



GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

Proposta para avaliação no contexto municipal
A experiência em Santa Catarina

Silvana Nair Leite | Mareni Rocha Farias | Fernanda Manzini
Samara Jamile Mendes | Marina Rajche Mattozo Rover
Organização

GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:
PROPOSTA PARA AVALIAÇÃO
NO CONTEXTO MUNICIPAL

A experiência em Santa Catarina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora

Roselane Neckel

Vice-Reitora

Lúcia Helena Martins Pacheco

EDITORA DA UFSC

Diretor Executivo

Fábio Lopes da Silva

Conselho Editorial

Fábio Lopes da Silva (Presidente)

Ana Lize Brancher

Andréa Vieira Zanella

Andreia Guerini

Clélia Maria Lima de Mello e Campigotto

João Luiz Dornelles Bastos

Luiz Alberto Gómez

Marilda Aparecida de Oliveira Effting

Editora da UFSC

Campus Universitário – Trindade

Caixa Postal 476

88010-970 – Florianópolis-SC

Fones: (48) 3721-9408, 3721-9605 e 3721-9686

editora@editora.ufsc.br

www.editora.ufsc.br

Silvana Nair Leite
Mareni Rocha Farias
Fernanda Manzini
Samara Jamile Mendes
Marina Raijche Mattozo Rover
(Organização)

GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:
PROPOSTA PARA AVALIAÇÃO NO
CONTEXTO MUNICIPAL

A experiência em Santa Catarina

© 2015 Dos autores

Coordenação editorial:

Paulo Roberto da Silva

Capa:

Leonardo Gomes da Silva

Editoração:

Carla da Silva Flor

Revisão:

Cleusa I. P. Raimundo

Ficha Catalográfica

(Catalogação na publicação pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina)

G393 Gestão da Assistência Farmacêutica : proposta para avaliação no contexto municipal : a experiência em Santa Catarina 2015/ Silvana Nair Leite (orgs.) ... [et al.]. – Florianópolis : Editora da UFSC, 2015. 167 p.: il., grafs., tabs.

Inclui bibliografia.

1. Saúde pública – Administração – Santa Catarina. 2. Serviços de saúde – Administração – Santa Catarina. 3. Farmácia – Administração – Santa Catarina. I. Leite, Silvana Nair. II. Farias, Marení Rocha. III. Manzini, Fernanda. IV. Mendes, Samara Jamile. V. Rover, Marina Rajche Mattozo.

CDU: 614(816.4)

ISBN 978-85-328-0746-5



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais.

SUMÁRIO

Prefácio	7
Apresentação.....	11
Capítulo 1 – Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica: um modelo em construção	15
1.1 Introdução	15
1.2 Os pressupostos do modelo de avaliação da capacidade de gestão: bases conceituais e metodológicas	19
1.3 Percurso metodológico	23
1.4 Avaliando a gestão da assistência farmacêutica: o que avaliar e como avaliar	27
1.4.1 Convenção dos conceitos-guias.....	27
1.4.2 O Protocolo de Indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica	28
1.4.3 Parametrização dos indicadores	31
1.4.4 O Plano de Análise.....	32
1.4.5 Disseminando os resultados da avaliação	34
1.5 Considerações finais.....	35
Referências	37
Capítulo 2 – Gestão em saúde e gestão da assistência farmacêutica	39
2.1 Gestão em saúde – histórico e conceitos.....	39
2.2 Gestão da assistência farmacêutica.....	50

2.3 Que aspectos considerar para a gestão da assistência farmacêutica? ...	53
Referências	56
Capítulo 3 – Avaliação em saúde e avaliação da assistência farmacêutica	59
3.1 Avaliação em saúde	59
3.2 Avaliação da assistência farmacêutica.....	61
3.3 O projeto de pesquisa “Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão”	64
Referências	66
Capítulo 4 – Elaboração e aplicação do modelo de avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses	71
4.1 Modelagem de programas em avaliação.....	72
4.2 O desenho do modelo para avaliação da gestão da assistência farmacêutica	74
4.3 Aplicação do modelo de avaliação de gestão da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses.....	76
4.3.1 Técnicas de consenso em estudos de avaliação.....	77
4.3.2 Oficinas de consenso.....	81
4.4 Escala de valor para atribuição do juízo de valor da avaliação	86
Referências	91
Capítulo 5 – Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal	95
5.1 Premissas do modelo aplicado	110
Referências	141
Capítulo 6 – Resultados gerais da avaliação da gestão da assistência farmacêutica em Santa Catarina.....	147
6.1 Resultados por dimensão	154
6.1.1 Análise da dimensão organizacional	154
6.1.2 Análise da dimensão operacional.....	156
6.1.3 Análise da dimensão da sustentabilidade.....	158
6.2 Diferentes realidades no desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica no estado de Santa Catarina.....	160
Referências	163
Sobre os autores.....	165

PREFÁCIO

Em primeiro lugar, gostaria de manifestar minha satisfação ao receber esta obra com o intuito de escrever seu prefácio. Prefaciá-lo um livro prevê a primazia de ter acesso a material literário inédito e de poder detê-lo por um tempo, analisar seus objetivos, racional metodológico, desenvolvimento e alcance em potencial.

Na verdade, iniciei esse processo refletindo sobre o perfil das organizadoras, para ir além das informações que detinha pelo fato de pertencer ao mesmo “mundo farmacêutico e acadêmico”, e deparei-me com um histórico de construção do conhecimento, que verbalizo aqui como os atos de – *pensar, investigar, propor, fazer e divulgar* – na área que, no Brasil, foi definida como Assistência Farmacêutica.

