios esperados. Nesse sentido, é necessário a construção de um modelo de avaliação que realmente detecte as dificuldades e produza recomendações que possibilitem corrigir rumos e disseminar lições e aprendizagens visando à melhoria do desempenho das políticas (policy oriented) (HUMPHREYS; McLELLAN, 2011). Destaca-se que, embora esse modelo de avaliação seja reconhecido por sua importância já há algum tempo, as fragilidades dos modelos até então utilizados (FELISBERTO, 2010), em se constituírem ferramentas que auxiliem na gestão, reforçam a necessidade de mudanças nas práticas.

No presente estudo, optou-se pelo referencial teórico de capacidade de governo de Matus, refletido no conceito de capacidade de gestão da assistência farmacêutica. A aplicação do referencial de Matus pelo modelo de Guimarães (2007) considera gestão em seu sentido mais amplo e supera a fragilidade do modelo de Matus (apontada por Testa, 1989), por fazer a contextualização para a realidade brasileira, considerando o contexto político e do sistema de saúde, e incluindo a participação social. A concepção de gestão adotada valoriza o processo e não só o resultado, privilegia discussões sobre o poder e sua legitimidade, ou seja, se traduz em aspectos menos procedimentais. Considerou-se, ainda, que a gestão deve ser orientada pelos princípios do SUS e que a avaliação, como um instrumento de gestão, deve seguir também estes preceitos.

Com esse intuito, a construção da avaliação foi realizada de forma participativa, buscando torná-la contextualizada e legítima, o que aumenta, em muito, as chances de que seus resultados representem a realidade, e sejam relevantes para a tomada de decisões. O envolvimento dos interessados no processo proporciona solidez à avaliação por não ser baseada apenas na literatura, mas também nas experiências dos atores envolvidos.

Deste modo, o estudo exploratório realizado permitiu entender melhor o CEAf e, por exemplo, a dependência deste em relação as outras ações estruturantes da política de saúde. Estes aspectos são importantes pois, embora a gestão e as políticas da assistência farmacêutica não sejam alheias a esta realidade, a maioria dos estudos sobre esta temática

usualmente desconsidera a sua relação com a organização do sistema de saúde e estão focados em aspectos operacionais do fornecimento dos medicamentos (BIGDELI et al, 2013).

Da mesma forma, os serviços farmacêuticos focados nos medicamentos têm impactado de diferentes formas no cuidado, uma vez que o uso de medicamentos pode gerar impactos positivos, pela resolutividade quando de seu emprego racional, e negativos, pelas consequências quando da sua indisponibilidade ou do seu uso inadequado.

Neste desafio inclui-se a necessidade de se pensar e agir numa perspectiva de construção e consolidação de uma concepção ampliada de assistência farmacêutica. Esta não deve ser somente um conjunto de práticas e operações simplificadas no ciclo da assistência farmacêutica (numa alusão à influência Taylorista sobre o pensamento e o desenvolvimento da administração), pois a execução dessas práticas, mesmo que seguindo perfeitamente os preceitos técnicos, não têm levado à obtenção dos resultados esperados, por mais que se tenha evoluído nos últimos anos na questão do acesso ao produto medicamento.

Os achados chamam a atenção também, para a falta de compreensão sobre o componente, o que segundo o Penchansky e Thomas (1981) se refere à percepção de que não há adequação entre a forma como os recursos são organizados e a capacidade do usuário em se adequar a estes. Esta percepção demonstra a insuficiência de comunicação e divulgação do componente e leva os usuários a recorrerem a outras vias de acesso, como a judicial.

Destacam-se ainda, problemas na articulação e oferta dos serviços os quais, segundo Soares (2013), são fatores capacitantes para o acesso. Assim, muitas das dificuldades de acesso ao CEAF não refletem somente problemas no próprio componente, como também refletem problemas no sistema de saúde como um todo. Nesse contexto, surge o entendimento de que a forma de organização e gestão dos serviços não tem propiciado a integralidade da atenção, e que a condução de ações não segmentadas, com foco no uso racional dos recursos terapêuticos, somada à inserção da assistência farmacêutica na lógica de redes de atenção, são fundamentais para melhorar o acesso aos serviços. Os resultados do estudo, com as outras cinco unidades federativas, também evidenciam a necessidade de superar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, visando o

atendimento dos preceitos constitucionais da universalidade e integralidade.

Assim, os modelos desenvolvidos com base nos estudos exploratórios possibilitaram considerar não só o resultado final esperado, mas também os fatores condicionantes. Possibilitaram, do mesmo modo, desenvolver indicadores em sua maioria sensíveis, permitindo que os efeitos observados sejam atribuídos a mecanismos específicos, conforme preconizado por Natal e colaboradores (2010).

Os resultados da avaliação em Santa Catarina indicam que, apesar de aspectos positivos, como por exemplo, as pactuações para a descentralização do acesso em todos os municípios, debilidades como a inexistência de monitoramento e avaliação das ações relacionadas ao CEAF, comprometem a capacidade da gestão em decidir e planejar. Assim também, embora o estado apresente avanços, como na infraestrutura e na pactuação da primeira linha de cuidado, os resultados indicam que ainda é preciso o aprimoramento da capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais. Por fim, o fato de entre os indicadores pior avaliados estarem os relacionados à prerrogativas legais do controle social, constrange a sustentabilidade da gestão.

Nesta perspectiva, a luz de Dias (2012), é latente a necessidade de instrumentalizar o Estado em relação a como este agente pode desenvolver e implantar um modelo que viabilize a nova relação entre ele e a sociedade, de modo que o desenvolvimento seja fruto da ação coletiva. Tal entendimento exige que as organizações públicas sejam permeadas pelo objetivo da responsividade, ou seja, que haja correspondência entre as decisões dos administradores públicos e o que é de interesse da sociedade (DENHARDT, 2004).

De tal modo, a avaliação final indica que, a capacidade de gestão do CEAF no estado, precisa avançar em muitos aspectos para garantir a capacidade de decisão, execução e sustentabilidade dos resultados. Este resultado chama a atenção, pois Santa Catarina é um dos estados com melhores indicadores socioeconômicos (PIB e IDHM) e de disponibilidade de serviços públicos (IDSUS) do país, o que destaca a necessidade de avaliações da capacidade de gestão do CEAF nos outros estados brasileiros, visando aprimorar os mecanismos existentes.

Entretanto deve-se considerar que, apesar do reconhecimento deste trabalho em todas as regiões do país, do processo de construção ser participativo e a validação do protocolo ter sido realizada junto a estes atores, nas análises finais observou-se que algumas medidas e parâmetros apresentaram deficiências na sensibilidade em captar a realidade. Este fato se explica pela complexidade do processo de gestão da Administração Pública, e estas conclusões foram possíveis através da análise dos dados do estudo exploratório e das questões abertas das entrevistas para a coleta de dados dos indicadores.

Este último achado nos leva a concluir que a pura aplicação de indicadores quantitativos e objetivos, para o contexto da capacidade de gestão, não capta a complexidade do processo, destacando a importância de se fazer a aplicação de metodologias mistas e de se buscar informações para uma análise ampliada. Ou, nos termos de Minayo, Assis e Souza (2010), a triangulação de métodos para uma avaliação em saúde mais fidedigna. Assim, para que os indicadores tenham resultados que condizam com a realidade, algumas medidas e parâmetros precisam ser aprimorados para futuras aplicações, com fins de monitoramento, ou em outros estados.

Como a finalidade desta tese não consiste apenas na produção de conhecimentos e constituição de base teórica para avaliação na área, espera-se que as fragilidades observadas neste estudo possam ser utilizadas no planejamento do presente na direção da conquista de um desenvolvimento pleno da capacidade de gestão. Nesse contexto, a avaliação deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações visando o aprimoramento contínuo. Desta forma, como proposta de alternativas aos problemas identificados sugere-se:

- 1- Que a gestão assuma sua responsabilidade de capacitação contínua dos profissionais que desenvolvem as atividades do CEARF, assim como estimule que assumam seu papel no monitoramento clínico. Profissionais qualificados e serviços focados nos usuários possibilitarão da melhora dos prognósticos à potenciais reduções de custos para o sistema de saúde.

- 2- Que os mecanismos e os instrumentos de gestão existentes sejam devidamente utilizados na prática da gestão, como por exemplo, o monitoramento e a avaliação das ações. A coleta sistemática de dados e a realização de investigações são fundamentais, pois sem informação não

se tem evidências, e se restringe a análise dos problemas. Nesse sentido é preciso que a ideia de avaliação fique inerente à construção dos serviços e programas, e possa contribuir com as tomadas de decisão que atendam aos princípios do SUS.

3- Que a interação com o controle social seja uma premissa e uma prática internalizada pela gestão. Não se observou a criação de oportunidades de interação com os usuários, como reuniões com associações de pacientes, assim como não há disponibilização de consultas públicas, entendidas aqui, como processos democráticos para construção conjunta de políticas públicas entre governo e sociedade. A abordagem utilizada pela gestão atual é conhecida como "top-down" (decisão de cima para baixo). Deve-se considerar que toda tomada de decisão exige uma atenção às relações institucionais, à equipe e aos usuários, pois para que seja concretizada é necessário apoio de todos os atores envolvidos. Espaços decisórios de gestão compartilhada são fundamentais para a legitimidade da gestão.

4- O aumento da transparência através, por exemplo, da divulgação dos medicamentos em falta e os motivos, precisa ser colocada em prática. Mais do que isso, é preciso qualidade na troca de informações e divulgação sobre o componente para comunidade, estudantes e profissionais de saúde, visando a utilização das vias existentes. A partir do acesso às informações a sociedade poderá compreender o valor destas para a transparência e exercício da cidadania. Infelizmente, na situação atual, o direito à saúde está reduzido, na percepção geral, ao direito de ter acesso ao serviço e aos medicamentos, e não na garantia dos resultados em saúde.

5- A maior interação entre a gestão estadual e os serviços municipais que desenvolvem as atividades do CEAF, por exemplo, através de reuniões periódicas nas regionais de saúde, permitiria o entendimento da realidade dos serviços (das especificidades locais e lacunas que ocorrem), vislumbrar oportunidades para a ação, e a própria coesão dos profissionais à gestão. Neste cenário, é necessário o debate em torno de mudanças na estrutura organizacional, com eventual redefinição das relações intergovernamentais, como ponto de partida para o fortalecimento da capacidade de governo.

6- É preciso que o estado assuma a responsabilidade acordada da logística do transporte dos medicamentos, e que analise os fluxos de



trabalho, objetivando agilidade nos trâmites burocráticos e atendimento oportuno dos usuários. Com o atual desenvolvimento das tecnologias da informação é inadmissível conceber a morosidade dos processos burocráticos e o vai e vem de documentos. Da mesma forma, a criação de estratégias para evitar os problemas de aquisição e falta de medicamentos, como a compra conjunta com outros estados e o incentivo ao fortalecimento do complexo industrial regional, visa diminuir os desabastecimentos.

7- Outros pontos necessitam de maiores investimentos, mas devem estar inclusos na agenda do gestor e constar no planejamento do componente, como exemplo, citam-se a ampliação de SR em outras regiões do estado e a implantação de polos de aplicação de medicamentos. Estes possibilitam a qualificação dos serviços prestados aos usuários e a redução dos custos dos procedimentos.

8- A aproximação com instituições de ensino, para o desenvolvimento conjunto de projetos e pesquisas que visem a obtenção elementos que possam auxiliar na modificação da situação. A título de exemplo, cita-se o levantamento das demandas e ofertas de serviços, o qual deverá ser utilizado em planejamentos conjuntos, entre as diversas áreas na saúde, para que a oferta seja orientada pelas necessidades da população. Nesse contexto, uma vez que as dificuldades encontradas podem ser, em parte, fruto do histórico da formação do profissional farmacêutico, o qual não se enxerga como sujeito de um processo de mudança para a melhoria da assistência prestada, exige-se mudanças no enfoque da formação. É necessário rever os currículos, incluindo a lógica da transversalidade, e investimentos para a constituição de sujeitos, lideranças, dotados de capacidade técnica e compromisso com o SUS.

Esta primeira aproximação ao estudo do CEAF demonstra que, desde sua implantação em 2010, o componente tem contribuído com a ampliação do acesso a medicamentos, porém, ainda enfrenta desafios para o alcance pleno de seus objetivos, como a necessidade do fortalecimento do processo de descentralização, as deficiências na oferta dos serviços especializados, a necessidade de qualificação dos RH, tanto no que se refere à gestão do componente quanto às atividades relativas ao acompanhamento dos usuários.

De posse destes resultados poder-se-á desenvolver estratégias para a qualificação desta forma de acesso à medicamentos no SUS. Este componente adquiriu uma dimensão, tanto do ponto de vista financeiro, quanto da complexidade da sua gestão e das doenças envolvidas, que exige estudos que contribuam para aperfeiçoá-lo, contemplando a perspectiva dos diferentes atores envolvidos, no sentido de que o mesmo se torne capaz de dar a resposta esperada: a integralidade dos tratamentos medicamentosos.

## Contribuições

Esta tese propôs produção científica comprometida com as problemáticas que incidem nas políticas e serviços destinados a enfrentar as necessidades de saúde da população. Em seu escopo, desenvolve diagnóstico situacional da gestão, mas vai muito além, pois é o primeiro referencial científico e operacional para nortear a estruturação da gestão de uma parte significativamente importante da composição do sistema de saúde brasileiro. A construção teórica, metodológica e a geração de dados proposta trazem para a área da saúde e, mais especificamente para a área farmacêutica, os mais atuais referências, promovendo avanços para a área.

Este trabalho possibilitou também:

- Identificar das principais barreiras para a gestão do CEAF no estado de Santa Catarina;
- Reconhecer os principais fatores que influenciam a sustentabilidade dos resultados, visando a proposição de ações mais efetivas;
- Disseminar conhecimentos sobre o CEAF;
- Propiciar ricos momentos de discussão e reflexão sobre a assistência farmacêutica;
- Contribuir com o avanço nos estágios de desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica durante o próprio processo de pesquisa;
- Destacar a necessidade de qualificação da formação na área, principalmente para os serviços clínicos, e capacitação contínua dos profissionais;
- Entender os reflexos da forma de organização e gestão na sociedade, sob o ponto de vista dos atores envolvidos;
- Disseminar informações sobre a importância de focar os serviços nos usuários e integralidade da atenção à saúde.

Por fim, através das discussões com os gestores, espera-se estimular a formulação de políticas que privilegiem não apenas o acesso ao produto medicamento, mas ao serviço farmacêutico como um todo.

## Limitações

Em relação à metodologia optou-se por técnicas diferentes para a coleta de dados devido as dificuldades:

- No estudo exploratório (grupo focal e entrevistas), de reunir os profissionais da saúde em um mesmo horário e local;
- Na fase final de coleta de dados (coleta presencial e à distância), pela dificuldade de deslocamento para 70 diferentes municípios e para viabilizar a coleta de dados em uma amostra representativa de unidades do CEAF no estado.

No estudo exploratório com representantes da gestão das outras cinco unidades federativas, assim como algumas informações coletadas no estado de Santa Catarina, apresentaram como limitações a utilização de dados referidos pelos informantes sem análise documental ou consulta às bases de dados oficiais, pois as unidades não possuem ou não disponibilizam publicamente todos os dados relativos à organização da gestão do componente.

Por fim, este estudo apresentou como limitação algumas das medidas e parâmetros utilizados, mais especificamente dos indicadores infraestrutura e comunicação, os quais precisam ser revistos para avaliações futuras.

## Perspectivas

Considerando que esta tese é parte do projeto “Políticas públicas e o acesso a medicamentos de alto custo: a situação do Brasil em relação a outros centros da América Latina”, pretende-se ainda:

- Realizar uma oficina para a devolutiva dos dados aos participantes.
- Preparar um relatório para ser entregue à DIAF/SES contendo os dados analisados, identificando os constrangimentos e os avanços conquistados, suas possíveis causas, e sugestões para seu aprimoramento.

- Elaborar um sexto artigo relativo a análise da demanda e custos dos serviços de saúde associados ao CEAF, já em construção.
- Aplicar o modelo de avaliação desenvolvido no estado de São Paulo.
- Propor um indicador para a avaliação da capacidade de inovação da gestão, medido através de iniciativas como: articulação ensino serviço; processos de educação permanente; desenvolvimento de pesquisas; capacidade de incorporação de novas tecnologias e inovações na gestão.
- Propor macroindicadores para a avaliação do CEAF em nível nacional.



**REFERÊNCIAS**





ABRASCO et al. **Agenda estratégica para a saúde do Brasil**. Wallprint Gráfica e Editora, 2011. Disponível em: [http://www.saudeigualparatodos.org.br/pdf/Agenda\\_Saude\\_para\\_Todos.pdf](http://www.saudeigualparatodos.org.br/pdf/Agenda_Saude_para_Todos.pdf). Acesso em: 1 jul. 2016.

ACURCIO, F. de A. et al. Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, n. 2, p. 263–82, 2009.

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, v. 9, n. 3, p. 208–20, 1974.

ALMEIDA, P. F. de et al. Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, 2010.

ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e análise das informações: O uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (Eds.). **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 89–107.

ALVESSON, M.; WILLMOTT, H. **Making sense of management: a critical introduction**. London, England: Sage, 1996.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, 2005.

ANDERSON, C. Presenting and Evaluating Qualitative Research. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 74, n. 8, 2010.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 87–92, 2005.

ARAÚJO, A. da L. A. de; FREITAS, O. de. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Braz Journal Pharm Sciences**, v. 42, n. 1, p. 137–46, 2006.

ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1737–46, 2005.

BARRETO, J. L. **Análise da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: um estudo em municípios baianos**. Mestrado—Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2007.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. do C. L. Evaluation of decentralized management of basic pharmaceutical care in Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207–20, 2010.

BASTOS, G. A. N. et al. Utilization of medical services in the public health system in the Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 475–84, 2011.

BECKER, I. R. T.; BLATT, C. R.; FARIAS, M. R. Municipalização das atividades relacionadas ao componente especializado de Assistência Farmacêutica. **Rev. Bras. Farm.**, v. 92, n. 3, p. 128–36, 2011.

BEKKERING, G. E.; KLEIJNEN, J. Procedures and methods of benefit assessments for medicines in Germany. **The European Journal of Health Economics**, v. 9, n. S1, p. 5–29, 2008.

BELTRAME, A. **Ampliação do acesso a medicamentos de alto custo: uma análise da política brasileira**. Mestrado—Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, Estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995.

BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; CHAVES, G. C. O Acordo TRIPS da OMC e os desafios para a Saúde Pública. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. (Eds.). **Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del estado**. 1. ed. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc Saúde Colet**, v. 12, n. 4, p. 861–70, 2007.

BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Evaluation model for municipal health planning management. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2143–54, 2011.

BEVAN, G.; HELDERMAN, J.-K.; WILSFORD, D. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. **Health Economics, Policy and Law**, v. 5, n. 3, p. 251–67, 2010.

BEVIR, M. **Democratic Governance**. New Jersey: Princeton, 2010.

BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Eds.). **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 65–78.

BIANCHIN, M. D. et al. Evaluation of the quality of propranolol and enalapril tablets supplied in the public health system in a southern Brazilian city. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 2, p. 491–98, 2012.

BIGDELI, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. **Health Policy and Planning**, v. 28, n. 7, p. 692–704, 2013.

BLATT, C. R. **Avaliação da assistência farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina no ano de 2002 a 2004**: Carine Raquel Blatt; orientadora, Marení Rocha Farias. Mestrado—Florianópolis/SC, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

BLATT, C. R. et al. Assessment of adherence to antiretroviral drugs in a municipality in southern Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 2, p. 131–36, 2009.

BLATT, C. R.; ROCHA FARIAS, M. Diagnóstico do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina-Brasil. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 26, 2007.

BLATT, Carine Raquel; CAMPOS, Célia Maria Teixeira de; BECKER, Indianara. Programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. In: Serviços farmacêuticos [Recurso eletrônico] /

Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

BOING, A. C. et al. Access to medicines in the public sector: analysis of users of the Brazilian Unified National Health System. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 691–701, 2013.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Socioeconomic inequalities in expenditures and income committed to the purchase of medicines in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 897–905, 2011.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. **Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados**, 1923. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto-Lei nº 1.005, de 21 de outubro de 1969. **Código de Propriedade Industrial**, 1969. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/Del1005.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del1005.htm). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, ANVISA. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc\\_visal/legis/lei\\_5991.pdf?id=16614&word=](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc_visal/legis/lei_5991.pdf?id=16614&word=). Acesso em: 20 fev. 2016.

BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. **Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6437.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6437.htm). Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Decreto nº 85.878, de 7 de abril de 1981. **Estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Antigos/D85878.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D85878.htm). Acesso em: 17 mar. 2016.

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.** 19 set. 1990a. disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 17 mar. 2016

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. **Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial.** 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9279.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9279.htm). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS,** 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.916 de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** 1998. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html). Acesso em: 5 nov. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Organização da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros: Disponibilidade e utilização de medicamentos do SUS.** Belo Horizonte: UFMG, 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2460.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2016.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica,** 2004. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9696>. Acesso em: 26 maio. 2016

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação**

**em Carácter Excepcional.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.577 de 27 de outubro de 2006. **Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.** 2006a. disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2577\\_27\\_10\\_2006\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2577_27_10_2006_comp.html). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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, 2006b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 26 mar. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 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.** 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL. ANVISA. Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** Disponível em: [portal.anvisa.gov.br/.../RDC+nº+306+de+7+de+dezembro+de+2004](http://portal.anvisa.gov.br/.../RDC+nº+306+de+7+de+dezembro+de+2004). Acesso em: 02 fev. 2015.

BRASIL, CONASS. **Convergências e divergências sobre a gestão e regionalização do SUS, 2004.** Disponível em: <http://bvssp.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=358>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BRASIL, CONASS. **Assistência farmacêutica no SUS.** 1a ed ed. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde, 2008.

BRASIL, ANVISA. RDC n° 44 de 17 de agosto de 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 farmácia e drogarias e dá outras providências, 2009.**

Disponível

em:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/as\\_sistenciafarmaceutica/Manual\\_AssistenciaFarmaceutica.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/as_sistenciafarmaceutica/Manual_AssistenciaFarmaceutica.pdf). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL. Lei Complementar n° 131, de 27 de maio de 2009. **Acrescenta dispositivos à Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp131.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp131.htm). Acesso em: 5 jul. de 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 2.690, de 5 de novembro de 2009. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, 2009a.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690\\_05\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690_05_11_2009.html). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 375, de 10 de novembro de 2009. **Aprova na forma do Anexo desta Portaria, o roteiro a ser utilizado na elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, 2009b.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0375\\_10\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0375_10_11_2009.html). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 2.981 de 26 de novembro de 2009. **Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, 2009c.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981\\_26\\_11\\_2009\\_re\\_p.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_re_p.html). Acesso em: 20 fev. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intra-estadual: orientações para organização e funcionamento.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009e. (Série Pactos pela Saúde, v. 10)

BRASIL. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. **Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas,** 2010. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001400021](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001400021). Acesso em: 4 jul. 2016

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Da Excepcionalidade às Linhas de Cuidado: O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. **Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica,** 2010b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4217\\_28\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4217_28_12_2010.html). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.439, de 11 de novembro de 2010. **Altera os arts. 3º, 15, 16 e 63 e os Anexos I, II, III, IV e V à Portaria nº 2.981/GM/MS, de 26 de novembro de 2009, republicada em 1º de dezembro de 2009,** 2010c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3439\\_11\\_11\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3439_11_11_2010.html). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 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).** 2010 d.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 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.** 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em: 16 mar. 2016.

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.** 2011b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/28/LEI-12401.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (ed.). **A Assistência Farmacêutica no SUS.** 1a ed ed. Brasília, Brazil: CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. v. 7.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Série C. Projetos, Programas e Relatórios.** Brasília: Ministério de Saúde, 2012a. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. **Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM),** 2012b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077\\_17\\_09\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html). Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012. **Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.** 2012c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841\\_02\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841_02_05_2012.html). Acesso em: 5 jul. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 48, de 23 de novembro de 2012. **Torna pública a decisão de não incorporar o medicamento ranibizumabe para Degeneração Macular Relacionada à Saúde (DMRI) no Sistema Único de Saúde (SUS).** 2012d. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2012/prt0048\\_23\\_11\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2012/prt0048_23_11_2012.html). Acesso em: 26 maio. 2016

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 122, de 31 de janeiro de 2013. **Aprova o repasse de recursos para Estados e Distrito Federal, a título de financiamento, referente a janeiro, fevereiro e março de 2013, para aquisição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde,** 2013a. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0122\\_31\\_01\\_2013.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0122_31_01_2013.html). Acesso em: 26 maio. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 757, de 6 de maio de 2013. **Aprova o repasse de recursos para Estados e Distrito Federal, a título de financiamento, referente a abril, maio e junho de 2013, para aquisição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde,** 2013b. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0757\\_06\\_05\\_2013.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0757_06_05_2013.html). Acesso em: 26 maio. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 34, de 6 de agosto de 2013. **Torna pública a decisão de não incorporar o medicamento brometo de tiotrópio para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica no Sistema Único de Saúde (SUS),** 2013c. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2013/prt0036\\_06\\_08\\_2013.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2013/prt0036_06_08_2013.html). Acesso em: 26 maio. 2016.

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).** 2013d. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html). Acesso em: 20 fev. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.659, de 8 de agosto de 2013. **Aprova o repasse de recursos para Estados e Distrito Federal, a título de financiamento, referente a julho, agosto e setembro de 2013, para aquisição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde,** 2013e. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1659\\_08\\_08\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1659_08_08_2013.html)>. Acesso em: 26 maio. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.996, de 11 de setembro de 2013. **Altera a Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013**, 2013f. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1996\\_11\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1996_11_09_2013.html). Acesso em: 26 maio. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.701, de 11 de novembro de 2013. **Aprova o repasse de recursos para os Estados e Distrito Federal, a título de financiamento, referente a outubro, novembro e dezembro de 2013, para aquisição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde**, 2013g. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2701\\_11\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2701_11_11_2013.html). Acesso em: 26 maio. 2016.

BRASIL, IBGE. **Estados@**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BRASIL, IBGE. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/at/temas.php?sigla=&tema=idhm>. Acesso em: 26 maio. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. **Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-14/2014/Lei/L13021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-14/2014/Lei/L13021.htm). Acesso em: 01 fev. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 30, de 4 de setembro de 2014. **Torna pública a decisão de não incorporar as insulinas análogas para diabetes mellitus tipo II no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**, 2014b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2014/prt0030\\_04\\_09\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2014/prt0030_04_09_2014.html). Acesso em: 26 maio. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e promoção do uso racional de Medicamentos no Brasil, PNAUM: Primeiros resultados, 2015.** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pnaum/projeto-1/arquivos/pnaum-primeiros-resultados>. Acesso em: 26 maio. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 26 maio. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>. Acesso em: 26 maio. 2016b.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; GALA, P. Macroeconomia estruturalista do desenvolvimento. **Revista de Economia Política**, v. 30, n. 4, p. 663–86, 2010.

BUENDGENS, F. B. et al. Cost analysis of treatment for severe rheumatoid arthritis in a city in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, p. s81–s91, 2013.

BUENO, C. S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. **Rev Ciên Farm Básica Apl**, v. 30, n. 2, p. 203-10, 2009.

BULT-SPIERING, M.; DEWULF, G. **Strategic Issues in Public-Private Partnerships: an international perspective**, Oxford, Blackwell Publishing, 2006.

CABANA, M. D. et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. **JAMA**, v. 282, n. 15, p. 1458–65, 20, 1999.

CALVO, M. C.; HENRIQUE, F. Avaliação - Algumas concepções sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. (Eds.). **A odontologia e a Estratégia de Saúde da Família**. 1. ed. Tubarão: Unisul, 2006. p. 115–136.

CAMERON, A. et al. **The world medicines situation 2011**. Medicine prices, availability and affordability. 2011.

CAMPOS, G. W. DE S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. de S. An anti-Taylorist approach for establishing a co-governance model for health care institutions in order to produce freedom and commitment. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863–70, 1998.

CAMPOS, G. W. de S. Brazilian National Health System between liberal and public systems traditions. **Ciê. saúde coletiva**, v. 12, p. 1865–74, 2007.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elemento para se pensar a mudança da organização na saúde. In: MINAYO, M. C. DE S. et al. (Eds.). **Tratado de saúde Coletiva**. 1ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 563–613.

CASSIANI, S. H. D. B.; RODRIGUES, L. P. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta paul. enferm**, v. 9, n. 3, p. 76–83, 1996.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003.

CECILIO, L. C. O. Theoretical and conceptual notes on evaluative processes taking the multiple dimensions of healthcare management into account. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 589–99, 2011.

CENTER FOR PHARMACEUTICAL MANAGEMENT. **Access to Essential Medicines: State of Minas Gerais, Brazil, 2001**. Prepared for the Strategies for Enhancing Access to Medicines Program Management Sciences for Health, 2003. Disponível em: [http://projects.msh.org/seam/reports/brazil\\_final.pdf](http://projects.msh.org/seam/reports/brazil_final.pdf). Acesso em: 5 jul. 2016.

CERQUEIRA, R. M. M. C. de. **Medicamentos excepcionais no contexto da Assistência Farmacêutica: estudo de caso de duas unidades de referência do PEMAC - Bahia**. Mestrado—Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2003.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: Conceitos e métodos. In: BOUSSELLE, A. et al. (Eds.). **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41–60.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. “Judicialization” of public health policy for distribution of medicines. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839–1849, 2009.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil Decision-making process and administrative practice: managing the State Health Secretariat. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1373–82, 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. DE A. (Ed.). **Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. 1ª reimpressão ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29–47.

COSTA, L. H. **Avaliação da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau/SC, 2001**. Mestrado—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

COSTA, K.; NASCIMENTO JÚNIOR, M. do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46(supl), 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 577 de 25 de julho de 2013a. **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**.

Disponível em: < <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/577.pdf> >. Acesso em: 10 jan. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013b. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2015.

COUSINS, J. B.; DONOHUE, J. J.; BLOOM, G. A. Collaborative evaluation in North America: Evaluations self-reported opinions, practices, and consequences. **Evaluation Practice**. v. 17, p. 207–26, 1996.

D'AVILA FILHO, P. M.; COELHO, A. F.; JORGE, V. L. Acesso ao poder: clientelismo e democracia participativa. Desconstruindo uma dicotomia. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 4, n. 2, p. 211–33, 2006.

DE 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, 2006.

DENHARDT, R. **Teoria Geral de Organizações Públicas**. (trad. Prof. Francisco G. Heidemann), Thompson/ Wadsworth. 2004.

DESLANDES, S. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1633–45, 2011.

DESLANDES, S. F. et al. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s29–s37, 2010.

DEVAUX, M.; DE LOOPER, M. **Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009**. [s.l]. Disponível em: <[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequalities-in-health-service-utilisation-in-19-oecd-countries-2008-2009\\_5k95xd6stnxt-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequalities-in-health-service-utilisation-in-19-oecd-countries-2008-2009_5k95xd6stnxt-en)>. Acesso em: 5 jul. 2016.

DIAS, E. D. P. Conceitos de Gestão e Administração: Uma Revisão Crítica. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 1, n. 1, 2002.

DIAS, T. **Governança pública: uma concepção teórico-analítica aplicada no governo do Estado de Santa Catarina a partir da implantação das Secretarias de Desenvolvimento Regional**. Doutorado—Florianópolis/SC, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medicalcare administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University Press, 1974.

Donabedian A. **Exploration in quality assessment and monitoring**, v 1. Michigan: Health Administration Press; 1980. 3-31.

EV; L. S.; GOLÇALVES, C. B. Utilização de medicamentos. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al., **Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 119-34.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. São Paulo: Editora Atlas, 1989.

FELISBERTO, E.; FREESE, E.; BEZERRA, L. C. A., ALVES, C. K. de A.; SAMICO, I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v.9, n.3, p. 339-57. 2009.

FELISBERTO, E. **Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil, no período de 2003-2008**. Doutorado—Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

FERREIRA, L. da C. Mudanças Sociais e Conflitos em Torno de Areas Protegidas no Vale do Ribeira, SP, Brasil. **Ambiente & sociedade**, v. 7, n. 1, 2004.

FETTERMAN, D. M.; WANDERSMAN, A. (eds.). **Empowerment Evaluation Principles in Practice**. 1 edition ed. New York: The Guilford Press, 2004.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489–506, 2005.

FIGUEIREDO, T. A.; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. A sanitary focus on medicines lawsuit. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 101–18, 2010.

FIGUEIREDO, J. F. M. et al. Infraestrutura de segurança para comunicação, autenticação e autorização transparentes em hospitais federado. **Journal Health Informatics**, v. 2, n. 3, p.58-63, 2011.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos básico para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Eds.). **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1–13.



FIGUEIRÓ, A. C.; THULER, L. C. S.; HARTZ, Z. M. DE A. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Z. M. DE A.; LÍGIA, M. V. S.; FELISBERTO, E. (Eds.). **Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 47–70.

FONDO NACIONAL DE RECURSOS. **Política y gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo. Relevamiento de la experiencia internacional y respuesta del Fondo Nacional de Recursos**. Primera ed. Montevideo: FNR, 2010.

FRANÇA FILHO, J. B. de et al. Pharmacist's and pharmacies profiles in Santa Catarina: structure and process indicators. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 1, p. 105–13, 2008.

FRANCESCHET, I. **Análise das atividades realizadas pelos farmacêuticos no serviço de farmácia pública no município de Florianópolis, SC-2002**. Mestrado—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. A integralidade na assistência à saúde. In: MERHY, E. E. (Ed.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p. 125–133.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPO, R. T.; MOREIRA, M. I. B.; TRAPÉ, T. L. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p.102-10, 2013.

GABOR, A. **Os filósofos do capitalismo: a genialidade dos homens que construíram o mundo dos negócios**. Tradução Maria José Cyhlar Monteiro. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

GADELHA, P. et al. **Pesquisa nacional de saúde 2013: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015.

GARCIA-ALTÉS, A. et al. Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, n. 4, p. 316–24, 2006.

GARCIA, L. P. et al. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p.1605-16, 2013.

GARCIA-SUBIRATS, I. et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. **Gaceta Sanitaria**, v. 28, n. 6, p. 480–88, 2014.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. [s.l.] Líber Livro, 2005.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. D. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T. et al. (Eds.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GIOVANELLA, L. et al. (EDS.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GISEV, N.; BELL, J. S.; CHEN, T. F. Interrater agreement and interrater reliability: Key concepts, approaches, and applications. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 9, n. 3, p. 330–38, 2013.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. [s.l.] SAGE, 1989.

GUIMARÃES, M. do C. L. et al. Evaluation of management capacity in social organizations: an in-process methodological proposal. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1642–50, 2004.

GUIMARÃES, M. do C. L. **Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Um modelo em construção**. Resumo executivo projeto de pesquisa, 2007.

GUIMARÃES, M. do C. L.; LEITE, S. N. Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo transversal 1: unidade 1: gestão da assistência farmacêutica - parte 1. 2011.

GUIX, J. Analizando los “porqués”: los grupos focales. **Revista de Calidad Asistencial**, v. 18, n. 7, p. 598–602, 2003.