Em outras palavras, as organizadoras constituem um dos grupos de pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, credenciado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, que atua sistematicamente sobre o tema *Políticas e Serviços Farmacêuticos*. Portanto, a presente obra torna-se a melhor expressão do *pensar, investigar, propor, fazer e divulgar*, aspectos que sustentaram a elaboração do texto que aborda a *Gestão da Assistência Farmacêutica como Proposta de Avaliação no Contexto Municipal*, devidamente contextualizada a partir de experiência no estado de Santa Catarina.

Cabe destacar que o referido grupo de pesquisa iniciou os trabalhos em 1999 e, com a orientação de dissertações de mestrado e teses de doutorado, bem como as publicações decorrentes, tem

colaborado com a discussão e estabelecimento de diretrizes que, inclusive, fundamentaram a *Política Nacional de Assistência Farmacêutica* que, como sabemos, completou dez anos em 2014.

Ainda nesse contexto, as organizadoras têm desenvolvido projetos de extensão universitária, cujos princípios científicos legitimam os resultados dirigidos à qualificação dos serviços farmacêuticos. Para tanto, foram estabelecidas parcerias que envolvem todas as esferas de gestão, a saber: a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina e o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, exemplo a ser seguido por docentes e pesquisadores que valorizam a pesquisa translacional.

Outros marcos desse grupo são a colaboração na criação do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, aprovado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES/Ministério da Educação, em 2010, e a coordenação do projeto *Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD: uma proposta em rede para a qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS*.

Especificamente em relação ao projeto sobre a Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD, já desenvolvido em duas edições, houve a participação de docentes, pesquisadores, profissionais, e estudantes de graduação e pós-graduação de várias instituições do Brasil, bem como a criação de polos regionais para apoio e referência aos participantes. Além da capacitação destes, um dos objetivos do projeto foi motivar a formação de núcleos que possam colaborar, efetivamente, com a qualificação dos serviços farmacêuticos no país.

Assim, após observar com mais profundidade os quesitos que qualificam amplamente as organizadoras, me detive na leitura dos capítulos que compõem a obra. Neste sentido, verifiquei a riqueza do material quanto ao referencial teórico, necessário para a proposição dos estudos desenvolvidos, e que abrangem aspectos fundamentais como a *gestão em saúde*, a *gestão da assistência farmacêutica*, a *avaliação em saúde*, a *avaliação da assistência farmacêutica*, bem como a discussão sobre a elaboração de *indicadores*.

Após a abordagem inicial (capítulos 1 a 3), merecem destaque, ainda, os capítulos 4, 5 e 6 que reportam, respectivamente, a *Elaboração e aplicação do modelo de avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses*, a *Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal* e os *Resultados gerais da avaliação da gestão da assistência farmacêutica em Santa Catarina*. Nestes capítulos as autoras aprofundam a discussão e apresentam resultados da aplicação da matriz de indicadores.

Além disso, os capítulos estão redigidos com clareza e possibilitam ao leitor o conhecimento das bases e das ferramentas para o desenvolvimento de estudos com objetivos semelhantes, que poderão ser elaborados com o auxílio da extensa bibliografia apresentada.

Finalizando minha breve exposição, resalto a importância que a consulta desta obra terá para a proposição de novos projetos de pesquisa ao CNPq, também a partir de pesquisadores de outros estados brasileiros. Tais projetos poderão ser enquadrados na recém-criada subárea de conhecimento *Farmácia Clínica, Assistência e Atenção Farmacêutica*, o que corresponderá a avanços ainda mais substanciais na *Política Nacional de Assistência Farmacêutica* nas próximas décadas.

Sílvia Storpirtis

Profa. do Departamento de Farmácia
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do grupo **Políticas e serviços farmacêuticos**, da Universidade Federal de Santa Catarina, credenciado no CNPq. O grupo desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão voltadas para a qualificação dos serviços farmacêuticos, especialmente no setor público de saúde. O trabalho em redes colaborativas é uma das características marcantes dos projetos desenvolvidos pelo grupo e este é um dos produtos resultantes de parceria com a Profa. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães, do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal da Bahia NEPAF/UFBA. O projeto “**Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão**” foi apresentado e aprovado na Chamada Pública FAPESC/MS-CNPq/SES-SC – 03/2010, do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS), por meio da Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina (FAPESC).

O projeto objetivou avaliar a capacidade de gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses sob os aspectos organizacional, operacional e de sustentabilidade. Como pressuposto, considera-se que a gestão da assistência farmacêutica na atenção básica de saúde é a capacidade de formular, articular e criar condições de implementação e de sustentabilidade da assistência farmacêutica básica de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal. A metodologia adotada não tem como propósito

concluir se a gestão é boa ou ruim, mas sim percebê-la como um processo que se encontra em diferentes estágios de evolução, na perspectiva de apontar para o aprimoramento do processo e dos pontos que possam ser corrigidos ao longo do programa ou política de gestão.

Este livro está dividido em seis capítulos. No Capítulo 1, os pesquisadores do NEPAF/UFBA apresentam o processo de construção de indicadores para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica a partir do modelo de avaliação da capacidade de gestão das organizações sociais construído pelo Grupo de pesquisa “Descentralização e Gestão de Políticas Públicas da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia”. Os autores apresentam as bases conceituais e metodológicas para a construção do modelo de avaliação da capacidade de gestão e a proposta de avaliação da gestão da assistência farmacêutica em municípios da Bahia (o que avaliar e como avaliar).