GUERRA JÚNIOR, A. A.; CAMUZI, R. C. Logística Farmacêutica. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. **Assistência farmacêutica: Gestão e práticas para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 89-118.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a “system without walls”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. S331–S336, 2004.

HARTZ, Z. M. de A. **Avaliação em saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html>. Acesso em: 4 jul. 2016.

HENKEL, M. **Government: Evaluation and Change**. [s.l.] Jessica Kingsley Pub, 1991.

HOGERZEIL, H. V.; MIRZA, Z. **The world medicines situation 2011 access to essential medicines as part of the right to health**. WHO, Geneva, 2011.

HUMPHREYS, K.; McLELLAN, A.T. A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients, **Addiction**, v.106, n.12, p.2058-66, 2011.

JAMILO, N. M.; CORDEIRO, B. C. Assistência Farmacêutica. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. **Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 283-294.

JUNQUILHO, G. S. Management and managerial action at contemporary organizations: beyond “folklore” and “fact”. **Gestão & Produção**, v. 8, n. 3, p. 304–18, 2001.

KIRIGIA, J. M.; KIRIGIA, D. G. The essence of governance in health development. **International archives of medicine**, v. 4, n. 1, p. 1, 2011.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 85–99, 2008.

KRUK, M. E.; FREEDMAN, L. P. Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. **Health Policy**, v. 85, n. 3, p. 263–76, 2008.

KUHNEN, V. L. **Elaboração e padronização de fluxos de trabalho: um estudo de caso na Gerência Técnica da DIAF/SC**. Trabalho de Conclusão de Especialização—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

LANDIM, E. L. A. S.; GUIMARÃES, M. do C. **Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo transversal 1: unidade 1: gestão da assistência farmacêutica - parte 2**. 2011.

LAVRAS, C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–74, 2011.

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. *HealthcarePapers*, v. 1, n. 2, p. 13–35, 2000.

LEFORT, C. O que é burocracia. In: CARDOSO, F. H.; MARTINS, C. E. (Eds.). **Política & Sociedade**. São Paulo: Editora Nacional, 1979.

LEITE, S. N.; MAFRA, A. C. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Ciê. saúde coletiva**, v. 15, n. Suppl 1, p. 1665–72, 2010.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. DE. Comparative analysis of health systems on the triple border between Brazil, Colombia, and Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, n. 5, p. 490–500, 2011.

LIMA-DELLAMORA, E. DA C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensing specialized component medicines in areas of the State of Rio de Janeiro. **Ciê. saúde coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2387–96, 2012.

LU, C. Y.; WILLIAMS, K. M.; DAY, R. O. The funding and use of high-cost medicines in Australia: the example of anti-rheumatic biological medicines. **Australia and New Zealand Health Policy**, v. 4, n. 1, p. 2, 2007.

LUGONES, R.; BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. **Análisis comparado de política de medicamentos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1999.

LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. (Eds.). **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del estado**. 1. ed. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

LUZ, T. C. B.; LOYOLA FILHO, A. I. DE; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1578–86, 2009.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MALTA, D. C. et al. Perspectives of the regulation in the health insurance face the model assistance. **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433–44, 2004.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 593–605, 2010.

MANZINI, F. **Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão**. Mestrado—Florianópolis/SC, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

MANZINI, F. et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: A experiência em Santa Catarina 2015**. Florianópolis/SC, Brasil: Editora da UFSC, 2016.

MARIN, N. (ed.). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARTINELLI, D. P.; ALMEIDA, A. P. de. Negociação e solução de conflitos: do impasse ao ganha-ganha através do melhor estilo. [s.l.] **Atlas**, 1998.

MARTINS, M. da G. DE H. et al. Revisitando Taylor, passado ou presente? **Revista Ciências Administrativas ou Journal of Administrative Sciences**, v. 8, n. 1, 2002.

MASSOL, J.; PUECH, A.; BOISSEL, J.-P. How to Anticipate the Assessment of the Public Health Benefit of New Medicines? **Thérapie**, v. 62, n. 5, p. 427–35, 19, 2008.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MEDINA, G. et al. Uso dos modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. DE A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. (Eds.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro Salvador: EDUFBA Fiocruz, 2005. p. 41–63.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte Minas Gerais: Escola de Saúde Pública, 2009.

MENDES, S. J. **Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense**. Mestrado—Florianópolis/SC, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

MERHY, E. E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a restauração produtiva do setor: um estudo sobre micropolítica do trabalho vivo**. 1. ed. Campinas: Unicamp, 2000.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio Do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. 3ª Reimpressão ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MORATELLI, A. M. B.; INÁCIO, D. B. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Trabalho de Conclusão de Curso—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

MOTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. São Paulo: Record, 1995.

MUSSA, A.; TROVÃO, R. Técnicas da administração científica: um estudo de caso em uma empresa do setor de call center. In: XIII SIMPÓSIO DE

EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA (SEGET). Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: [http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais\\_13/artigos/701.pdf](http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/701.pdf). Acesso em: 1 jul. 2016.

NASCIMENTO, R. C. R. M. do et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciê. saúde coletiva**, in press.

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. do. **Avaliação da assistência farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis/SC**. Mestrado—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

NATAL, S. et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Colet**, v. 18, n. 4, p. 560–71, 2010.

NEMES, M. I. B. **Avaliação em saúde: Questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Fundamentos de avaliação. Rio de Janeiro: ABIA, v. 1, 2001.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547–49, 2000.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Cienc Saude Coletiva**, v. 15, n. Supl 3, p. 3561–7, 2010a.

OLIVEIRA, L. C. F. DE; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 853, 2010b.

OLIVEIRA, M. A. et al. Evaluating pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS in the city of Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1429–1439, 2002.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 2011.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 73–78, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Institutional configuration and administration of Brazil's National Health System (SUS): problems and challenges. **Ciên. saúde coletiva**, v. 12, p. 1819–29, 2007.

PAINA, L.; PETERS, D. H. Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 5, p. 365–73, 2012.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (ed.). **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde, 2005.

PANELLI-MARTINS, B. E.; SANTOS, S. M. C. DOS; ASSIS, A. M. O. **Segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil**. v. 21, p. 65s\*-81s, 2008.

PANIZ, V. M. V. et al. Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 267–80, 2008.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127–40, 1981.

PEPE, V. L. E. et al. Characterization of lawsuits for the supply of “essential” medicines in the State of Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 461–71, 2010.

PEREIRA, J. R. et al. Situation of lawsuits concerning the access to medical products by the Health Department of Santa Catarina State, Brazil, during the years 2003 and 2004. **Ciên. saúde coletiva**, v. 15, p. 3551–60, 2010.

PETERS, D. H. et al. **Poverty and access to health care in developing countries**. Annals of the New York Academy of Sciences, v. 1136, p. 161–71, 2008.



PICON, P. D.; BELTRAME, A. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. CD-ROM Diretrizes Terapêuticas, 2002.

PIERRE, J.; PETERS, B. G. **Governance, Politics and the State**. Houndmills: MacMillan Press, 2000.

PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. **Evaluation and Program Planning**, v. 27, n. 2, p. 121-33, 2004.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analysing qualitative data. **BMJ**, v. 320, n. 7227, p. 114–16, 2000.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. (Ed.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. [s.l.] FIOCRUZ, 2000.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2008.

REED, M. The labour process perspective on management organization: critique and reformulation. In: HASSARD, J.; PYM, D. (Eds.). **The theory and philosophy of organizations: critical issues and new perspectives**. London, England: Routledge, 1995.

REVEIZ, L. et al. [Right-to-health litigation in three Latin American countries: a systematic literature review]. **Pan American Journal of Public Health**, v. 33, n. 3, p. 213–22, 2013.

ROSSI, F. Experiencias en formulacion e implementacion de politicas nacionales de medicamentos. Bolivia e Colombia. In: BERMUDEZ, J. A. Z; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. (Orgs.). **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. p. 251 - 262.

ROVER, M. R. M. et al. Acesso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n. 2, p. 110–16, 2016.

SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015**, 2011.

SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Deliberação Comissão Intergestores Bipartite 398 de 25 de setembro de 2014, 2014.

SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Missão**. Disponível em: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=116&Itemid=139](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=116&Itemid=139). Acesso em: 1 jul. 2016.

SANTOS, R. F. DOS. **Análise dos serviços do SUS relacionados às ações de assistência farmacêutica em municípios de Santa Catarina em 2001**. Mestrado—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

SANTOS, R. I. DOS. **Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. Doutorado em Farmácia—Florianópolis/SC, Brasil: Universidad Federal de Santa Catarina, 2011.

SARTOR, V. DE B. **Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do SUS**. Mestrado—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

SCALCO, S. V.; DE LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde Evaluation model for human resource management in health. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 603–14, 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciên. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221–42, 1999.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais. **Saúde Debate**, v. 53, p. 81–92, 1999.

SHEIKH, K. et al. Building the Field of Health Policy and Systems Research: Framing the Questions. **PLoS Medicine**, v. 8, n. 8, p. e1001073, 2011.

SHIMIZU, H. E. Perception of managers of the Unified Health System about the challenges in the formation of Health Care Networks in Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1101–22, 2013.

SIDDIQI, S. et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. **Health Policy**, v. 90, n. 1, p. 13–25, 2009.

SILVA, R. C. dos S. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. Mestrado—Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

SILVA, R. O. **Teorias da administração**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

SOARES, L. **O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos**. Doctorado em Farmácia—Florianópolis: Universidad Federal de Santa Catarina, 2013.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997- 2008**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

SOUZA, L. E. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.; HARTZ, Z. M. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da Atenção à Saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. DE A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Eds.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro Salvador: EDUFBA Fiocruz, 2005. p. 65–102.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Rev. Social Science and Medicine*, v. 45, n. 12, p.1829-43, 1997.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EdUSP, 2001.

TAYLOR, F. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

TESTA, M. Tendências em planificação. In. Rivera FJU, organizador. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Corte; 1989, p. 77-103.

TOBAR, F. et al. **Un seguro nacional de enfermedades catastróficas: fundamentos para su implementación** Cippec, 2012. Disponível em: <http://www.cippec.org/documents/10179/51827/Un+seguro+nacional+de+e>

nfermedades+catastroficas/7e0bf436-e50a-46a9-b524-38c90948be33.

Acesso em: 30 out. 2015

TORETI, I. R. **Descrição e avaliação das atividades de assistência farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais no Município de Içara-SC no período de 2004-2005**. Mestrado—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services access and utilization. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004.

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA, L. A. P. Network management of sus and the new medicine production policy. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 638–52, 2010.

UETA, J.; HOEPFNER, L.; BERNANDO, N. L. Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo 4: unidade 4: dispensação de medicamentos. 1. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

USAID, March 2013. The eManager. Management Strategies for Improving Health Services. How to Govern the Health Sector and its Institutions Effectively. Disponível em: [http://www.lmgforhealth.org/sites/default/files/eManager\\_How%20to%20Govern%20the%20Health%20Sector\\_4.11.13\\_FINAL.pdf](http://www.lmgforhealth.org/sites/default/files/eManager_How%20to%20Govern%20the%20Health%20Sector_4.11.13_FINAL.pdf). Acesso em: 10 jan 2014.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medira qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciên. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p.559-613, 2005.

VARGAS, I. et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 6, p. 705–17, 2015.

VARGAS-PELÁEZ, C. M. et al. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – A scoping study. **Social Science & Medicine**, v. 121, p. 48–55, 2014.

VASCONCELOS, C. M. **Paradoxos da mudança no SUS**. Doutorado—Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2005.

VEBER, A. P. et al. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 47, n. 1, p. 75–80, 2011.

VENÂNCIO, S. I. et al. Avaliação do processo de dispensação de medicamentos aos portadores de hepatite C crônica em farmácias de componentes especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 701–10, 2014.

VIANA, S. M. A descentralização tutelada. **Saúde Debate**, v. 35, p. 35–38, 1992.

VIANNA, S. M. et al. **Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento**. Projeto economia da saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005.

VIEIRA, F. S. How pharmacists can contribute to health promotion. **Ciê. saúde coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213–20, 2007.

VIEIRA, M. R. DA S.; LORANDI, P. A.; BOUSQUAT, A. Assessment of pharmaceutical care for pregnant women treated in the public health system in Praia Grande, São Paulo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1419–28, 2008.

VIEIRA, F. S.; MARQUES, D. C.; JEREMIAS, S. A. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de saúde. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al., **Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.39-50.

VIEIRA-DA-SILVA, L. Conceitos, Abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. DE A. (Ed.). **Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 29–47.

WATSON, T. J. Organização e trabalho em transição: da lógica“ sistêmico-controladora” à lógica“ processual-relacional”. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, p. 14–23, 2005.

WEISS, C. H. **Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies**. 2. ed. [s.l.] Prentice Hall, 1998.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p.1621-28, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to investigate drug use in health service facilities**. Geneva: WHO, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting rational use of medicine: core components**. 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world medicines situation**. Geneva: World Health Organization, 2004.

World Health Organization, 2007. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Disponível em: [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf). Acesso em: 07 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Forty-fourth report of the WHO Expert Committee on specifications for pharmaceutical preparations**. n. 957. Geneva: WHO; 2010. 235-64.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Systems Governance for Universal Health Coverage Action Plan**. World Health Organization, 2014.

**APÊNDICES**





## APENDICE A – Premissas dos indicadores por dimensão

<b>DIMENSÃO ORGANIZACIONAL</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissa</b>
<b>Participação</b>	<p>Segundo a Lei nº 8.080 as ações e serviços que integram o SUS, devem ser desenvolvidos de acordo com princípios como o da participação da comunidade (BRASIL, 1990a). Tem-se neste contexto, a criação de espaços decisórios de gestão compartilhada como a CIT e a CIB, cuja natureza de negociação e pactuação são considerados positivos, ou seja, essas instâncias são espaços de gestão participativa (LANDIM; GUIMARÃES, 2011). Além destes, a gestão pode propiciar outros espaços, como as consultas públicas e as Conferências de Saúde, visando o envolvimento dos atores no processo. Segundo Furtado e colaboradores (2013), ainda que a participação popular constitua elemento decisivo para evitar a degradação e manipulação das iniciativas oriundas de políticas públicas, outras formas de participação necessitam ser criadas e direcionadas à de conhecimento e avaliação dessas políticas. Assim, a participação de diferentes atores nas decisões referentes ao CEAF indica compartilhamento e transparência no processo decisório o que soma para a capacidade de decidir em ambiente democrático (GUIMARÃES et al., 2007).</p>
<b>Transparência</b>	<p>Segundo as Lei nº 12.527 e nº 8.080 cabe aos órgãos e entidades do poder público assegurar transparência da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação. (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2011d). Segundo Travassos e Martins (2004) o grau de informação em saúde é um dos determinantes do acesso aos serviços e, portanto, do padrão de utilização dos mesmos, ou seja, problemas no acesso às informações podem comprometer, por exemplo, a efetividade dos processos para garantir a disponibilidade oportuna dos medicamentos. Desta forma, quanto melhores e mais numerosas forem as estratégias de disseminação das informações sobre o CEAF maior será a visibilidade do componente, o acesso e o compartilhamento das informações, o que atende ao princípio da transparência e amplia sua capacidade de decidir.</p>

<b>DIMENSÃO ORGANIZACIONAL</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissa</b>
<b>Planejamento</b>	A Lei 8.080 atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (BRASIL, 1990a). Ou seja, o planejamento deve ocorrer em todos os níveis, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos. A realização do planejamento estratégico para o desenvolvimento das ações relacionadas ao CEAF soma para a capacidade de decidir (LANDIM; GUIMARÃES, 2011) e o reconhecimento da importância de seu processo (BRASIL, 2009d) contribui para o aperfeiçoamento permanente da gestão, na medida em que se configura como um relevante mecanismo que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS.
<b>Monitoramento/ Avaliação das ações</b>	O monitoramento é uma forma de institucionalização dos processos de planejamento e adquire maior importância, a medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009d). É papel do gestor garantir que estas ações sejam realizadas, a fim de determinar a qualidade dos serviços oferecidos, identificar as fragilidades e implementar as melhorias necessárias (WHO, 2002). Ou seja, objetivam identificar onde e porque estão acontecendo as falhas e dessa forma implementar medidas de correção de pontos críticos, a fim de garantir que a população tenha acesso a medicamentos e serviços farmacêuticos de qualidade (MARIN, 2003). Desta forma, o monitoramento e avaliação das ações relacionados ao CEAF, e a utilização dos dados no planejamento somam para a capacidade de decidir.