No Capítulo 2, discute-se a gestão em saúde e a gestão da assistência farmacêutica. Inicialmente, apresenta-se uma revisão histórica conceitual da gestão em saúde e da gestão da assistência farmacêutica. Essa revisão subsidia a discussão a respeito dos aspectos a serem considerados para a gestão da assistência farmacêutica no presente estudo.

No Capítulo 3 são apresentados aspectos relacionados à avaliação em saúde e à avaliação da assistência farmacêutica. Os autores descrevem diferentes abordagens conceituais utilizadas em estudos de avaliação. Com base nos pressupostos apresentados nesses três capítulos, foi elaborado o projeto de pesquisa “Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão”, o qual é apresentado no final do Capítulo 3.

O Capítulo 4 inicia com uma revisão sobre modelagem de programas em avaliação para, na sequência, propor o desenho para a avaliação da gestão da assistência farmacêutica. A aplicação do modelo de avaliação de gestão da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses envolveu a adequação da matriz avaliativa desenvolvida pelo NEPAF/UFBA para o cenário catarinense. Essa etapa foi realizada com a participação de pesquisadores da área e

com os coordenadores de assistência farmacêutica de municípios catarinenses. Esse processo é apresentado detalhadamente nesse capítulo. Partindo da premissa de que ao avaliar é necessário emitir um julgamento sobre os dados obtidos, o capítulo 4 finaliza com a descrição do processo de elaboração da escala de valor para atribuição do juízo de valor da avaliação.

No Capítulo 5 são apresentadas a matriz de indicadores e as premissas da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal. A matriz avaliativa possui 44 indicadores, e para cada indicador são descritos a medida e o parâmetro, os quais subsidiam a emissão do juízo de valor.

No Capítulo 6 são descritos os resultados gerais da avaliação da gestão da assistência farmacêutica em seis municípios pesquisados em Santa Catarina. Os dados são apresentados segundo a pontuação obtida em cada indicador e o juízo de valor em cores, conforme proposta descrita no Capítulo 4.

O estudo revela níveis de desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica distintos, mesmo considerando municípios com algumas características populacionais semelhantes e em um mesmo estado. Chamaram a atenção, especialmente, os aspectos organizacionais/estruturais da assistência farmacêutica e dos serviços farmacêuticos prestados para a população.

Esta publicação, ao retratar a capacidade de gestão de seis municípios, alerta para a necessidade de crescentes investimentos em infraestrutura dos serviços e na formação de profissionais capacitados, na qualificação dos processos de gestão e na maior aproximação com o planejamento em saúde, condizentes com as premissas do SUS. O referencial adotado proporciona ainda, aos leitores, a dimensão e amplitude que envolve a gestão da assistência farmacêutica.

O grupo de pesquisa “**Políticas e serviços farmacêuticos**” desenvolve outras pesquisas na área de avaliação, resultantes da expertise adquirida com a condução deste projeto. Entre os trabalhos desenvolvidos, está a avaliação da gestão dos serviços do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no contexto das Redes de Atenção à Saúde.

Desejamos a você uma boa leitura e que as reflexões dela decorrentes possam auxiliar na consolidação de uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica visando fortalecer o SUS e garantir o direito à saúde aos cidadãos.

As organizadoras

INDICADORES PARA AVALIAR A GESTÃO DESCENTRALIZADA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA: UM MODELO EM CONSTRUÇÃO

Maria do Carmo Lessa Guimarães

Lúcia Noblat

Joslene Barreto

Márcio Galvão de Oliveira

Pablo Moura Santos

Rosa Martins

Franciane de Souza Santos

1.1 Introdução

A discussão sobre os desafios e oportunidade da avaliação de políticas públicas vem ocupando as agendas dos governos de diferentes países, em decorrência não só das exigências das diversas agências financiadoras, mas também do imperativo de se prestar contas à sociedade no contexto democrático contemporâneo.

Assim, vem se observando na literatura muitos estudos sobre avaliação; todavia, embora o termo avaliação seja utilizado quase sempre com o mesmo significado: determinar valor a alguma coisa,

a variação e as imprecisões do conceito decorrem do fato de que esse termo, para ganhar inteligibilidade, necessita estar acompanhado de outros termos que informem o objeto e o sujeito da avaliação, além dos seus propósitos, objetivos e modos de proceder. Essas controvérsias observadas situam-se no plano das práticas, de como a avaliação deve ser conduzida ou, mais precisamente, na seleção do foco, dos métodos e do grau de objetividade e de sistematização utilizados para se avaliar (GUIMARÃES et al., 2004). Além disso, vem sendo também observado na literatura que o conceito de avaliação é um conceito em evolução, que muda de acordo com o contexto, incorporando as concepções anteriores e acrescentando novas perspectivas, tornando a avaliação, através do tempo, mais complexa em informações e mais sofisticada em termos de seus propósitos (PASTANA, 2002). Segundo Contandriopoulos e colaboradores (1997), seria uma vaidade propor uma definição universal e absoluta de avaliação, pois há, na trajetória histórica do conhecimento sobre a avaliação, a existência de quatro estágios (GUBA; LINCON, 1990 apud CONTANDRIOPOULOS, 1997). O primeiro baseia-se na medida (resultados escolares, produtividade do trabalhador etc.); o segundo - que prevaleceu durante as décadas de 1920 e 1930 - identifica e descreve como os programas atingiram seus resultados; o terceiro fundamenta-se no julgamento de uma intervenção; e o quarto estágio - o qual emerge na década de 1990 - é visto como processo de negociação entre atores envolvidos com a intervenção a ser avaliada.