<b>DIMENSÃO ORGANIZACIONAL</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissa</b>
<b>Parcerias</b>	<p>É responsabilidade das SES a execução do CEAF, cabendo a essas a organização dos serviços para atendimento da população de acordo com os critérios estabelecidos na regulamentação do componente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c). Parte destas atividades podem ser realizadas pela rede de serviços públicos dos municípios, desde que pactuado entre os gestores, e que sejam respeitados os critérios legais e sanitários vigentes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Ou seja, as parcerias estabelecidas entre a coordenação estadual e as coordenações municipais da assistência farmacêutica podem indicar compartilhamento no processo decisório.</p>
<b>Regulamentação</b>	<p>A regulamentação é necessária para a organização dos serviços, orientação das atividades e para o cumprimento de preceitos legais. Segundo a Lei nº 12.466 as CIB têm por objetivo decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS; definir diretrizes a respeito da organização das redes de ações e serviços e fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011e). Segundo, Pluye e colaboradores (2004), políticas de intervenção estadual, como padrão institucional, criam condições para uma sustentabilidade mais robusta do que rotinas de qualquer organização tomadas individualmente. Além disso, conforme pactuado na CIB 398 (SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2014), é atribuição da DIAF elaborar e disponibilizar POP, manuais, Notas Técnicas referentes ao CEAF, assim como, a análise técnica de todos os processos de medicamentos do componente. As regulamentações demonstram o grau de interesse nas ações relacionadas ao CEAF e o compromisso dos seus membros e da instituição com o estabelecimento de fluxos e normas que legitimem e viabilizem as atividades. Ou seja, a existência de fluxos ágeis e simplificados, conhecidos por todos, proporcionam a organização dos serviços e amplia a capacidade da gestão.</p>

<b>DIMENSÃO ORGANIZACIONAL</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissa</b>
<b>Institucionalização</b>	A coordenação da assistência farmacêutica instituída por meio de norma indica o reconhecimento da área e maior capacidade de decidir. O reconhecimento como uma área de gestão e não como um ponto de compra e entrega de medicamentos, influencia mudanças na imagem minimalista dos serviços farmacêuticos (MANZINI et al., 2016). Os estados devem assumir o compromisso de estruturarem a assistência farmacêutica para a efetivação das ações de sua competência, com uma instância que lidere e seja responsável pelas ações relacionadas (CFF, 2009). A viabilização de uma estrutura organizacional de coordenação é imprescindível para o cumprimento desses objetivos (BRASIL, 1990a, 2011a; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; BRASIL, CONASS, 2007).
<b>Acesso descentralizado</b>	A realização conjunta com os municípios de atividades relativas ao CEAF indica responsabilidade compartilhada, execução de forma descentralizada e condições favoráveis para o atendimento da população. A descentralização, uma das diretrizes que orienta o funcionamento do SUS, e gera a necessidade de pactuação entre as esferas de governo (BRASIL, 2009e). O atendimento dos usuários, em seus municípios de residência, facilita o acesso o que contribui para a capacidade de gestão da assistência farmacêutica.

<b>DIMENSÃO OPERACIONAL</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissa</b>
<b>Comunicação</b>	<p>Considerando o Decreto nº 7.508 que regulamenta a Lei nº 8.080, e de acordo com a Portaria nº 1.554 a realização de algumas etapas de execução do CEAF podem ser realizadas pela rede de serviços públicos dos municípios, desde que ocorra a pactuação entre os gestores (BRASIL, 1990a, 2011a; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). Neste contexto, a existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre a coordenação de assistência farmacêutica e as unidades descentralizadas, é fundamental para o funcionamento do componente. Além disso, estratégias de comunicação facilitam o acesso à informação e possibilitam que os atores envolvidos possam adotar as políticas preconizadas. Desta forma, este indicador visa avaliar a capacidade da gestão em prover a comunicação entre as unidades envolvidas com o CEAF e em facilitar o fluxo de informações.</p>
<b>Complementariedade</b>	<p>Para muitas doenças contempladas no CEAF, a primeira linha de cuidado deve ser garantida no nível da atenção básica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). Esta lógica evita a sobreposição de elencos e possibilita a ampliação do acesso a medicamentos, que se utilizados de forma racional, poderão contribuir para a melhora do prognóstico das doenças e para redução dos recursos financeiros envolvidos. Também de acordo com a Portaria nº 1554 a não emissão das APACs para os medicamentos que compõem o grupo 2 será entendida como a não garantia da linha de cuidado, podendo acarretar em novas definições no financiamento no sentido de manter o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). Ou seja, estas prerrogativas visam a garantia do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para todas as formas evolutivas das doenças (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).</p>

<b>DIMENSÃO OPERACIONAL</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissa</b>
<b>Condições Normativas</b>	<p>As condições normativas indicam a existência de condições legais para a execução dos serviços. A existência de alvará sanitário atualizado indica que as condições higiênico-sanitárias do estabelecimento estão de acordo com a legislação vigente para o desenvolvimento de suas atividades (BRASIL, 1977). A existência de certidão de RT atende os preceitos legais da obrigatoriedade do farmacêutico responsável durante todo o seu horário de funcionamento do estabelecimento farmacêutico (CFF, 2013a). Também é obrigatório que cada estabelecimento gerador de resíduo de saúde implemente o PGRSS com objetivo de minimizar a produção e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente (BUENO, WEBER, OLIVEIRA, 2009; BRASIL, 2010; GUERRA JÚNIOR, CAMUZI, 2014). Este documento deve descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos, observadas suas características e avaliados seus riscos no âmbito dos estabelecimentos (BRASIL, ANVISA, 2004). Desta forma, este indicador visa avaliar o atendimento de preceitos legais visando a adequação no desenvolvimento das atividades do CEAF.</p>
<b>Sistemas de Informação</b>	<p>O sistema informatizado constitui uma ferramenta imprescindível para a obtenção de informações em tempo hábil, registro sistemático das ações, agilização dos processos de trabalho, para acompanhamento, controle e avaliação da gestão da assistência farmacêutica (MARIN, 2003; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a; BRASIL, 2011c; BLATT, CAMPOS, BECKER, 2011; COSTA, NASCIMENTO JR, 2012) e dos tratamentos. Mantém informações confiáveis sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição dos mesmos ou desabastecimento. Também os registros eletrônicos em saúde ou os prontuários eletrônicos podem beneficiar muito o atendimento mediante às informações clínicas dos pacientes (diagnósticos, exames e tratamentos prévios), auxiliando na tomada de decisão e aumentando assim a segurança do paciente nos serviços de saúde (FIGUEIREDO et al., 2011). Um sistema informatizado integrado ao sistema da rede de atenção à saúde é condição técnica e operacional que intensifica a gerência de todos os serviços e propicia a comunicação entre os diversos pontos da rede. Desta forma, o indicador visa demonstrar, também, o interesse da gestão em disponibilizar as informações dos usuários nos diferentes pontos da rede com a finalidade de melhorar qualidade da atenção.</p>

<b>DIMENSÃO OPERACIONAL</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissa</b>
<b>Infraestrutura</b>	<p>Investimentos em infraestrutura dos serviços relativos ao CEAF possibilitam manutenção e ampliação das condições para a execução e qualificação das práticas, o que soma para a capacidade de executar da gestão. A infraestruturas está relacionada ao ambiente onde o cuidado é prestado ao usuário (DONABEDIAN, 1980), aonde o medicamento é armazenado, porém, além da estrutura física o aporte tecnológico e de informação também são fundamentais para proporcionar o bom desenvolvimento dos serviços. A RDC 44 da ANVISA dispõe sobre as condições mínimas para o cumprimento das boas práticas farmacêuticas (BRASIL, ANVISA, 2009): áreas planejadas e capazes de oferecer condições para acolher o usuário com dignidade e respeito; que garantam a manutenção da integridade física e química dos medicamentos; e que proporcionem boas condições de trabalho. Estas condições permitem a qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado e o desenvolvimento de ações de forma integral e capazes de promover a melhoria das condições de assistência (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009f). Recursos destinados à adequação dos espaços físicos, à aquisição de equipamentos e mobiliários indicam investimentos da gestão na qualificação dos serviços. É importante também que a gestão avalie permanentemente a infraestrutura, uma vez que, falhas nesses quesitos podem impactar na segurança dos usuários (BRASIL, CONASS, 2007). Entretanto, embora a deliberação CIB 398 defina que a responsabilidade em viabilizar a infraestrutura é dos municípios, o estado tem o papel de apoiá-los no desenvolvimento das atividades do CEAF (SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2014).</p>
<b>Serviços de Referência e/ou Polos de Aplicação</b>	<p>Os SR têm como objetivo prestar assistência em saúde aos usuários, promovendo a efetividade do tratamento e o uso responsável e racional dos medicamentos preconizados nos PCDT. O SR pode proceder a avaliação, o acompanhamento e, quando for o caso, a administração dos medicamentos. Sua criação é preconizada em alguns protocolos, com particularidades que deverão respeitar e adaptar-se a cada doença/condição ou cuidado especial requerido, como custo muito elevado, possibilidade de compartilhamento, necessidade de armazenamento, estabilidade, entre outros (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).</p>

<b>DIMENSÃO OPERACIONAL</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissa</b>
<b>Recursos Humanos</b>	De acordo com a PNAF (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004) é responsabilidade da gestão o desenvolvimento, a formação e a capacitação de RH para que possam cumprir adequadamente com suas responsabilidades, assim como, disponibilizar os RH em quantidade necessária ao atendimento das demandas de saúde da população. Entretanto, embora esteja previsto na legislação a obrigatoriedade da presença do farmacêutico durante todo o período de funcionamento das farmácias (BRASIL, ANVISA, 1973, BRASIL, 2014), ainda se observa que o número de profissionais está muito aquém das necessidades. Não há dúvidas quanto a importância dos farmacêuticos, na coordenação da equipe diretamente envolvida com o serviço farmacêutico, em promover a interface na equipe multiprofissional, assim como em oferecer uma assistência especializada relacionada à farmacoterapia (VIEIRA, MARQUES, JEREMIAS, 2014; JAMILO, CORDEIRO, 2014). Desta forma, o indicador tem a finalidade de demonstrar a capacidade da gestão em garantir RH que visem assegurar serviços farmacêuticos de qualidade.
<b>Financiamento</b>	De acordo com a Portaria nº 1.554 o financiamento para aquisição dos medicamentos do CEAF está diretamente relacionado ao Grupo em que os mesmos estão alocados. Os medicamentos pertencentes ao Grupo 2 são financiados integralmente pelas SES e Distrito Federal. De acordo com a mesma Portaria, na aquisição dos medicamentos dos Grupos 1 e 2, os entes federativos observarão o PMVG, conforme regulamentação vigente da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), os benefícios fiscais e os preços praticados no mercado no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. Além disso, a distribuição dos medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde (1A) terá como parâmetros a programação trimestral enviada pelas citadas Secretarias e a continuidade e regularidade da produção registrada em APAC. Com relação aos valores a serem transferidos mensalmente às SES e Distrito Federal, referentes ao grupo 1B, estes serão apurados com base na média das APAC emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). A utilização das estratégias desenvolvidas permite a manutenção do abastecimento de medicamentos e maior capacidade de executar da gestão.



<b>DIMENSÃO OPERACIONAL</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissa</b>
<b>Gestão da Logística</b>	<p>A programação representa uma atividade chave da assistência farmacêutica, que tem por objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades da população (BLATT, CAMPOS, BECKER, 2011). Visa a manutenção do abastecimento de medicamentos, compatibilizando os recursos disponíveis, não somente financeiros, mas de RH e de oferta de serviços de saúde, com as necessidades (MARIN, 2003). A programação de medicamentos realizada com base em critérios técnicos indica condições favoráveis ao atendimento das necessidades dos usuários. Da mesma forma, iniciativas como, desenvolver estratégias para enfrentar os problemas de aquisição, indicam a existência de um conjunto de mecanismos que revelam aspectos técnicos, operacionais e estratégicos da gestão. Por fim, os fornecedores de medicamentos têm a responsabilidade de garantir a integridade dos produtos que comercializam e o cumprimento dos prazos de entregas estipulados (BRASIL, 2011c), evitando-se assim, a compra de produtos com qualidade duvidosa e o desabastecimento. A existência de mecanismos que visem garantir a qualificação dos fornecedores, a fim de determinar a sua capacidade técnica e aptidão para satisfazer as necessidades dos seus clientes (MARIN, 2003) e o cumprimento dos contratos somam para a capacidade de executar da gestão.</p>
<b>Disponibilidade de medicamentos</b>	<p>O CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, que visa a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em PCDT (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d). De acordo com a regulamentação é facultada ao gestor estadual a seleção dos medicamentos entre aqueles padronizados, porém, essa seleção não pode comprometer as linhas de cuidado definidas nos PCDT. A não disponibilização de medicamentos no âmbito deste componente prejudica a integralidade do tratamento e provoca desequilíbrio financeiro, devendo os gestores do SUS, em pactuação nas instâncias gestoras, promover ações que restabeleçam o acesso aos medicamentos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, 2013d). Faltas de medicamentos e/ou atrasos na dispensação, além de indicarem baixa capacidade de executar da gestão, causam impacto negativo na saúde dos usuários e no próprio sistema de saúde.</p>

<b>DIMENSÃO OPERACIONAL</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissa</b>
<b>Boas práticas em logística</b>	<p>A existência de cronograma e a regularidade de distribuição de medicamentos para as unidades mostra o interesse da gestão em fazer o planejamento e garantir o abastecimento de medicamentos em quantidades adequadas e em tempo oportuno a fim de assegurar o pronto acesso (GUERRA JÚNIOR; CAMUZI, 2014). O abastecimento dos medicamentos do nível central para as demais unidades deve ocorrer com regularidade mensal, quinzenal ou semanal, dependendo da necessidade de cada local, porém deve ser previamente definida e os cronogramas respeitados (BRASIL, 2011c; MENDES, 2013)). As atividades de transporte devem garantir que os medicamentos sejam entregues às unidades de saúde a fim de suprir as suas demandas com qualidade atestada (GUERRA JÚNIOR; CAMUZI, 2014), ou seja, obedecendo a critérios específicos, de modo a não comprometer a integridade física e química, e quando for o caso, a sua esterilidade (MARIN, 2003). De acordo com a OMS (2010) os veículos destinados a transporte de medicamentos devem ser usados unicamente para esse fim, com cabines de transporte limpa, seca e sem defeitos, contando com equipamentos para a aferição da umidade e temperatura, e detetizados com regularidade. Ainda a gestão deve garantir o controle de estoque dos medicamentos em todas as unidades visando a manutenção de quantitativos adequados para o atendimento dos usuários, evitando excessos, desabastecimentos ou perdas por validade expirada (BRASIL, ANVISA, 2009; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009f). Dessa forma, o indicador tem como objetivo determinar a capacidade de executar da gestão, através de iniciativas voltadas para garantir o acesso ininterrupto à medicamentos de qualidade.</p>

<b>DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissas</b>
<b>Controle Social</b>	<p>A Lei nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, o qual contará com instâncias colegiadas como o Conselho de Saúde, o qual tem caráter permanente e deliberativo composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (BRASIL, 1990b). O modelo de gestão aqui adotado contempla a participação e a transparência, ou seja, questões mais políticas e estratégicas que não vêm sendo priorizadas pelas gestões da assistência farmacêutica e que são essenciais na gestão de programas e políticas, a exemplo do SUS, cujo desenho prevê compartilhamento, corresponsabilidades e participação social (BARRETO; GUIMARÃES, 2010). Os Conselhos de Saúde são considerados ainda os principais órgãos de controle social do sistema e dos serviços de saúde; são espaços de diálogo, mas também, instâncias de exercício de poder (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).</p>
<b>Perfil do Gestor</b>	<p>A existência do cargo de coordenador da assistência farmacêutica formalmente instituído e responsável pela gestão do CEAf permite a manutenção e a sustentabilidade das ações desenvolvidas, o que influencia a capacidade de sustentar os resultados da gestão. Segundo Felisberto e colaboradores (2009), os aspectos que influenciam negativamente na sustentabilidade estão relacionados: à alternância política nos entes federados, que proporcionam mudanças de gestão em descompasso; e às frequentes mudanças nas gerências de programas e projetos em uma mesma gestão, favorecendo a mudanças na condução dos mesmos, e colocando em perspectiva os diferentes interesses. Além disso, a formação na área com maior qualificação técnica, para o conjunto de atividades relacionadas, e a experiência em assistência farmacêutica contribui para a capacidade de gestão.</p>

<b>DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissas</b>
<b>Acessibilidade</b>	<p>Para solicitar um medicamento do CEAF, o paciente ou seu responsável deve se dirigir a uma unidade designada pelo gestor estadual e apresentar todos os documentos exigidos nos PCDT. Esta solicitação deve ser tecnicamente avaliada por um profissional da área da saúde designado pelo gestor e, quando adequada, o procedimento deve ser autorizado para posterior dispensação (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, 2013d). Desta forma, há um fluxo de procedimentos obrigatórios. Problemas neste fluxo podem comprometer o atendimento dos usuários, o alcance e a sustentabilidade dos resultados em saúde. Também, o uso da via judicial, para o fornecimento de medicamentos, é uma forma legítima de reivindicação do pleno direito à saúde, conforme expresso na constituição brasileira (PEPE et al., 2010). Entretanto, um valor muito alto empregado em aquisição de medicamentos por via judicial em relação ao total de aquisições da assistência farmacêutica, pode ser um indicativo de dificuldades na gestão (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012).</p>
<b>Relações entre serviços</b>	<p>Para a garantia da integralidade dos tratamentos medicamentosos, a interação entre os serviços e profissionais é essencial. Ou seja, esta nova configuração do CEAF focada na integralidade trouxe novos desafios para o sistema de saúde como um todo, pois, os PCDT estabelecem além do algoritmo de tratamento, os critérios de diagnóstico e os mecanismos para o monitoramento clínico (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a), envolvendo o trabalho coordenado da rede de serviços. Segundo Lavras (2011), o SUS se encontra fragmentado devido à fragilidade do processo de articulação entre as instâncias gestoras do sistema, entre os serviços e, ainda, entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais, dificultando o acesso e a continuidade da atenção. O desenvolvimento de mecanismos que viabilizem a atuação conjunta, assim como, o acompanhamento e orientação das atividades desenvolvidas nas unidades e levantamentos da demanda gerada (como consultas e exames), são essenciais para a sustentabilidade de um modelo descentralizado de gestão.</p>

<b>DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissas</b>
<b>Aspectos Clínicos</b>	<p>A dispensação, ato privativo do farmacêutico, é o momento de orientação dos usuários sobre o URM, com ênfase no cumprimento da dosagem, interações, reconhecimento de reações adversas potenciais e das condições de conservação dos produtos (BRASIL, 1981; EV, GOLÇALVES, 2014). Esse indicador visa identificar se a gestão está cumprindo com a legislação sobre dispensação de medicamentos, garantindo que a mesma seja efetuada por um farmacêutico ou sob a sua supervisão, assegurando a qualidade da orientação oferecida, visando à adesão aos tratamentos e a segurança dos usuários. Da mesma forma, o monitoramento dos tratamentos propostos em determinados PCDT (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), para os casos que é necessária a avaliação por motivos de complexidade do tratamento, risco alto, ou em casos especiais, é uma oportunidade ímpar da contribuição do profissional farmacêutico. O exercício clínico dos farmacêuticos está definido na Regulamentação nº 585 de 2013 (CFF, 2013b). Essa mudança de centralidade das ações voltadas ao medicamento, para as ações voltadas aos usuários indica a superação da visão reducionista da assistência farmacêutica (MANZINI et al., 2016), o que contribui para a sustentabilidade da gestão.</p>