No campo da saúde, Novaes (2000) também afirma que as avaliações se constituem em uma área ainda em construção conceitual e metodológica, a qual se encontra na literatura de forma muito diversificada. Destaca-se aqui a discussão sobre dois tipos de avaliação para os quais a autora chama atenção: a avaliação da gestão, que tem como objetivo a produção de informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado, e a avaliação de programas de saúde. Neste segundo tipo de avaliação, Novaes apresenta questões orientadoras importantes para a discussão aqui proposta. Assume a ideia de que programas são processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados, e, ao recorrer a autores

como Donabedian (1988), Goodman (1992) e Rivera (1996), ressalta que a avaliação de programas apresenta, de um lado, interfaces com a avaliação tecnológica e a avaliação de qualidade, e, de outro lado, com a ciência social e política e o planejamento, pois objetivos programáticos realizam-se por sistemas, serviços e procedimentos concretos. Ao mesmo tempo, fazem parte da conjuntura política, econômica e social mais ampla, as quais não são passíveis de abordagens racionalizadoras relativamente circunscritas, como são as avaliações (NOVAES, 2000).

Por outro lado, a discussão sobre a avaliação da implementação de programas e políticas públicas tem sido muito profícua devido à pertinência dos seus propósitos. Desde a década de 1980, Figueiredo e Figueiredo (1986) já chamavam atenção para a importância desta linha de avaliação:

[...] é impossível antever todos os tipos de entraves, problemas e conflitos possíveis durante a realização de um programa. [...] Se a avaliação processual não objetiva medir o tamanho ou a natureza do impacto do programa ela, entretanto, quando feita ao longo da implementação, representa a possibilidade de monitoração dos processos diretamente responsáveis pela produção do efeito esperado. Isto é, ela permite controlar com a devida antecipação o tamanho e a qualidade do efeito desejado.

Nessa perspectiva, é possível admitir que a avaliação de processo tenha se mostrado adequada na contemporaneidade, nesse quarto estágio do processo evolutivo do conhecimento sobre avaliação, por ser capaz de identificar as questões que precisam ser aprimoradas, as que precisam ser mantidas e as que precisam ser priorizadas na gestão, para o alcance da imagem-objetivo, e, ainda, ser capaz de, segundo Draibe (2001), detectar fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem que os resultados esperados sejam atingidos da melhor forma possível.

[...] Objetivos mais imediatos podem ainda impor-se à avaliação, tais como os de detectar dificuldades e obstáculos e produzir recomendações – que possibilitem, por exemplo,

corrigir os rumos do programa ou que disseminem lições e aprendizagens. São objetivos dessa natureza que fazem da pesquisa de avaliação de políticas públicas uma pesquisa interessada ou, como se diz no jargão da área, policy oriented, já que também busca detectar obstáculos e propor medidas de correção e alteração de programas, visando a melhoria da qualidade do seu processo de implementação e do desempenho da política. (DRAIBE, 2001, p. 4).

De todo modo, é importante a reflexão sobre a concepção estreita que a avaliação tomou no contexto da reforma do Estado e dos princípios do novo gerencialismo público, como alerta Faria (2005). Para esse autor,

[...] a percepção da vasta diversidade e da intensidade dos fatores que obstaculizam uma plena ou mesmo frequente utilização da avaliação para o seu propósito original (melhorar a qualidade das decisões e garantir a maximização da consecução dos objetivos definidos pelas políticas e programas) produziu reações muito diferenciadas. (FARIA, 2005, p. 102).

Esse autor lembra que são muitos os fatores que interferem na utilização dos resultados da avaliação, como a existência de crenças e interesses conflitantes na organização que gerencia o programa, a descontinuidade e novas prioridades do pessoal encarregado, além das eventuais inflexibilidades das regras e padrões operacionais das organizações e, sobretudo, de mudanças externas, a exemplo dos cortes orçamentários e alterações no ambiente político, que podem impossibilitar a implementação das mudanças sugeridas pela avaliação (FARIA, 2005).

Assim, a discussão sobre a avaliação como instrumento de gestão surge com força nessas últimas décadas e, no caso da assistência farmacêutica, tem sido vista como fundamental para o desenvolvimento desse campo no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Por essa razão, os autores deste trabalho, integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia (NEPAF/

UFBA), ao assumirem a importância dessa discussão para a área da assistência farmacêutica, tomam de empréstimo o modelo de avaliação da capacidade de gestão das organizações sociais, construído pelo grupo de pesquisa Descentralização e Gestão de Políticas Públicas da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia¹ (GUIMARÃES et al., 2004; SANTOS et al., 2006) e constroem um protocolo de indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica básica no âmbito municipal. Descrever o processo de construção deste protocolo, com base nos pressupostos do modelo de avaliação da gestão adaptado pelo NEPAF/UFBA, seus fundamentos e premissas, bem como os procedimentos utilizados para sua validação, é o objetivo central deste capítulo.

1.2 Os pressupostos do modelo de avaliação da capacidade de gestão: bases conceituais e metodológicas

Os modelos de avaliação da gestão de serviços de saúde, principalmente em decorrência das inovações que vêm sendo introduzidas nas modalidades de gestão dos serviços públicos, tomou fôlego com o Plano de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro em 1998, inspirado pelo Novo Gerencialismo Público, com a consolidação das parcerias público-privadas, das organizações sociais e, mais recentemente, com a criação de fundações estatais, consideradas modelo administrativo inovador de gestão compartilhada e interfederada do SUS, voltadas a expandir e qualificar a gestão da saúde.