<b>DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Premissas</b>
<i>Relação com os usuários</i>	<p>A avaliação da satisfação dos usuários é feita, sobretudo, por meio da categoria aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações destes e de seus familiares. A dimensão da aceitabilidade comporta as variáveis através das quais os atores envolvidos podem influir de forma mais direta na definição e avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tais como condições de acessibilidade ao serviço, relação médico-paciente, adequação das instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento (DONABEDIAN, 1990 <i>apud</i> VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Embora existam críticas às pesquisas de satisfação devido o aspecto subjetivo da “satisfação”, a qual possui diversos determinantes (SITZIA; WOOD, 1997; VAITSMAN; ANDRADE, 2005), a preocupação da gestão com a avaliação da satisfação dos usuários e com a utilização dos dados levantados na ouvidoria, indica iniciativas de inclusão da perspectiva dos usuários e a institucionalização de processos que criam ambiente favorável para sustentar as decisões. Além disso, a satisfação dos atores envolvidos indica uma situação propícia na condução do CEAF, o que soma para a capacidade de sustentar resultados da gestão.</p>

## APÊNDICE B – Protocolo de indicadores

### Dimensão Operacional

PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
<b>1. COMUNICAÇÃO</b>				
Os profissionais das unidades que desenvolvem atividades do CEAF conseguem se comunicar com a gestão regional/central em tempo hábil de resolver os problemas? (10 pontos)	Opções: Sempre / Quase Sempre / Frequentemente / Ocasionalmente / Raramente <u>Fórmula:</u> N° de farmacêuticos que responderam Sempre ou Quase Sempre/N° de farmacêuticos municipais participantes x 100	<b>100%</b>	75-100% Responderam Sempre ou Quase sempre	Entrevista com farmacêuticos das unidades que desenvolvem atividades do CEAF
		<b>50%</b>	50-74% Responderam Sempre ou Quase sempre	
		<b>0%</b>	<50% Responderam Sempre ou Quase sempre	
<b>2. COMPLEMENTARIEDADE</b>				
2.1 Qual a porcentagem de medicamentos da primeira linha de cuidado estão pactuados na CIB? (CBAF) (5 pontos)	<u>Fórmula:</u> N° de medicamentos pactuados/N° de medicamentos da primeira linha de cuidado x 100	<b>100%</b>	100%	Elenco pactuado na CIB (se não disponível entrevista com o gestor)
		<b>50%</b>	75 - 99%	
		<b>0%</b>	0 - 74%	
	Sim / Não	<b>100%</b>	Sim	

PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
2.2 Está regulamentada a produção de APAC para o grupo 2? (5 pontos)		<b>0%</b>	Não	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
<b>3. CONDIÇÕES NORMATIVAS</b>				
3.1 A gestão estadual do CEAF publicou nos últimos 4 anos alguma orientação para o gerenciamento dos resíduos para as unidades (PGRSS)? (4 pontos)	Sim / Não	<b>100%</b>	Sim	Entrevista com o gestor estadual do CEAF e PGRSS ou instrução
		<b>0%</b>	Não	
3.2 As unidades (unidades, regionais, SR e CAF) possuem alvará sanitário atualizado? A gestão estadual monitora a atualização? Como? (validação) (3 pontos)	a - <u>Fórmula</u> : N° de unidades com alvará sanitário atualizados/N° de unidades participantes X 100 b - <u>Fórmula</u> : N° de unidades monitoradas/N° de unidades participantes X 100	<b>100%</b>	100% para ambas	Entrevista com os farmacêuticos das unidades que desenvolvem atividades do CEAF e check list
		<b>50%</b>	75-99-% para a e >50% para b	
		<b>25%</b>	50-74% para a e >50% para b	
		<b>0%</b>	Qualquer outra situação	
3.3 As unidades (unidades dispensadoras e CAF) possuem certidão de regularidade atualizada? A gestão estadual monitora a	a - <u>Fórmula</u> : N° de unidades com certificado de regularidade atualizados/todas as unidades participantes X 100 b - <u>Fórmula</u> : N° de unidades monitoradas/todas as unidades participantes X 100	<b>100%</b>	100% para ambas	Entrevista com os farmacêuticos das unidades que desenvolvem atividades do
		<b>50%</b>	75-99% para a e >50% para b	
		<b>25%</b>	50-74% para a e >50% para b	



PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
atualização? Como? (validação) (3 pontos)		<b>0%</b>	Qualquer outra situação	CEAF e check list
<b>4. INFRAESTRUTURA</b>				
4.1 Houve nos últimos 4 anos investimentos (da gestão estadual) em infraestrutura dos serviços relacionados ao CEAF? Em quantas unidades houve investimentos (validação) (5 pontos)	Sim / Não <u>Fórmula:</u> N° de unidades em que houve investimentos/todas as unidades X 100	<b>100%</b>	Sim em 50% ou mais unidades	Entrevista com farmacêuticos das unidades (estaduais) que desenvolvem atividades do CEAF
		<b>50%</b>	Sim em 25 a 49% das unidades	
		<b>25%</b>	Sim em 10 a 24% das unidades	
		<b>0%</b>	Não ou em menos de 10% das unidades	
4.2 Há condições mínimas de infraestrutura nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF? (5 pontos no total, 2 pontos para unidades estaduais e 3 pontos para unidades municipais)	Condições mínimas: 1- CAF: climatizado; refrigeradores ligados a geradores; armários, estrados e estantes para o armazenamento dos medicamentos; 2 - Armazenamento dos processos e documentos: estantes, armários que permitam a fácil localização dos documentos; 3 - Local de dispensação: mesas, cadeiras e computadores que permitam o atendimento individualizado de todos os usuários.	<b>100%</b>	De 75-100% das unidades	Formulário de coleta de dados in loco - CAFs (centrais e das unidades estaduais)
		<b>50%</b>	De 50-74% das unidades	
		<b>0%</b>	< 50% das unidades	
		<b>100%</b>	De 75-100% das unidades	Formulário de coleta de dados para unidades municipais
		<b>50%</b>	De 50-74% das unidades	

PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
	<u>Fórmula:</u> N° de unidades que cumprem 75% ou mais das condições mínimas/N° total de unidades participantes x 100	<b>0%</b>	< 50% das unidades	
<b>5. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA/POLOS DE APLICAÇÃO</b>				
<p>Há SR e/ou polos de aplicação de medicamentos no estado (considera-se SR as unidades que ofertam serviços de saúde especializados e continuados a grupos específicos, como por exemplo, o monitoramento de tratamentos e a aplicação de medicamentos)?</p> <p>Estes estão localizados em várias regiões de forma a atender a população de todo estado? (10 pontos)</p>	<p>Sim/ Não</p> <p>Distribuição pelas regiões do estado</p>	<b>100%</b>	Sim e estão localizados em diversas regiões do estado	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>50%</b>	Sim, mas estes não estão distribuídos em diversas regiões e/ou não contemplam Hepatite/Biológicos/Toxina Botulínica	

PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
		<b>0%</b>	Se não há SR e/ou polos de aplicação de medicamentos	
<b>6. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO</b>				
6.1 Há sistemas informatizados no CEAF? (3 pontos)	Sim para: controle de estoque, monitoramento clínico, relatório gerencial, cadastro de usuários que solicitaram medicamentos, avaliação (deferido, devolvido e indeferido), dispensação, renovação / Não	<b>100%</b>	Sim para todas as funções	Entrevista com o gestor estadual do CEAF e verificação dos sistemas
		<b>50%</b>	Sim para controle do estoque, dispensação e renovação	
		<b>0%</b>	Atinge menos da metade das funções ou sem controle de estoque e de dispensação	
6.2 Estes sistemas alimentam a base nacional? (3 pontos)	Sim / Não	<b>100%</b>	Sim	

PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
		<b>0%</b>	Não	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
6.3 Algum destes sistemas interopera com outros sistemas da rede de atenção à saúde? Qual? (4 pontos)	Sim / Não	<b>100%</b>	Sim	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>0%</b>	Não	
<b>7. RECURSOS HUMANOS</b>				
7.1 Há farmacêuticos em número (RH) suficiente para o desenvolvimentos das atividades relativas ao CEAF? (5 pontos)	Sim/Não <u>Fórmula:</u> N° de respostas sim/N° de unidades (estaduais) participantes x 100	<b>100%</b>	Sim para >=75%	Entrevista com farmacêuticos das unidades (estaduais) que desenvolvem atividades do CEAF
		<b>50%</b>	Sim para 50-75%	
		<b>0%</b>	Qualquer outra situação	
7.2 Há atividades de capacitação dos RH envolvidos no componente (que inclua o RH de todas as	Sim (frequência: ao menos uma vez por ano/com frequência menor) /Não	<b>100%</b>	>=75%	Entrevista com farmacêuticos das unidades que desenvolvem

PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
unidades que desenvolvem atividades do CEAF)? Com que frequência? (5 pontos)	<u>Fórmula:</u> N° de farmacêuticos que referem atividades de capacitação ao menos 1 vez ao ano/N° total de participantes x100	50%	50-75%	atividades do CEAF
		0%	<50%	
<b>8. FINANCIAMENTO</b>				
8.1 O estado consegue praticar as desonerações dos tributos? E aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço? (3 pontos)	Sempre Quase Sempre Algumas vezes Nunca	100%	Sempre	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		75%	Quase Sempre	
		25%	Algumas vezes	
		0%	Nunca	
8.2 O estado tem planejamento orçamentário e disponibilidade financeira capaz de suprir as necessidades de aquisição própria para o CEAF? (5 pontos)	Cumprir as condições: 1- Há planejamento orçamentário  2 - Os recursos disponibilizados suprem as necessidades de aquisição própria	100%	Sim, para ambas	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		25%	Sim para uma as condições	
		0%	Não para ambas	

PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
8.3 Há recursos perdidos por APACs glosadas no último ano? Se sim, qual é o percentual de APACs glosadas em relação ao total? (2 pontos)	Sim / Não Se sim: <u>Fórmula:</u> N° de APACs glosadas/ Total de APACs do último ano X 100	100%	Não ou < 5%	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		50%	5-15%	
		25%	16-30%	
		0%	> %30 ou se não souber responder	
<b>9. GESTÃO DA LOGÍSTICA</b>				
9.1 Existe instrumento/método definido e aplicado no processo de programação? Qual é o instrumento/método? (3 pontos)	Sim / Não para ambos	100%	Sim, definido e sempre aplicado.	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		50%	Sim, definido, mas nem sempre aplicado ou não aplicado.	
		0%	Não existe	
9.2 Há mecanismos de punição, estabelecidos em editais e/ou contratos, para os fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos? Se sim, são aplicados (3 pontos)	Sim / Não	100%	Sim existe e se aplica	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		75%	Existe, mas nem sempre é aplicado.	
		50%	Sim existe, mas não se aplica.	
		0%	Não existe	

PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
9.3 A gestão estadual desenvolve estratégias para enfrentar problemas no processo de aquisição de medicamentos do CEAF? (4 pontos)	Sim: estratégias formais (registro de preços, compras emergenciais) e informais (trocas com outro estado, empréstimos, carona em atas) /Não	100%	Sim e formais ou ambas	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		50%	Sim e informais	
		0%	Não	
<b>10. BOAS PRÁTICAS EM LOGÍSTICA</b>				
10.1 O estado possui normas que atendam as boas praticas de transporte de medicamentos? (2 pontos)	Sim / Não Normas que atendam os critérios 1- Veículo destinado unicamente ao transporte de medicamentos; 2 - Cabines limpas secas e sem defeitos; 3- Equipamentos para a aferição da umidade e temperatura durante o transporte; 4- Registros das limpezas; 5- Certificados de dedetização	100%	Sim, que incluem todos os critérios	Entrevista com o o gestor estadual do CEAF e análise do manual
		50%	Sim e inclui pelo menos os critérios 1,2 e 3	
		0%	Qualquer outra situação	
10.2 Existe um cronograma estabelecido de abastecimento	Sim / Não 1 - Existência de cronograma de abastecimento	100%	Sim para ambas	Entrevista com o o gestor estadual do CEAF e

PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
de medicamentos para as unidades? (3 pontos)	2- Existência de fluxo de distribuição para grades extra cronograma	50%	Sim para a 1	formulário de coleta de dados in loco - CAF central
		0%	Não	
10.3 Há controle de estoque periódico nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF? (5 pontos no total, 2 pontos para unidades estaduais e 3 pontos para unidades municipais)	Sim/ Não e periodicidade (ao menos uma vez por mês)  <u>Fórmula:</u> N° de unidades que fazem controle de estoque ao menos uma vez por mês/N° total de unidades participantes *100 (calcular para unidades municipais e estaduais separadamente)	100%	De 75-100% das unidades	Formulário de coleta de dados para CAF central e unidades estaduais
		50%	De 50-74% das unidades	
		0%	< 50% das unidades	
		100%	De 75-100% das unidades	Formulário de coleta de dados para unidades municipais



PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
		<b>50%</b>	De 50-74% das unidades	
		<b>0%</b>	< 50% das unidades	
<b>11. DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS</b>				
11.1 Houve falta de medicamentos para atendimento dos usuários no último semestre? Quais foram os motivos? Há estoque estratégico? (4 pontos)	Sim / Não Se sim: a. Por falhas de programação; b. Licitação deserto ou fracassada; c. Falta de recursos financeiros; d. Problemas logísticos, e. Atrasos de entrega do MS, f. Interdições sanitárias.	<b>100%</b>	Não, ou se falta foi pelas razões b, e, f. E o estado tem estoque estratégico.	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>0%</b>	Sim pelas razões a, c, d. Ou não possui estoque estratégico.	
11.2 Há avaliação para a seleção de medicamentos do CEAF por linha de cuidado	Sim / Não 1- Para processo de avaliação 2- Processo regulamentado	<b>100%</b>	Sim para amas	Entrevista com o o gestor estadual do CEAF

PERGUNTA	MEDIDA	Pontuação	PARÂMETRO	FONTE
para a elaboração do elenco estadual? Este processo está regulamentado? (2 pontos)		<b>50%</b>	Sim para 1	
		<b>0%</b>	Não	
11.3 Há atrasos na dispensação de medicamentos por falta de RH e/ou deficiências de infraestrutura para atendimento dos usuários (havendo disponibilidade de medicamentos)? Em quantas unidades isso ocorre? (4 pontos)	Nunca/ Raramente/Algumas vezes/Frequentemente/Sempre  <u>Fórmula:</u> N° de unidades que referem atrasos Algumas vezes/Frequentemente/Sempre nas atividades necessárias para a dispensação / N° total de unidades participantes (Polo, Regionais, Unidades municipais) x 100	<b>100%</b>	Não ocorrem atrasos por falta de RH e deficiências de infraestrutura	Entrevista com os farmacêuticos das unidades que desenvolvem atividades do CEAF
		<b>25%</b>	Ocorrem atrasos em menos de 25% das unidades	
		<b>0%</b>	Ocorrem atrasos em mais de 25% das unidades	

## Dimensão Organizacional

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>1. PARTICIPAÇÃO</b>				
1. 1 A gestão estadual do CEAF participa do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite, da Comissão Intergestores Regional, da Conferencia Estadual de Saúde e das Reuniões para a elaboração do PES? (5 pontos)	Sim / Não	<b>100%</b>	Sim, participa de 3 ou mais	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>50%</b>	Sim, participa de pelo menos 2	
		<b>0%</b>	Não ou se participa de apenas 1	
1.2 A gestão estadual desenvolve estratégias ou cria instâncias para a participação dos envolvidos no CEAF (pacientes, prescritores, farmacêuticos...) na formulação de políticas e diretrizes do CEAF? Quais são? (5 pontos)	Sim (por ex. consultas públicas, atividades com associações de pacientes, reuniões de planejamento) / Não	<b>100%</b>	Sim para pelo menos 3 estratégias	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>50%</b>	Sim para 1 ou 2 estratégias	
		<b>0%</b>	Não	

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>2. TRANSPARÊNCIA</b>				
2.1 Há divulgação da lista de medicamentos em falta (e motivo) para a população? Quais são estas estratégias? (5 pontos)	Sim / Não (Não será considerada divulgação quando estas informações não estiverem ao acesso da população em geral)	<b>100%</b>	Sim	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>0%</b>	Não	
2.2 Há divulgação dos preços praticados pelo Estado na compra dos medicamentos do CEAF para a população? Quais são estas estratégias? (5 pontos)	Sim / Não (Considera-se também sim se o estado alimenta o Banco de Preço em Saúde)	<b>100%</b>	Sim	Entrevista com o gestor estadual do CEAF e Banco de Preços em Saúde
		<b>0%</b>	Não	

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>3. PLANEJAMENTO</b>				
3.1 Existe no PES e consequentemente na PPA e no Relatório de Gestão ações específicas relacionadas ao CEAF? (5 pontos)	Sim / Não	<b>100%</b>	Sim	PES, PPA e Relatório de Gestão.
		<b>0%</b>	Não	
3.2 Há reuniões de planejamento estratégico específico para o desenvolvimento das ações relacionadas ao CEAF? Qual a frequência destas reuniões? (5 pontos)	Sim / Não Frequência - ao mínimo anualmente; cada 2-4 anos ou com frequência > que 4 anos	<b>100%</b>	Sim, ao mínimo anualmente.	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>50%</b>	Sim a cada 2-4 anos	
		<b>0%</b>	Não realiza ou realiza com frequência > que 4 anos	

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES</b>				
Há indicadores para o monitoramento das ações relacionadas ao componente? Estes indicadores são utilizados para o planejamento das ações? (10 pontos)	Sim/Não para existência de indicadores para o monitoramento; Sim / Não para utilização destes no planejamento.	<b>100%</b>	Sim para ambos	Entrevista com o gestor estadual do CEAF e análise de documentos
		<b>50%</b>	Sim para indicadores de monitoramento, mas os dados não são avaliados e/ou utilizados no planejamento	
		<b>0%</b>	Não é realizado o monitoramento/ não há indicadores.	
<b>5. PARCERIAS</b>				
Existem parcerias com outras instituições para desconcentrar o atendimento (solicitação, dispensação, renovação...)? Se sim, que tipos de parcerias são estabelecidas? (10 pontos)	Sim / Não	<b>100%</b>	Sim	Entrevista com o gestor estadual do CEAF e análise de pactuações.
		<b>0%</b>	Não	

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>6. REGULAMENTAÇÃO</b>				
6.1 Há fluxo estabelecido (documentado) para avaliação das solicitações de medicamentos no estado? Os profissionais responsáveis pela avaliação são oficialmente nomeados? (5 pontos)	Sim / Não 1- Fluxo para avaliação 2- Profissionais oficialmente nomeados	<b>100%</b>	Sim para ambos	Entrevista com o gestor estadual do CEAF, análise dos fluxos documentados e dos documentos de nomeação
		<b>50%</b>	Sim apenas para um deles	
		<b>0%</b>	Não para ambos	
6.2 Há diretrizes de abrangência estadual estabelecidas (documentadas) dos processos de trabalho nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF? (5 pontos)	<u>Farmacêuticos</u> : Sim /Não <u>Fórmula</u> : N° de farmacêuticos que responderam SIM (receberam diretrizes) / N° total de farmacêuticos participantes	<b>100%</b>	75-100% respostas sim	Entrevista com os farmacêuticos das unidades que desenvolvem atividades do CEAF
		<b>50%</b>	50-75% respostas sim	
		<b>0%</b>	< 50 % responderam sim	

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>7. INSTITUCIONALIZAÇÃO</b>				
Existe na estrutura administrativa da SES uma instância institucionalizada relacionada a AF cujas competências envolvam todas as atividades do CEAF? (10 pontos)	Sim / Não	<b>100%</b>	Sim para ambas	Entrevista com o gestor estadual do CEAF e análise documental
	Condições: a. Instância institucionalizada		<b>50%</b>	
	b. Responsável por todas as atividades do CEAF	<b>0%</b>	Qualquer outra situação	
<b>8. ACESSO DESCENTRALIZADO</b>				
As atividades do CEAF relacionadas ao atendimento dos usuários estão desconcentradas de modo a atender os pacientes no seu próprio município de residência (unidades estaduais e/ou municipais) (solicitações, renovações, dispensações)? (10 pontos)	<u>Fórmula:</u> N° de municípios que contam com as atividades para atendimento aos usuários/ N° total de municípios X 100	<b>100%</b>	Acima de 75% dos municípios	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>50%</b>	De 50 a 75% dos municípios	
		<b>25%</b>	De 25 a 49% dos municípios	
		<b>0%</b>	Abaixo de 25% dos municípios	



**Dimensão Sustentabilidade**

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>1. CONTROLE SOCIAL</b>				
No último ano, questões relativas ao CEAF foram pautadas junto ao CES? Quais foram estas pautas? (10 pontos).	Sim / Não e tipos de pauta	<b>100%</b>	Sim	Atas das reuniões do CES do último ano (quando não houver disponibilidade das atas, utilizar entrevista com o gestor)
		<b>0%</b>	Não ou apenas quando é chamado para prestar contas ou esclarecimentos	
<b>2. PERFIL DO GESTOR</b>				
2.1 Existe o cargo de coordenador/diretor/gerente da AF formalmente instituído e este é responsável pela gestão do CEAF? (5 pontos)	Sim / Não para: 1- Existência de coordenador da AF formalmente instituído 2- Ser responsável pela gestão do CEAF (todas as atividades)	<b>100%</b>	Sim para ambas	Entrevista com o gestor estadual do CEAF e análise documental
		<b>50%</b>	Sim para uma das opções	
		<b>0%</b>	Qualquer outra situação	
2.2 O coordenador tem formação na área de gestão e experiência em AF? (Qualificação) (5 pontos)	Sim / Não para: 1- Formação na área de gestão 2- Experiência em AF (≥5 anos de trabalho na área)	<b>100%</b>	Sim para ambas	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>50%</b>	Sim para 1 ou 2	
		<b>0%</b>	Sem ambos	

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>3. ACESSIBILIDADE</b>				
3.1. Há demanda judicial no estado para medicamentos padronizados pelo CEAF, de pacientes que cumprem os critérios de inclusão dos PCDT? Qual é o percentual destas em relação ao total das ações judiciais de medicamentos? A gestão estadual possui algum mecanismo/estratégia para evitar estas ações? (5 pontos)	Sim/Não/Não sabe informar para: 1- Demanda 2- Estratégias para evitar <u>Fórmula:</u> $N^{\circ}$ total ações para os medicamentos do CEAF de pacientes que cumprem os critérios dos PCDT/ $N^{\circ}$ total de ações judiciais de medicamentos x 100	100%	Há demanda de até 5% do total, mas há estratégias	Entrevista com o gestor estadual do CEAF se disponível acrescentar dados de sistemas informatizados)
		50%	Não sabe informar mais conta com uma estratégia	
		25%	Qualquer outra situação	
3.2 Qual o tempo decorrido, em dias, entre abertura do processo até a primeira dispensação? (5 pontos) (Se tiver diferenças entre os medicamentos fazer a média dos dias)	<u>Fórmula:</u> $\sum$ do $N^{\circ}$ de dias informado pelos farmacêuticos das unidades municipais/ $N^{\circ}$ de farmacêuticos municipais participantes	100%	0 até 19 dias	Entrevista com os farmacêuticos das unidades municipais que desenvolvem atividades do CEAF (se possível, verificar no sistema informatizado)
		75%	20 dias até 35 dias	
		25%	36 até 60 dias	
		0%	Acima de 60 dias	

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>4. RELAÇÕES ENTRE SERVIÇOS</b>				
4.1 No último mês quais foram as orientações repassadas às unidades (estaduais e municipais) que desenvolvem atividades do CEAF? E quais foram as ações de acompanhamento da gestão sobre as ações desenvolvidas por estas unidades? (Considerar apenas as orientações proativas e não respostas a questionamentos) (5= 1 ponto para gestor e 4 pontos para farmacêuticos)	<u>Para Gestor:</u> Sim/Não 1- Orientações 2- Ações de acompanhamento	<b>100%</b>	Sim para ambas	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>50%</b>	Sim para apenas uma	
		<b>0%</b>	Não	
	<u>Para os farmacêuticos:</u> <u>Fórmula:</u> N° de farmacêuticos que informam ter recebido orientações / N° de farmacêuticos participantes x 100 e N° de farmacêuticos que informam acompanhamento/ N° de farmacêuticos participantes x 100	<b>100%</b>	> 50% para ambos	Entrevista com os farmacêuticos das unidades que desenvolvem atividades do CEAF
		<b>50%</b>	> 50% para apenas uma	
		<b>0%</b>	< 50% para ambos	
4.2 A gestão estadual realiza levantamentos a respeito da demanda relacionada ao CEAF de consultas e exames frente a capacidade do estado? Discute essa demanda com os outros setores da rede? Como utiliza estes dados? (5 pontos)	Sim / Não para: 1- Realiza levantamentos 2- Discute com outros setores da rede	<b>100%</b>	Sim para ambas	Entrevista com o gestor estadual do CEAF
		<b>50%</b>	Sim para 1	
		<b>0%</b>	Não realiza levantamentos	

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>5. ASPECTOS CLÍNICOS</b>				
5.1 A primeira dispensação de medicamentos é realizada pelo farmacêutico? (5 pontos)	Sim / Não <u>Fórmula:</u> N° de unidades em que a primeira dispensação é realizada pelo farmacêutico/N° de unidades participantes x 100.	<b>100%</b>	Acima de 76%	Entrevista com os farmacêuticos das unidades que desenvolvem atividades do CEAF
		<b>75%</b>	50% a 75%	
		<b>50%</b>	25% a 49%	
		<b>0%</b>	0 a 24%	
5.2 Existe registro de monitoramento dos tratamento de acordo do PCDT nas unidades de dispensação? (5 pontos)	<u>Fórmula:</u> N° de unidades que realizam registro do monitoramento dos tratamentos/N° total de unidades x 100.	<b>100%</b>	Acima de 76%	Entrevista com os farmacêuticos das unidades que desenvolvem atividades do CEAF e observação dos registros
		<b>75%</b>	50% a 75%	
		<b>50%</b>	25% a 49%	
		<b>0%</b>	0 a 24%	

PERGUNTA	MEDIDA	PONTUAÇÃO	PARÂMETRO	FONTE
<b>6. RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS</b>				
6.1 Foram realizadas pesquisas de satisfação com os usuários do CEAF nos últimos dois anos? (5 pontos)	Sim / Não <b>Fórmula:</b> N° de farmacêuticos que informam pesquisa de satisfação com os usuários de suas unidades / N° de farmacêuticos participantes x 100	<b>100%</b>	>50%	Entrevista com os farmacêuticos das unidades que desenvolvem atividades do CEAF
		<b>50%</b>	25-50%	
		<b>0%</b>	<25%	
6.2 Há ouvidoria? Há preocupação da gestão em estabelecer um fluxo de utilização dos dados obtidos pela ouvidoria? (5 pontos)	Sim / Não para: 1- Ouvidoria 2- Existência de um fluxo de utilização destes dados (encaminhamentos, utilização das demandas levantadas no planejamento, entre outros)	<b>100%</b>	Sim	Entrevista com o gestor estadual do CEAF, registros das Ouvidorias e seus encaminhamentos.
		<b>0%</b>	Não há ouvidoria, ou há ouvidoria, mas não há fluxo de utilização dos dados, ou não sabe informar	



## APÊNDICE C – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

PERGUNTAS NORTEADORAS - GRUPO FOCAL COM OS USUÁRIOS
Você já sabia que existia este serviço antes de necessitar?
Como foi sua trajetória até conseguir o medicamento?
O que é positivo em relação a esta forma de acesso a medicamentos?
O que é negativo em relação a esta forma de acesso a medicamentos?
Os medicamentos que você recebe aqui fazem diferença em sua vida?

QUESTIONÁRIO ESTUDO EXPLORATÓRIO - FARMACÊUTICOS
<b>BLOCO 1: PERFIL</b>
<b>Data:</b> _____
<b>Município:</b> _____
<b>Formação:</b> _____
<b>Sexo:</b> ( ) Feminino      ( ) Masculino
<b>BLOCO 2: INFORMAÇÕES REFERENTES AO CARGO/FUNÇÃO</b>
1. Há quanto tempo você trabalha nesta função?
2. Você recebeu algum tipo capacitação para exercer esta função? ( ) Sim / ( ) Não
<b>BLOCO 3: CEAF</b>
3. Na sua opinião qual é o papel da sua unidade na gestão do CEAF?

4. Como é o relacionamento com a DIAF e com os outros setores que desenvolvem atividades relacionadas ao CEAF?
5. Que tipos de informações você não tem acesso ou disponibilidade, e que poderiam ajudar em seu trabalho relacionado ao CEAF?
6. Para você quais são os fatores facilitadores para a gestão do CEAF? E os fatores que dificultam ou comprometem a gestão?
7. É oferecido em sua unidade algum tipo de serviço clínico farmacêutico, ou é realizado o monitoramento dos tratamentos previsto no PCDT/MS?
8. Na sua visão o que poderia mudar na organização e gestão do CEAF?

### QUESTIONÁRIO ESTUDO EXPLORATÓRIO – PRESCRITORES

#### BLOCO 1: PERFIL

**Data:**

**Especialidade:** \_\_\_\_\_

**Local de trabalho:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

( ) Feminino ( ) Masculino

#### BLOCO 2: INFORMAÇÕES REFERENTES AO CEAF

1. O (a) senhor (a) conhece o CEAF? Qual é seu conhecimento a respeito deste componente?
2. Qual é a sua opinião sobre a forma de organização e gestão do CEAF?
3. É do seu conhecimento o PCDT publicado pelo Ministério da Saúde? Qual é seu entendimento sobre este documento?
4. Na sua visão como deveria ser o acesso aos medicamentos de alto preço no país?



5. O senhor (a) recebe informações sobre os medicamentos de alto custo disponíveis em seu Estado (lista, inclusão, exclusão, formas de acesso)?  
( ) Sim / ( ) Não. Se sim, que tipos de informação? E qual a forma de divulgação?
6. Como o (a) senhor (a) faz para consultar a lista de medicamentos disponíveis neste componente?  
( ) Lista impressa na unidade de saúde  
( ) Lista própria  
( ) Sistema Informatizado da Secretaria de Saúde  
( ) Internet  
( ) Já conhece toda a lista, não precisa mais consultá-la.  
( ) Outra situação. Especificar: \_\_\_\_\_
7. Na sua percepção, a **quantidade** de medicamentos disponíveis é adequada para atender a demanda? Por quê? ( ) Sim / ( ) Não
8. A **diversidade de tipos** de medicamentos disponíveis é adequada para atender a demanda? ( ) Sim / ( ) Não
9. Quais são os principais problemas que o (a) senhor (a) observa em sua prática diária em relação ao acesso de seus pacientes aos medicamentos deste componente?
10. Na prática o (a) senhor (a) observa resultados positivos em relação a tratamento medicamentoso de seus pacientes atendidos pelo CEAF?
11. O (a) senhor (a) já participou ou sabe se há alguma forma de participação dos precritores na forma de execução do CEAF?

**QUESTIONÁRIO EXPLORATÓRIO - REPRESENTANTE GESTÃO – UNIDADES FEDERATIVAS****BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO**

Data:

Formação:

Cargo e há quanto trabalha nesta função:

Forma de contratação:

**BLOCO 2: INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO CEAF**

1. Como o CEAF está estruturado? Como ocorre o processo de gestão do CEAF localmente?
2. Quantos locais para dispensação dos medicamentos do CEAF existem? \_\_\_\_\_ Em quantos deles a gestão é:  
Municipal: \_\_\_\_\_ Estadual: \_\_\_\_\_ Outra forma de gestão: \_\_\_\_\_ especifique:
3. Como você avalia (em toda unidade federativa):  
A estrutura física para o atendimento da demanda relacionada ao CEAF:  
Os recursos humanos para todas as atividades relacionadas ao CEAF:  
A oferta de consultas com especialistas, necessária para o acesso aos medicamentos do CEAF:  
A oferta a exames necessários para acesso aos medicamentos do CEAF:  
A qualidade do elenco de medicamentos do CEAF:  
As estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para a regulamentação do CEAF:
4. Há registro de falta de medicamentos por problemas no processo de aquisição? ( ) Sim ( ) Não Se Sim, quais são esses problemas?
5. A unidade consegue praticar as desonerações dos tributos e aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço? Se houverem problemas, especifique:
6. Os valores pagos pelo Ministério da Saúde para o Grupo 1B são suficientes? ( ) Sim ( ) Não
7. Há necessidade de que o Ministério da Saúde centralize a compra de mais medicamentos? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais e por quê?
8. Há medicamentos que deveriam estar na lista, mas não estão? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais?
9. É realizado algum tipo de monitoramento ou seguimento terapêutico dos pacientes? ( ) Sim ( ) Não Se sim, como é realizado?
10. Há algum centro de referência ou polo de aplicação dos medicamentos? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantos?

11. Qual o sistema de informação utilizado? ( ) Hórús ( ) Sismedex ( ) Outro, especifique \_\_\_\_  
Este sistema tem interação com outros sistemas, quais?
12. Quais são as formas de disseminação das informações sobre o CEAF aos usuários, profissionais e comunidade em geral?
13. Quais as relações da gestão do CEAF com as outras áreas atinentes à política de saúde?
14. Atualmente é verificado o atendimento com os medicamentos referentes a primeira linha de cuidado pelos municípios? ( ) Sim ( ) Não
15. Há evidências sobre a abrangência do CEAF, ou seja, de que o acesso está garantido aos usuários que precisam dos serviços do CEAF?
16. Em sua opinião:  
A unidade federativa deveria ter mais autonomia para melhor gerir este componente?  
Quais são as barreiras e os facilitadores da gestão do CEAF?
17. Qual é o número total de usuários atendidos pelo CEAF?  
Em 2011 \_\_\_\_\_ Em 2012 \_\_\_\_\_ Em 2013 \_\_\_\_\_
18. Qual é a sua avaliação sobre os resultados do CEAF?
19. Qual é o valor total investido no CEAF no último ano? Se forem investidos recursos para a estruturação do serviço e capacitação dos profissionais envolvidos, por favor, especifique.
20. Quais indicadores ou informações podem ajudar na gestão do CEAF?