Esses novos modelos de gestão, no contexto de consolidação democrática brasileiro, têm fomentado a discussão sobre o caráter

¹ Participaram desta pesquisa, conduzida pelo Grupo de Pesquisa Descentralização e Gestão de Políticas Públicas, sítio no Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, os seguintes pesquisadores: Maria do Carmo Lessa Guimarães (coordenadora), Sandra Maria Chaves dos Santos, Cristina Maria Meira Melo e Alvinho Sanches Filho. Esta pesquisa contou com a parceria da Secretaria Estadual de Administração do Estado da Bahia, inclusive financeira, e foi realizada durante os anos de 2002-2004.

complexo e multideterminado da gestão, o qual requer o uso de instrumentos que valorizem o diálogo, a flexibilidade, a participação, a autonomia e a construção da governabilidade, ou seja, modelos metodológicos de avaliação orientados pelos princípios democráticos em que se pautam as organizações contemporâneas, em especial o SUS.

Chamam atenção as mudanças introduzidas no âmbito da gestão pública observadas a partir do final dos anos 1980 e que repercutem na gestão dos serviços de saúde e impactam inclusive em sua avaliação. Com base nesse contexto, o Grupo de Pesquisa “Descentralização e Gestão de Políticas Públicas”, da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, para avaliar a gestão de organizações sociais como gestoras de serviços de saúde, propõe um modelo metodológico que toma como ponto de partida a discussão levantada por Carlos Matus (1993) sobre Governo, assumindo uma convergência conceitual entre o conceito de “gestão” e o de “capacidade de governo”, representada pelo Triângulo de Governo de Matus (1993), aferida com base em três dimensões, interdependentes entre si. Segundo Guimarães et al., 2004, p. 1646,

[...] este modelo triangular de governo privilegia tanto categorias normativas (existência de projetos) e categorias administrativas (capacidade técnica), como categorias políticas (governabilidade do sistema).

Nessa perspectiva, e pautados no contexto de mudanças no campo da gestão pública, em decorrência dos princípios organizacionais defendidos pelo movimento gerencialista, Guimarães et al., 2004, p. 1646 definem gestão “[...] como um processo técnico, político e social para produzir resultados [...]”, e a capacidade de gestão “[...] como sendo a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão” (GUIMARÃES et al., 2004, p. 1646). Isso porque, do ponto de vista dos autores, não se pretende avaliar qualquer gestão, ou seja, trata-se de um modelo comprometido e contextualizado, e, nesse caso, há

uma imagem-objetivo de gestão, na qual ele se pauta, que é orientada por princípios, tais como:

[...] decisões mais compartilhadas, trabalhadores mais comprometidos com a organização e usuários satisfeitos com o atendimento de suas necessidades, contemplando ainda maior autonomia decisória em todos os níveis, menores entraves burocráticos e distanciamentos hierárquicos. Esse conjunto de valores deveria, no modelo, somar maior legitimidade aos gestores e confiabilidade à organização. (SANTOS et al., 2006, p. 113).

A partir desse entendimento, os autores do modelo defendem que a capacidade de gestão se revela através de três dimensões interdependentes: organizacional, operacional e de sustentabilidade. A dimensão **organizacional** revela aspectos relacionados à capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente; a **operacional** revela a capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais; e a da **sustentabilidade** revela a capacidade de sustentar os resultados de gestão, contemplando aspectos relacionados à institucionalização de mecanismos e estratégias que ampliem e/ou consolidem apoios e alianças capazes de favorecer a sustentabilidade das decisões e dos resultados pretendidos pela gestão (GUIMARÃES et al., 2004).

Esse modelo contemplou, além dos conceitos-guias, um Protocolo de Indicadores e um Plano de Análise para aferir a capacidade de gestão da organização ou do setor a serem avaliados. No que diz respeito aos indicadores, Guimarães et al., 2004, autores do modelo, chamam atenção para seus limites e alcances, pois defendem que a construção de indicadores deve ser vista como um exercício permanente, contínuo, o que significa tratar-se de um processo marcado por revisões e ajustes, contextualizados e constantes, sobre a real capacidade de tais indicadores de aferir aquilo a que se propõem. Assim, no artigo em que os autores analisam os passos metodológicos observados para a construção do modelo, ressaltam que todo Protocolo de Indicadores não deve ser visto como um produto universal e acabado; ao contrário,

deve ser sempre submetido a críticas que possibilitem ajustes e adaptações contextualizados, principalmente no que diz respeito à parametrização (pesos e medidas) atribuída aos diversos indicadores propostos (SANTOS et al., 2006).

Esse modelo contempla, ainda, uma classificação dos tipos de indicadores e uma ponderação sobre o valor de cada um deles. Essa classificação e ponderação possibilitou a adoção de uma escala numérica com quatro pontos de corte (25%, 50%, 75% e 100%), que representam o percentual de respostas esperadas (SANTOS et al., 2006). Argumentam os autores do modelo:

[...] critérios e valores atuam no quadro da avaliação como os fundamentos que orientam todas as análises, o que permite dar sentido a um conjunto de dados e informações que, sem esse referencial, não ultrapassariam a condição de apenas descrever a situação avaliada. (SANTOS et al., 2006, p. 119).