**QUESTIONÁRIO ESTUDO EXPLORATÓRIO - REPRESENTANTE DO MS****BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO****Data:**

<b>Formação:</b> <b>Cargo e tempo neste cargo:</b> <b>Sexo:</b> ( ) Feminino ( ) Masculino
<b>BLOCO 2: INFORMAÇÕES REFERENTES AO CEARF</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Que informações seriam úteis para uma melhor gestão do CEARF?</li><li>2. Quem são os colaboradores e os oponentes no processo de gestão do CEARF?</li><li>3. Quais são os recursos e insumos investidos? Os recursos e as atividades são suficientes: em quantidade? Em qualidade? Na maneira como estão organizados?</li><li>4. É possível produzir serviços de melhor qualidade com os mesmos recursos? E com menos recursos?</li><li>5. É possível afirmar que o CEARF está alcançando a população programada (cobertura)? Quais os indicadores para isso?</li><li>6. Os beneficiários do CEARF estão satisfeitos com o serviço oferecido? Há alguma avaliação com este objetivo?</li><li>7. Quais as potencialidades e fragilidades do componente (barreiras e facilitadores)?</li><li>8. Na sua visão o que poderia mudar na organização e gestão do CEARF? Quais aspectos devem ser continuados ou descontinuados?</li><li>9. Há estudos da relação custo-efetividade do componente?</li><li>10. Que características do contexto (político, econômico e social) influenciam este componente?</li><li>11. O planejamento conta com a participação de representantes de todos os setores envolvidos? Existe uma estimativa de crescimento deste componente?</li><li>12. De que forma a Judicialização influencia ou impacta neste componente?</li><li>13. Quais são as formas de acompanhamento das atividades desenvolvidas nos Estados e DF?</li><li>14. Existe capacitação periódica (programa de educação continuada) para os envolvidos neste componente? Há recurso disponível para treinamento?</li><li>15. De que forma os profissionais da saúde e os usuários podem participar da gestão deste componente?</li></ol>

16. Quais os mecanismos de divulgação deste componente?
17. Quais são os resultados deste componente com relação ao uso racional dos medicamentos? Há dados sobre isto?
18. Há participação dos envolvidos na gestão do CEAF nas discussões/decisões sobre outros programas e/ou atividades de saúde?
19. Como se processam os dados gerados pela aquisição e dispensação de medicamentos do componente pelos Estados?
20. De que forma CIT, CIB e conselhos de saúde participam da gestão do componente?
21. Existe mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuarios?
22. Na sua visão quais são as barreiras a implementação do monitoramento previsto no PCDT?
23. Há dados sobre o grau de satisfação dos trabalhadores envolvidos com este componente?
24. Como você vê a organização dos Estados para gestão/execução do CEAF? Há diferenças importantes entre a forma de organização e gestão do componente entre os estados?

**ROTEIRO COLETA DE DADOS - CHECK-LIST - CAF CENTRAL**

<b>Indicador</b>	<b>Condição a ser verificada</b>	<b>Resposta</b>	<b>Detalhamento</b>
<b>OP 4.2</b>	Há algum sistema de controle de temperatura do ambiente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Controle realizado por meio de: <input type="checkbox"/> Termômetro <input type="checkbox"/> Planilhas de controle <input type="checkbox"/> Ar condicionado
<b>OP 4.2</b>	Há incidência direta de raios solares nos medicamentos armazenados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>OP 4.2 e OP 10.3</b>	Os termolábeis são armazenados em refrigeradores exclusivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>OP 4.2</b>	Os refrigeradores são ligados a geradores?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

ROTEIRO COLETA DE DADOS - CHECK-LIST - CAF CENTRAL			
<b>OP 4.2 e OP 10.3</b>	Os psicotrópicos são armazenados em armário fechado com chave, conforme preconizado na Portaria n. 344/98?	( ) Sim ( ) Não	
<b>OP 4.2 e OP 10.3</b>	Os armários, estantes, estrados, refrigeradores para o armazenamento dos medicamentos são:	( ) Inadequados ( ) Pouco Adequados ( ) Parcialmente Adequados ( ) Adequados ( ) Muito Adequados	
<b>OP 4.2</b>	Os locais para o armazenamento dos documentos, como estantes, armários são:	( ) Inadequados ( ) Pouco Adequados ( ) Parcialmente Adequados ( ) Adequados ( ) Muito Adequados	
<b>OP 3.2</b>	Há alvará sanitário?	( ) Sim ( ) Não	O alvará está atualizado? ( ) Sim ( ) Não  A DIAF monitora a atualização? ( ) Sim ( ) Não
<b>OP 3.3</b>	Há certidão de regularidade técnica (RT)?	( ) Sim ( ) Não	A certidão de RT está atualizada? ( ) Sim ( ) Não A DIAF monitora a atualização? ( ) Sim ( ) Não
<b>C</b>	Há POPs ou manuais de Boas Práticas para as atividades desenvolvidas na unidade?	( ) Sim ( ) Não	
<b>OP 10.3</b>	Há controle de estoque?	( ) Sim ( ) Não	<b>Se SIM:</b> Qual a periodicidade? _____ Existe registro? ( ) Sim ( ) Não
ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS - ENTREVISTA – FARMACÊUTICO CAF			
Dimensão/In dicador /Medida	Pergunta	Resposta	

<b>OP 7.2</b>	A DIAF promove alguma atividade de capacitação sobre o componente?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Com que frequência?
<b>C OR1.2</b>	A DIAF costuma organizar os farmacêuticos que trabalham com o CEAF para discutir?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> - Discussões sobre a organização do processo de trabalho ( ) Sim / ( ) Não - Discussões sobre políticas de Assistência Farmacêutica e Saúde ( ) Sim / ( ) Não - Discussões relacionadas ao Planejamento das ações do componente ( ) Sim / ( ) Não - Discussões relacionadas aos PDCT ( ) Sim / ( ) Não - Discussões relacionadas a atualizações do sistema de informação ( ) Sim / ( ) Não - Outros temas ( ) Sim / ( ) Não <b>Especificar:</b> _____
<b>OP 7.1</b>	Qual é o número de:	- Farmacêuticos que atuam nesta unidade? _____ - Recursos Humanos (total)? _____ 7.1 O número de farmacêuticos é suficiente para o desenvolvimento das atividades? ( ) Sim / ( ) Não <b>Se NÃO:</b> Na sua opinião, qual seria o número adequado de farmacêuticos para as atividades do CEAF? _____
<b>C OP7.1</b>	Esta unidade é exclusiva para medicamentos do CEAF?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se NÃO:</b> Especifique.
<b>C OR6.3</b>	A unidade recebeu alguma diretriz ou orientação da DIAF sobre o processo de trabalho da unidade?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Quais foram estas diretrizes?
<b>OP 11.1</b>	No último semestre houve falta de medicamentos para atendimento dos usuários?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Quais são os principais motivos de falta?
<b>OP 1</b>	Com que frequência o (a) senhor (a) conseguem se comunicar com a DIAF em tempo hábil de resolver os problemas?	( ) Sempre ( ) Quase Sempre ( ) Frequentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Raramente
<b>S 4.1</b>	No último mês quais foram as orientações repassadas pela DIAF?	

<b>S 4.1</b>	No último quais foram as ações de acompanhamento da DIAF sobre as ações desenvolvidas por esta unidade?	
<b>OP 11.3</b>	Há atrasos na distribuição de medicamentos por falta de RH e/ou infraestrutura (havendo disponibilidade de medicamentos)?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Quais são os motivos?
<b>C OP4.1</b>	Houve nos últimos 4 anos algum investimento da gestão estadual na infraestrutura desta unidade?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
<b>C</b>	O apoio da gestão estadual é suficiente para o desenvolvimento das ações do CEAF?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se NÃO:</b> Que tipo de apoio está faltando?
<b>C</b>	Sua unidade recebe visitas periódicas de membros da DIAF?	
<b>C</b>	Como é a relação com os outros setores envolvidos (que de alguma forma interferem no desenvolvimento das atividades da sua unidade/setor)?	
<b>C</b>	Na sua opinião quais são os principais pontos pendentes para discussão com a DIAF?	
<b>C</b>	Na sua opinião, o que poderia melhorar na execução e gestão do CEAF no estado?	
<b>C</b>	Na sua opinião, que atividades poderiam ser desenvolvidas, mas não ocorrem por falta de RH, infraestrutura ou capacitação?	

\* C = Pergunta Complementar



**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS - CHECK-LIST - UNIAFAM e UNICEAF**

<b>Município:</b>			
<b>Nome da Unidade de Saúde:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Dimensão/Indicador /Medida</b>	<b>Condição a ser verificada</b>	<b>Resposta</b>	<b>Detalhamento</b>
<b>OP 4.2</b>	Há algum sistema de controle de temperatura do ambiente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Controle realizado por meio de: <input type="checkbox"/> Termômetro <input type="checkbox"/> Planilhas de controle <input type="checkbox"/> Ar condicionado
<b>OP 4.2</b>	Há incidência direta de raios solares nos medicamentos armazenados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>OP 4.2 e OP 10.3</b>	Os termolábeis são armazenados em refrigeradores exclusivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>OP 4.2</b>	Os refrigeradores são ligados a geradores?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>OP 4.2 e OP 10.3</b>	Os psicotrópicos são armazenados em armário fechado com chave, conforme preconizado na Portaria n. 344/98?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>OP 4.2 e OP 10.3</b>	Há armários, estantes, estrados para o armazenamento adequado dos medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>OP 4.2</b>	Há local específico para o armazenamento dos processos e documentos, como estantes, armários que permitam a fácil localização dos documentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
<b>OP 4.2</b>	O local de dispensação é equipado com mesas, cadeiras e computadores que permitam o atendimento individualizado dos usuários?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>OP 3.2</b>	Há alvará sanitário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O alvará está atualizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS - CHECK-LIST - UNIAFAM e UNICEAF			
<b>OP 3.3</b>	Há certidão de regularidade técnica (RT)?	( ) Sim ( ) Não	A certidão de RT está atualizada? ( ) Sim ( ) Não
<b>OR 2.1</b>	Há um local visível de divulgação para os usuários dos medicamentos em falta, e os motivos?	( ) Sim ( ) Não	
<b>C</b>	Há POPs ou manuais de Boas Práticas para as atividades desenvolvidas na unidade?	( ) Sim ( ) Não	Solicitar documentos comprobatórios.
<b>OP 10.3</b>	Há registros periódicos do controle de estoque?	( ) Sim ( ) Não	Solicitar documentos comprobatórios.
ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS - ENTREVISTA – FARMACÊUTICO UNIAFAM e UNICEAF			
<b>Perfil do entrevistado</b>			
1. Há quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha com o CEAF? E nesta unidade?			
2. Qual é a sua forma de contratação? ( ) Estatutário ( ) Celetista ( ) Cargo em comissão			
3. O (a) senhor (a) tem <b>outro</b> vínculo trabalhista? ( ) Sim / ( ) Não			
<b>Se SIM:</b> O trabalho é no setor: ( ) público ou ( ) privado			
Dimensão/Indicador /Medida	Pergunta	Resposta	
<b>OP 7.2</b>	A coordenação/diretoria/gerência estadual (do CEAF) promove alguma atividade de capacitação sobre o componente?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Com que frequência?	

<b>C OR1.2</b>	Esta coordenação/diretoria/gerência estadual costuma organizar os farmacêuticos das unidades para discutir?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> - Discussões sobre a organização do processo de trabalho <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não - Discussões sobre políticas de Assistência Farmacêutica e Saúde <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não - Discussões relacionadas ao Planejamento das ações do componente <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não - Discussões relacionadas aos PDCT <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não - Discussões relacionadas a atualizações do sistema de informação <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não - Outros temas <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não Especificar: _____
<b>OP 7.1</b>	Qual é o número de:	- Farmacêuticos que atuam nesta unidade? _____ - Recursos Humanos (total)? _____ - Usuários atendidos? _____ 7.1 O número de farmacêuticos é suficiente para o desenvolvimento das atividades? <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se NÃO:</b> Na sua opinião, qual seria o número adequado de farmacêuticos para as atividades do CEAF? _____ E quantos farmacêuticos para cada 1000 usuários? _____
<b>C OP7.1</b>	Esta unidade é exclusiva para atendimentos de usuários do CEAF?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se NÃO:</b> Que outros serviços oferece?
<b>S 5.1</b>	A primeira dispensação de medicamentos é realizada pelo farmacêutico?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
<b>C OR6.3</b>	A dispensação de medicamentos é realizada por meio de instrumento padronizado (POP, manuais)?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> A unidade recebeu alguma diretriz ou orientação da gestão estadual para a elaboração destes manuais? <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
<b>C OR6.3</b>	A unidade recebeu alguma diretriz ou orientação da gestão sobre o processo de trabalho da unidade?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Quais foram estas diretrizes?
<b>S 5.2</b>	É realizado o monitoramento dos tratamentos de acordo com os PCDT?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Existe registro destes monitoramentos? <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Solicitar registros.

<b>OP 11.1</b>	No último semestre houve falta de medicamentos para atendimento dos usuários?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> São informados pela gestão estadual os motivos da falta? ( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Estas informações são divulgadas para os usuários? ( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> De que forma?
<b>OP 1</b>	Com que frequência o (a) senhor (a) conseguem se comunicar com a coordenação/diretoria/gerência estadual em tempo hábil de resolver os problemas?	( ) Sempre ( ) Quase Sempre ( ) Frequentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Raramente
<b>S 4.1</b>	No último mês quais foram as orientações repassadas pela gestão estadual?	
<b>S 4.1</b>	No último quais foram as ações de acompanhamento da gestão sobre as ações desenvolvidas por esta unidade?	
<b>OP 3.2</b>	A gestão estadual monitora a atualização do alvará sanitário desta unidade?	( ) Sim / ( ) Não
<b>OP 3.3</b>	A gestão estadual monitora a atualização da certidão de regularidade técnica desta unidade?	( ) Sim / ( ) Não
<b>S 3.2</b>	Qual é o tempo (em dias) entre a abertura do processo (solicitação do medicamento) até a primeira dispensação? (Se tiver diferenças entre as patologias fazer a média dos dias)	
<b>OP 11.3</b>	Há atrasos na dispensação de medicamentos por falta de RH e/ou infraestrutura (havendo disponibilidade de medicamentos)?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Quais são os motivos?
<b>C OP4.1</b>	Houve nos últimos 4 anos algum investimento da gestão estadual na infraestrutura desta unidade?	( ) Sim / ( ) Não

C	O apoio da gestão estadual é suficiente para o desenvolvimento das ações do CEAF?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se NÃO:</b> Que tipo de apoio está faltando?
C	Já foi realizada alguma pesquisa de satisfação com os usuários?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Qual foi o resultado?

\*C = Pergunta Complementar

### ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS - ENTREVISTA – GESTOR ESTADUAL CEAF

**Data:**

1. Cargo/Função:
2. Há quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha como diretor (a)/ gerente/ coordenador (a)?
3. Qual é a sua forma de contratação?  
( ) estatutário ( ) celetista ( ) cargo em comissão
4. O (a) senhor (a) tem **outro** vínculo trabalhista?  
**Se SIM:** O trabalho é no setor público ( ) ou privado ( )
5. O (a) senhor (a) é farmacêutico (a)?  
( ) Sim / ( ) Não  
**Se NÃO:** Qual é a sua formação?

Dimensão/Indicador/Medida	Pergunta	Resposta
<b>Perfil do Gestor</b>		
S 2.1	Existe o cargo de coordenador/diretor/gerente do CEAF formalmente instituído?	( ) Sim / ( ) Não Se sim, solicitar documento comprobatório. Se não, deveria existir? Como funciona na prática?

<b>S 2.2</b>	Há quanto tempo trabalha na área da assistência farmacêutica? O (a) senhor (a) tem formação na área de gestão?	<b>AF</b> ( ) < 5 anos / > ou igual a 5 anos <b>Gestão</b> ( ) Sim / ( ) Não
<b>Coordenação / Diretoria / Gerência</b>		
<b>OR 7</b>	Existe na estrutura administrativa da SES uma instância específica para o CEAF?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> - Ela está formalmente instituída por meio de portaria ou organograma? ( ) Sim / ( ) Não Se Sim, solicitar documento que institucionalize.  - O que esta posição na estrutura administrativa significa para a gestão do CEAF? Como fica a tomada de decisão nesta situação? Há uma relação de subordinação a algum outro setor que dificulte as decisões?  <b>Se NÃO:</b> Qual é o setor que gerencia as atividades relacionadas ao CEAF?
<b>OR 6.3</b>	A coordenação/diretoria/gerência formula diretrizes para a organização dos processos de trabalho do CEAF no estado?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Quais as últimas diretrizes formuladas?
<b>C auton.</b>	A coordenação/diretoria/gerência decide sobre a seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> As questões são decididas em conjunto com outro setor?  <b>Se NÃO para alguma das atividades:</b> Qual e quem decide sobre esta?
<b>S 4.1</b>	<b>No último mês:</b> Quais foram as orientações repassadas as unidades (estaduais e municipais..) que desenvolvem atividades do CEAF no estado? E quais foram as ações de acompanhamento da gestão sobre as ações desenvolvidas por estas unidades?	

<b>CS4</b>	O (a) senhor (a) participa de discussões e decisões sobre outros programas e/ou atividades de saúde no estado?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Quais foram as últimas discussões realizadas e com quem foi discutido?
<b>OR 4</b>	Há indicadores para o monitoramento das ações relacionadas ao CEAF?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> - Quais são os indicadores?  - Os dados obtidos no monitoramento são utilizados para o planejamento das ações? <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
<b>OR 3.2</b>	Há reuniões de planejamento estratégico específico para o desenvolvimento das ações relacionadas ao CEAF?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Com que frequência? Quem participa?
<b>OP 7.1</b>	Há farmacêutico, durante todo o período de funcionamento, em todas as unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não  Na sua opinião, o número de farmacêuticos e demais profissionais para o desenvolvimento das atividades relativas ao CEAF é: <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Parcialmente adequado <input type="checkbox"/> Inadequado  Quantos farmacêuticos trabalham com o CEAF no estado (unidades estaduais, municipais..)?  Para o senhor (a) qual seria o número ideal de farmacêuticos para atuarem no CEAF para cada 1000 usuários?
<b>OP 7.2</b>	Há atividades de capacitação dos recursos humanos envolvidos no componente (que inclua o RH de todas as unidades que desenvolvem atividades do CEAF no estado)?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Com que frequência?
<b>OR 2.1</b>	Há divulgação da lista de medicamentos em falta e dos motivos para a população?	<input type="checkbox"/> Sim para ambos <input type="checkbox"/> Sim para apenas a lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> De que forma é feita esta divulgação?