Nessa perspectiva, e assumindo as premissas do modelo original construído por Guimarães et al., 2004, o NEPAF/UFBA (2007) promoveu as adaptações necessárias e pertinentes para avaliar a gestão da assistência farmacêutica, através do projeto de pesquisa “Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica na atenção básica: um estudo em municípios do Estado da Bahia”, financiado pela Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB (NEPAF/UFBA, 2007). Essas adaptações foram realizadas a partir de um percurso metodológico que contemplou: (i) a construção de um Protocolo de Indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica na atenção básica; (ii) a adaptação do plano de análise para leitura e apresentação dos indicadores; e (iii) realização de dois estudos-piloto para sua validação, além de estratégias de capacitação em avaliação dos atores envolvidos com a gestão da assistência farmacêutica. Consolidou-se, nesse percurso, a importância de os modelos de avaliação se pautarem num desenho metodológico cujo “caminho de ida” seja guiado pelos objetivos e premissas perseguidos pela avaliação, e o “caminho de volta” represente os resultados contextualizados obtidos a partir da leitura dos indicadores espelhada nos objetivos pretendidos; ou seja, é um

ciclo lógico que se sustenta nas premissas e se legitima nas respostas obtidas a partir da análise dos resultados alcançados naquele momento. Foram definidos como referência para a pesquisa os anos de 2005 e 2006, por ser este o período de uma nova gestão política administrativa municipal. O percurso empreendido pelo NEPAF/UFBA será apresentado na seção seguinte.

1.3 Percurso metodológico

A adequação do modelo de avaliação da capacidade de gestão de Organizações Sociais (GUIMARÃES et al., 2004) para avaliação da gestão da assistência farmacêutica na atenção básica foi realizada em três etapas: (i) formulação, ou o “caminho de ida”, contemplando a definição e convenção de conceitos-guias e elaboração do Protocolo de Indicadores e do Plano de Análise dos resultados; (ii) operacionalização (aplicação do Protocolo de Indicadores em municípios-piloto); e (iii) a etapa síntese, ou “caminho de volta”, envolvendo a validação do Protocolo de Indicadores, a apresentação dos resultados para os municípios-piloto, a divulgação para a comunidade acadêmica do treinamento de profissionais farmacêuticos para utilização e aperfeiçoamento do modelo em suas realidades específicas. Todas as atividades foram realizadas com a participação dos pesquisadores integrantes do NEPAF/UFBA.

As atividades e os produtos de cada etapa estão descritos no Quadro 1.1.

Quadro 1.1 – Etapas e suas respectivas atividades e produtos do percurso metodológico

Etapas	Atividades/Produtos
Formulação	<p>Conceitos-guias – Assistência Farmacêutica e de Gestão da Assistência Farmacêutica</p> <p>Protocolo de Indicadores, suas fórmulas de cálculo, parâmetros a serem utilizados para julgamento dos valores obtidos, indicação dos meios de verificação, ou seja, fontes, instrumentos e estratégias para coleta de dados.</p> <p>Plano de análise dos resultados</p> <p>Para a análise dos resultados, foram realizadas as seguintes atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) levantamento bibliográfico e pesquisa documental a fim de selecionar e/ou construir conceitos pertinentes ao objeto da pesquisa (assistência farmacêutica, gestão de serviços, descentralização, avaliação de políticas de saúde); 2) seminários para discussão de artigos selecionados sobre avaliação de políticas e de programas de saúde e sobre a gestão da assistência farmacêutica; 3) estudos e discussões sistemáticas com os integrantes do grupo de pesquisa sobre o Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia (PIAFB), primeiro programa do governo federal voltado para a melhoria do acesso aos medicamentos básicos; 4) oficinas de trabalho com a participação de um consultor convidado, com experiência em construção de modelos de avaliação de políticas e programas governamentais, de pesquisadores e estudantes envolvidos com o projeto, para discussão dos aspectos teóricos conceituais da gestão da assistência farmacêutica e construção dos conceitos-guias do modelo.
Operacionalização	<p>Estudo-piloto para a avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica, o qual envolveu as atividades descritas a seguir.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Seleção do universo de pesquisa - definiu-se como universo da pesquisa dois municípios do estado da Bahia, e utilizou-se como critério de escolha o fato de deterem condições diferenciadas de infraestrutura, material, humana e financeira, as quais são recomendadas para estudos-piloto, por possibilitar a verificação do rol dos indicadores sugeridos.

- Definiu-se como unidades de observação todas as unidades básicas da rede municipal do SUS dos municípios selecionados.
- 2) Seleção dos informantes - atores que, devido a sua posição institucional ou experiência atual ou prévia, qualificaram-se como informantes-chave sobre o programa e sua gestão, entre eles: (i) no âmbito municipal: gestor máximo da saúde do município, gerentes das unidades básicas, gerentes da AF e farmacêuticos da rede que atuam nas farmácias das unidades; (ii) no âmbito estadual: gestor máximo da saúde do estado; superintendentes de áreas técnicas e gerentes e coordenadores do Programa de Assistência Farmacêutica; e (iii) no âmbito federal: coordenadores da área da assistência farmacêutica e outros que foram identificados no momento da pesquisa de campo. Para o segmento dos usuários, foi utilizada a estratégia do “dia típico”, sem aviso ou comunicado prévio, com o objetivo de não criar situações de excepcionalidade para a pesquisa como forma de observar situações cotidianas dos serviços (RAMOS, 2002). A amostra de usuários foi construída aleatoriamente e foram aplicados os questionários com os pacientes presentes nas unidades de saúde durante os dias em que se realizou o trabalho de campo, e sua aplicação foi interrompida quando se percebeu que os dados começaram a se repetir, utilizando-se o princípio de saturação, de acordo com Polit e Hungler (1999).
- O total de informantes, por categoria, nos dois municípios-pilotos, foi: 2 secretários municipais de Saúde, 2 coordenadores municipais da Assistência Farmacêutica, 12 gerentes de Unidades Básicas de Saúde (Postos e Centros de Saúde), 9 farmacêuticos, 38 médicos prescritores, 9 coordenadores de programas de saúde e 191 usuários. O estudo-piloto contou com um total de 263 informantes.
- 3) Elaboração dos instrumentos para coleta de dados (cinco tipos de questionários, um formulário – *check list*, aplicado por pesquisadores no dia da visita à unidade de saúde, para a avaliação das condições e logísticas das unidades básicas que dispensam medicamentos e para contagem física de medicamentos essenciais em estoque. Esse formulário foi baseado nos parâmetros utilizados na literatura especializada e em documentos oficiais examinados, os quais utilizam três tipos de gradação em relação aos itens que devem ser observados: importância, necessidade e indispensabilidade. Nos dois municípios foram utilizados apenas os itens considerados indispensáveis, o que significou que nenhum