<b>OR 2.2</b>	Há divulgação dos preços praticados pelo Estado na compra dos medicamentos do CEAF para a população?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> De que forma é feita esta divulgação?
<b>S 4.2</b>	A coordenação realiza levantamentos a respeito da demanda gerada pelo CEAF de consultas e exames frente a capacidade do estado?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Como utiliza estes dados? Discute essa demanda com os outros setores?
<b>Financiamento</b>		
<b>OP 4.1</b>	Houve investimentos em infraestrutura dos serviços relacionados ao CEAF nos últimos 4 anos?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Quantas unidades foram contempladas?
<b>OP 2.2</b>	Está regulamentada a produção de APAC para o Grupo 2?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
<b>C OP8</b>	Qual o valor gasto pelo estado com a aquisição de medicamentos do CEAF em 2014 (considerar último ano)?	
<b>S 3.1</b>	Há demanda judicial no estado para medicamentos padronizados pelo CEAF de pacientes que cumprem os critérios de inclusão dos PCDT/MS?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não / <input type="checkbox"/> Não sei responder <b>Se SIM:</b> Qual percentual do total das ações atendidas são de casos contemplados no CEAF?  Há mecanismos estabelecidos para evitar a judicialização nestes casos?
<b>OP 8.1</b>	O estado consegue praticar as desonerações dos tributos e aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço? Se desejar comente.	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Quase Sempre <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca
<b>OP 8.3</b>	Há recursos perdidos por APACs glosadas?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Qual é o número de APACs do último ano (2014)? E qual o número de APACs glosadas no mesmo período?
<b>OP 8.2</b>	O estado tem planejamento orçamentário e disponibilidade financeira capaz de suprir as	<input type="checkbox"/> Sim, para ambos <input type="checkbox"/> Sim para planejamento orçamentário <input type="checkbox"/> Sim para disponibilidade financeira <input type="checkbox"/> Não, para ambos



	necessidades de aquisição própria para o CEAF?	
<b>Unidades que desenvolvem atividades do CEAF</b>		
<b>OR 5</b>	Há parcerias com outras instituições para desconcentrar o atendimento dos usuários?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Que tipo de parcerias estão estabelecidas?  <b>Se NÃO:</b> Por que não ocorre?
<b>OR 8</b>	Quantos municípios contam com as atividades de solicitação, renovação e dispensação?	
<b>C OP1</b>	Como é a comunicação entre a coordenação/diretoria/gerência e as demais unidades envolvidas com o CEAF?	
<b>C OP4.2</b>	São estabelecidas pela gestão estadual as condições mínimas de infraestrutura para as unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Solicitar documento aonde estão estabelecidas.
<b>OP 3.1</b>	A gestão estadual publicou algum Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS) ou alguma orientação para o gerenciamento dos resíduos para as unidades (instrução para o PGRSS), nos últimos 4 anos?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Solicitar o PGRSS ou a orientação/instrução.
<b>OP 3.2</b>	As unidades que desenvolvem atividades do CEAF possuem alvará sanitário?	( ) Sim / ( ) Não / ( ) Não sei responder A gestão estadual monitora a atualização dos alvarás? ( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Como é feito o monitoramento?
<b>OP 3.3</b>	As unidades que desenvolvem atividades do CEAF possuem certidão de regularidade técnica?	( ) Sim / ( ) Não / ( ) Não sei responder A gestão estadual monitora a atualização das certidões? ( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Como é feito o monitoramento?
<b>OP 5</b>	Há Serviços de Referência (SR) e/ou polos de aplicação de medicamentos no estado	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> - Quais são estes SR? E aonde estão localizados?

	(considera-se SR as unidades que ofertam serviços de saúde especializados e continuados a grupos específicos, como por exemplo, o monitoramento de tratamentos e a aplicação de medicamentos)?	- As filas de espera para atendimento nestes serviços? ( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> - Qual o tempo médio de espera?
<b>Logística</b>		
<b>OP 6.1</b>	Sobre os sistemas informatizados:	1.1 Para quais atividades do CEAF há sistemas informatizados? ( ) controle de estoque ( ) monitoramento clínico ( ) relatório gerencial ( ) cadastro dos usuários ( ) avaliação (deferido, devolvido e indeferido) ( ) dispensação ( ) renovação ( ) Outros, especificar:  Há necessidade de informatização ou melhoria dos sistemas de alguma área ou atividade?
<b>OP 6.2</b>	Estes sistemas (informatizados) alimentam a base nacional?	( ) Sim / ( ) Não
<b>OP 6.3</b>	Algum destes sistemas interopera com outros sistemas da rede de atenção à saúde?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Qual?
<b>OP 9.1</b>	Existe um instrumento/método definido para o processo de programação para aquisição de medicamentos do CEAF?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Qual é o instrumento/método? Este instrumento está sendo utilizado? ( ) Sim / ( ) Não
<b>OP 10.2</b>	Existe um cronograma estabelecido de distribuição (abastecimento) dos medicamentos para as unidades?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Qual é a frequência? Existe um fluxo definido para reposição (extra cronograma)? Como ocorre?
<b>OP 9.2</b>	Há mecanismos de punição, previstos nos editais e/ou contratos, para os fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> As punições são aplicadas? ( ) Sim / ( ) Não / ( ) Algumas vezes - Quais são as punições estabelecidas?
<b>OP 9.3</b>	O estado desenvolve estratégias para enfrentar problemas no processo de aquisição de medicamentos do CEAF?	( ) Sim / ( ) Não <b>Se SIM:</b> Quais são as estratégias?

<b>OP 10.1</b>	O estado possui normas que atendam as boas práticas de transporte de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Solicitar as normas ou Manual de Boas Práticas
<b>OP 11.1</b>	Houve falta de medicamentos para atendimento dos usuários no último semestre?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Quais foram os motivos? <input type="checkbox"/> atraso da entrega do MS <input type="checkbox"/> falta de recurso financeiro <input type="checkbox"/> interdições sanitárias <input type="checkbox"/> falhas de programação <input type="checkbox"/> problemas logísticos <input type="checkbox"/> licitação deserta ou fracassada <input type="checkbox"/> lapsos na produção <input type="checkbox"/> Outros, especificar:  Há estoque estratégico no nível central e nas unidades descentralizadas? <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não – Nível Central <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não – Unidades descentralizadas
<b>S 3.2</b>	Qual é o tempo decorrido (em dias) entre o cadastro das solicitações e a autorização para dispensação?	Se o tempo é diferente entre as patologias fazer a média.
<b>C OP11.3</b>	Há atrasos na dispensação de medicamentos por falta de RH e/ou deficiências de infraestrutura para atendimento dos usuários pelos serviços do CEAF (havendo disponibilidade de medicamentos)?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não / <input type="checkbox"/> Não sei responder <b>Se SIM:</b> Quais são os principais motivos?
<b>OR 6.2</b>	O fluxo de avaliação das solicitações de medicamento está <b>regulamentado</b> no estado?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Os profissionais responsáveis pela avaliação são oficialmente nomeados? <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
<b>Serviços farmacêuticos</b>		
<b>OP 11.2</b>	Há avaliação para a seleção de medicamentos do CEAF por linha de cuidado para a elaboração do elenco estadual disponibilizado?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Como é feita? Este processo está regulamentado/formalizado? <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
<b>C S5.2</b>	Existe registro de monitoramento dos tratamentos de acordo com os PCDT nas unidades de dispensação?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Em quantas unidades? A gestão estadual utiliza estes dados? <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Como?

		<b>Questões gerais</b>
<b>OR 6.1</b>	Há no estado regulamentação para avaliações de inclusão e exclusão de medicamentos e monitoramento dos tratamentos fornecidos pelo estado complementares aos PCDT?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Assinale para quais há regulamentação: <input type="checkbox"/> inclusão <input type="checkbox"/> exclusão <input type="checkbox"/> monitoramento dos tratamentos
<b>OR 3.1</b>	Existe no Plano Estadual de Saúde e consequentemente na Programação Plurianual e no Relatório de Gestão ações específicas relacionadas ao CEAF?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Quais as principais ações contidas no último PES?
<b>OR 1.2</b>	A gestão estadual desenvolve estratégias ou cria instâncias para a participação dos envolvidos no CEAF (usuários, prescritores, farmacêuticos...) na formulação de políticas e diretrizes do CEAF? Quais são?	
<b>OR 1.1</b>	A gestão estadual (do CEAF) participa do (a) (s):	<input type="checkbox"/> Conselho Estadual de Saúde <input type="checkbox"/> Comissão Intergestores Bipartite <input type="checkbox"/> Comissão Intergestores Regional <input type="checkbox"/> Conferencia Estadual de Saúde <input type="checkbox"/> Reuniões para a elaboração do PES <input type="checkbox"/> Outros, especificar:
<b>S 1</b>	No último ano, questões relativas ao CEAF foram pautadas junto ao Conselho Estadual de Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> - Quais foram estas pautas? <input type="checkbox"/> Discussão sobre o elenco de medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Discussão sobre questões que alteram a organização do serviço <input type="checkbox"/> Discussão sobre a falta de medicamentos <input type="checkbox"/> Outros, especificar  - Essas pautas foram demandados pelo Conselho ou a gestão estadual pediu a pauta na reunião do conselho?
<b>C S6</b>	Quando os usuários precisam fazer críticas ou deixar sugestões como eles podem fazer?	
<b>C OR2</b>	Quais os mecanismos de divulgação sobre o CEAF para os farmacêuticos, prescritores e comunidade em geral?	

<b>S 6.2</b>	Há ouvidoria para questões relativas ao CEAF?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Qual é o fluxo de utilização destes dados? Solicitar os registros.
<b>OP 2.1</b>	Qual a porcentagem de medicamentos da primeira linha de cuidado está pactuada na CIB?	
<b>C</b>	Em sua opinião, a gestão estadual recebe o apoio necessário do Ministério da Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não <b>Se NÃO:</b> Que tipo de apoio está faltando?
<b>C</b>	Em sua opinião, quais são os facilitadores e barreiras para a gestão do CEAF no estado?	

\*C = Pergunta Complementar

<b>ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO – FARMACÊUTICOS UNIAFARS</b>		
<b>Código</b>	<b>Pergunta / Condição Referente a Unidade</b>	<b>Resposta</b>
<b>1</b>	Há quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha com o CEAF? E nesta unidade?	
<b>2</b>	Qual é a sua forma de contratação?	<input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Celetista <input type="checkbox"/> Cargo em comissão
<b>3</b>	O (a) senhor (a) tem <b>outro</b> vínculo trabalhista?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> O trabalho é no setor: <input type="checkbox"/> público ou <input type="checkbox"/> privado
<b>4</b>	O (a) senhor (a) é sindicalizado (a)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>OP 4.2</b>	Há incidência direta de raios solares nos medicamentos armazenados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>OP 4.2</b>	Há algum sistema de controle de temperatura do ambiente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Controle realizado por meio de: <input type="checkbox"/> Termômetro <input type="checkbox"/> Planilhas de controle <input type="checkbox"/> Ar condicionado
<b>OP 4.2 e OP 10.3</b>	Os medicamentos termolábeis são armazenados em refrigeradores exclusivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>OP 4.2</b>	Os refrigeradores são ligados a geradores?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

<b>OP 4.2 e OP 10.3</b>	Os psicotrópicos são armazenados em armário fechado com chave, conforme preconizado na Portaria n. 344/98?	( ) Sim ( ) Não
<b>OP 4.2 e OP 10.3</b>	Os armários, estantes, estrados para o armazenamento dos medicamentos são:	Avalie na escala de 1 a 5, sendo 1 Inadequados e 5 Muito Adequados: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
<b>OP 4.2</b>	Os locais para o armazenamento dos processos e documentos são:	Avalie na escala de 1 a 5, sendo 1 Inadequados e 5 Muito Adequados: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
<b>C OP7.1</b>	Esta unidade é exclusiva para as atividades do CEAF?	( ) Sim ( ) Não <b>Se NÃO:</b> Que outros serviços desenvolve?
<b>OP 7.1</b>	Qual é o número de:	- Municípios vinculados _____ - Usuários cadastrados _____ - Farmacêuticos que atuam nesta regional _____ - Recursos Humanos (total) _____  7.1 O número de farmacêuticos é suficiente para o desenvolvimento das atividades? ( ) Sim ( ) Não <b>Se NÃO:</b> Qual seria o número adequado de farmacêuticos? _____ Na sua opinião, quantos farmacêuticos são necessários para o atendimento de 1000 usuários? _____
<b>OP 3.2</b>	Possui alvará sanitário?	( ) Sim ( ) Não <b>Se SIM:</b> O alvará está atualizado? ( ) Sim ( ) Não A DIAF monitora a atualização do alvará sanitário? ( ) Sim ( ) Não
<b>OP 3.3</b>	Possui certidão de regularidade técnica (RT)?	( ) Sim ( ) Não <b>Se SIM:</b> A certidão de RT está atualizada? ( ) Sim ( ) Não A DIAF monitora a atualização da certidão de RT? ( ) Sim ( ) Não
<b>C</b>	Possui POPs ou manuais de Boas Práticas para as atividades desenvolvidas na unidade?	( ) Sim ( ) Não

<b>C OR6.3</b>	A Regional recebe da DIAF diretrizes ou orientações sobre o processo de trabalho?	( ) Sim ( ) Não <b>Se SIM:</b> Quais são estas diretrizes? Com que frequência?
<b>C OR6.3</b>	A Regional repassa instrumentos padronizados (POPs, manuais) para a execução das atividades nos municípios?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não é responsabilidade da Regional <b>Se SIM:</b> A Regional recebeu da DIAF alguma diretriz ou orientação para a elaboração destes manuais? ( ) Sim ( ) Não
<b>OP 10.3</b>	Existe controle de estoque periódico?	( ) Sim ( ) Não <b>Se SIM:</b> Qual a periodicidade?
<b>S 5.2</b>	A regional avalia os exames de monitoramento nas renovações enviadas pelos municípios?	( ) Sim ( ) Não <b>Se SIM:</b> Existe registro destes monitoramentos? ( ) Sim ( ) Não <b>Se NÃO:</b> Por que não são realizados?
<b>S 5.1</b>	A primeira dispensação de medicamentos é realizada pelo farmacêutico (nas unidades que respondem a esta Regional)?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei responder
<b>OP 1</b>	Com que frequência o (a) senhor (a) consegue se comunicar, com os <b>municípios</b> , em tempo hábil de resolver os problemas?	Avalie na escala de 1 a 5, sendo 1 Nunca e 5 Sempre: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
<b>OP 11.3</b>	Com que frequência há atrasos nas renovações, envios de processos novos e/ou outras atividades desenvolvidas pela Regional por falta de RH e/ou infraestrutura:	Avalie na escala de 1 a 5, sendo 1 Nunca e 5 Sempre: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
<b>5</b>	Quando há troca do responsável pelo CEAF nos municípios ele passa por capacitação ou orientações com o farmacêutico da regional?	( ) Sim ( ) Não Há municípios que o funcionário responsável pelo CEAF não é farmacêutico? ( ) Sim ( ) Não
<b>6</b>	O farmacêutico da regional faz visitas regulares nos municípios de sua abrangência?	( ) Sim ( ) Não <b>Se SIM:</b> Com que frequência? <b>Se NÃO:</b> Por que?
<b>OP 7.2</b>	A DIAF promove atividades de capacitação sobre o componente?	( ) Sim ( ) Não <b>Se SIM:</b> Com que frequência?

		Quais são as principais necessidades em relação a capacitação? - A organização do processo de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Políticas de Assistência Farmacêutica e Saúde <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Planejamento das ações do componente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Os PDCT <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Atualizações do sistema de informação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Outros temas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:  - Na sua opinião quais são os principais pontos pendentes para discussão com a DIAF?
<b>CO RI.2</b>	A DIAF costuma organizar encontros (presenciais ou por webconferência) com os farmacêuticos das regionais para discutir:	
<b>OP 1</b>	Com que frequência o (a) senhor (a) consegue se comunicar, com a <b>DIAF</b> , em tempo hábil de resolver os problemas?	Avalie na escala de 1 a 5, sendo 1 Nunca e 5 Sempre: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<b>S 4.1</b>	No último mês quais foram as orientações repassadas pela DIAF?	
<b>S 4.1</b>	No último mês quais foram as ações de acompanhamento da DIAF sobre as ações desenvolvidas por esta unidade?	
<b>S 3.2</b>	Qual é o tempo (em dias) entre o envio do processo para a DIAF e a autorização para dispensação? (Se tiver diferenças entre as patologias fazer a média)	
<b>OP 11.1</b>	No último semestre houve falta de medicamentos para atendimento dos usuários?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> São informados pela DIAF os motivos da falta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> Estas informações são divulgadas para os usuários? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se SIM:</b> De que forma são repassadas as informações aos usuários?
<b>CO P.4.1</b>	Houve nos últimos 4 anos algum investimento da gestão estadual na infraestrutura desta unidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>C</b>	O apoio da gestão estadual é suficiente para o desenvolvimento das ações do CEAf?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se NÃO:</b> Que tipo de apoio está faltando?



<b>C</b>	Na sua opinião, o que poderia melhorar na execução e gestão do CEAF no estado?	
<b>9</b>	Na sua opinião, que atividades poderiam ser desenvolvidas pela Regional, mas não ocorrem por falta de RH, infraestrutura ou capacitação?	
<b>10</b>	Comentários adicionais	