	<p>daqueles elencados poderia estar ausente. Foram os seguintes os itens observados: Piso adequado (fácil de limpeza e resistente); estado de conservação do piso adequado (sem buracos ou rachaduras); estado de conservação das paredes (limpas e bem conservadas, sem rachaduras e pinturas descascadas); teto em boas condições (isento de gretas, goteiras, pintura descascada); instalações elétricas em bom estado de conservação, segurança e uso; temperatura condizente com armazenagem de termolábeis; medicamentos armazenados isolados do piso e afastados das paredes; identificação dos medicamentos (rótulos e/ou etiquetas) completa e devidamente aderida; Disposição racional dos medicamentos, com o intuito de preservar-lhes a identidade e integridade.</p> <p>4) Coleta de dados nos municípios-piloto.</p>
<p>Síntese</p>	<p>Oficina para validação do Protocolo de Indicadores</p> <p>O Protocolo de Indicadores e o Plano de Análise foram validados por representantes de órgãos do SUS e de instituições de pesquisa com experiência no campo da gestão e avaliação de serviços de saúde e por especialistas na área farmacêutica. Participaram da oficina de validação os seguintes consultores externos: coordenador nacional da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde; diretor adjunto da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); coordenadora da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; gerente da Assistência Farmacêutica do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde do estado de Santa Catarina; e o gerente da Unidade de Medicamento e Tecnologia da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no Brasil. O protocolo foi também validado por um consultor interno, especialista em avaliação, e por um farmacêutico convidado, com experiência em gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador/BA.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apresentação dos resultados da avaliação nos municípios-piloto 2) Capacitação dos profissionais envolvidos em avaliação: <ol style="list-style-type: none"> 2.1) Curso de atualização, oferecido aos farmacêuticos da rede pública de saúde dos municípios selecionados e de outros farmacêuticos da rede pública de saúde interessados, sobre modelos teóricos de avaliação e sobre avaliação da gestão da assistência farmacêutica, tomando como ponto de partida a construção do Protocolo de Indicadores.

	<p>2.2) Construção e divulgação do <i>guia do avaliador</i>, disponibilizado aos farmacêuticos da rede do SUS que participaram do treinamento, contendo todos os passos adotados para se proceder a avaliação da gestão da AF e como fazer a leitura dos resultados dos indicadores propostos.</p> <p>3) Seminário, realizado ao final do projeto, com participação ampla de professores, estudantes e profissionais farmacêuticos convidados para a discussão sobre os fatores que interferem no desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica no contexto da municipalização da saúde no estado da Bahia.</p> <p>4) Apresentação dos resultados da pesquisa em congressos.</p>
--	--

1.4 Avaliando a gestão da assistência farmacêutica: o que avaliar e como avaliar

1.4.1 Convenção dos conceitos-guias

A convenção de conceitos-guias foi o primeiro passo na etapa da **formulação**, ou seja, definir, de forma pactuada entre os integrantes do grupo, as concepções de assistência farmacêutica e da gestão da assistência farmacêutica que deveriam dar sustentação à proposta de avaliação. Esses conceitos-guias assumem um caráter operacional: revelar a imagem-objetivo a ser perseguida, o ponto de chegada que se pretende alcançar num determinado tempo e espaço. A constatação de que prevalece na literatura uma concepção de assistência farmacêutica centrada no ciclo logístico envolvendo atividades de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos levou o grupo a ampliar tal concepção, de modo a ultrapassar essa perspectiva operativa. Nessa direção foram definidos os seguintes conceitos-guias:

Assistência farmacêutica básica: conjunto de práticas que envolve atividades de regulação, aquisição, planejamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais na rede de atenção básica de saúde pública, garantindo o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, de forma descentralizada e compartilhada.

Gestão da assistência farmacêutica na atenção básica da saúde: descrita como sendo a capacidade de formular, articular e criar condições de implementação e sustentabilidade da assistência farmacêutica básica de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal.

Ao contextualizar a gestão da assistência farmacêutica que se pretende avaliar, fica claro que o objetivo não é avaliar uma gestão qualquer, mas uma gestão baseada nos princípios orientadores do SUS, tais como *descentralização, participação, autonomia e transparência*. Chama-se atenção também para o fato de que tanto para a imagem-objetivo de assistência farmacêutica quanto para os indicadores construídos pelo NEPAF/UFBA, levou-se em conta o contexto, o que significa dizer que não são definitivos. Com o passar dos anos, com os avanços obtidos, a imagem-objetivo certamente deverá ser reformulada, bem como os indicadores e seus respectivos parâmetros. Trata-se, portanto, de um processo contínuo e em constante aperfeiçoamento.

1.4.2 O Protocolo de Indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica

Para a construção do Protocolo de Indicadores para avaliação da gestão da assistência farmacêutica, foram observadas as três dimensões do conceito de gestão proposto no modelo de avaliação construído por Guimarães et al., 2004. Para cada dimensão foram formuladas premissas balizadoras das questões que embasam os indicadores propostos, os quais devem revelar a situação em que se encontra a gestão da assistência farmacêutica quando comparada com a imagem-objetivo perseguida. As dimensões e suas respectivas premissas foram as seguintes:

- **dimensão organizacional:** o envolvimento e a participação de diferentes atores no processo de planejamento e de decisão traduz de forma direta os princípios da autonomia e da descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal, bem como a melhor distribuição

de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores organizacionais atende ao princípio da transparência e qualifica a participação destes na gestão da assistência farmacêutica básica no âmbito municipal;

- **dimensão operacional:** a existência de condições normativas, técnicas, operacionais e estratégicas confere capacidade institucional, logística e política à gestão da assistência farmacêutica, indicando investimentos dos gestores do sistema municipal de saúde no sentido de assegurar e ampliar a capacidade de executar as ações e atividades voltadas para a garantia da assistência farmacêutica no âmbito municipal do SUS;
- **dimensão da sustentabilidade:** a existência de mecanismos de gestão com potencial para dar sustentabilidade às ações da assistência farmacêutica, o grau de articulação da assistência farmacêutica com outros setores da instituição, bem como a existência de canais institucionalizados para receber críticas e sugestões de usuários e a satisfação desses com as condições dos serviços oferecidos, além de farmacêuticos com treinamento na área de assistência farmacêutica, traduzem a construção de uma imagem positiva que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade da gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

O Protocolo de Indicadores contemplou 49 indicadores, distribuídos nas três dimensões da gestão, sendo 16 na organizacional, 20 operacional e 13 na sustentabilidade.

Observa-se, no entanto, que os indicadores detêm natureza distinta, uma vez que mensuram fenômenos diversos e, por essa razão, também detêm poder de definição diferenciado sobre a capacidade de gestão. Assim, os indicadores foram classificados, segundo sua natureza, em: (i) indicador de existência, (ii) de conhecimento, (iii) de participação, (iv) de autonomia e (v) de satisfação (Quadro 1.2).

Quadro 1.2 – Classificação dos indicadores para avaliar a gestão da assistência farmacêutica segundo sua natureza.

Indicadores segundo natureza	Características	Justificativa
Indicadores de participação	Conjunto de indicadores que mensuram o envolvimento de diferentes atores no processo decisório.	O envolvimento de diferentes atores no processo de decisão, bem como o grau de autonomia de atores representativos da área da assistência farmacêutica nas decisões sobre medicamentos traduz de forma direta os princípios da descentralização, da autonomia, da transparência e da flexibilidade que orientam o SUS.
Indicadores de autonomia	Conjunto de indicadores que mensuram o grau de autonomia de atores representativos da área da assistência farmacêutica no processo decisório.	
Indicadores de conhecimento	Conjunto de indicadores que mensuram a disseminação de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores.	A melhor distribuição de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores envolvidos com a assistência farmacêutica atende ao princípio da transparência e qualifica a participação destes no processo de planejamento e gestão do SUS no âmbito municipal.
Existência de condições estratégicas	Conjunto de indicadores que mensuram a existência de iniciativas ou de mecanismos voltados para a ampliação da capacidade política da instituição no sentido de elevar a visibilidade da assistência farmacêutica no âmbito municipal.	Os indicadores de existência mensuram as condições de existência normativa, técnica/gerencial e estratégica na implementação e sustentação de um modelo de gestão da assistência farmacêutica do âmbito municipal do SUS.
Existência de condições normativas	Conjunto de indicadores que mensuram a existência de cumprimento ou observância de normas e/ou orientações normativas e institucionais para a organização da assistência farmacêutica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.	Sustenta-se na premissa de que a existência de regras formais, procedimentos técnicos e mecanismos estratégicos no planejamento e na implementação

Existência de condições técnicas e operacionais	Conjunto de indicadores que mensuram a existência de mecanismos técnicos e operacionais utilizados para elevar a capacidade e resolubilidade da assistência farmacêutica oferecida nas unidades básicas de saúde da rede pública do SUS.	de ações relacionadas ao medicamento indica investimentos para garantir a sustentabilidade de um modelo diferenciado de gestão da assistência farmacêutica do âmbito municipal do SUS.
Indicadores de satisfação	Conjunto de indicadores que mensuram a satisfação referida de diferentes atores internos e externos com os aspectos estratégicos na gestão.	Maior referência de satisfação, por diferentes atores, com a qualidade dos serviços, traduz a construção de uma imagem positiva que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade da gestão da assistência farmacêutica básica no âmbito municipal.

1.4.3 Parametrização dos indicadores

Partindo da premissa central de que avaliar é atribuir valor, impõe-se a necessidade de emitir um julgamento desses dados em função de uma escala de critérios, que podem ser explícitos ou implícitos.

No caso dessa proposta, assumiu-se que a avaliação tem o sentido de produzir respostas sobre a situação da gestão da assistência farmacêutica. Assumiu-se também que todos os critérios para a avaliação seriam explícitos, inclusive como forma de garantir a replicação da metodologia e a análise comparativa dos achados no tempo e entre diferentes municípios.

Após definição dos tipos dos indicadores selecionados, procedeu-se à sua parametrização; ou seja, atribuir uma “medida” desejável como referência para análise/leitura dos resultados de cada indicador. Assim, todos os parâmetros foram definidos a partir de discussão com os diferentes atores envolvidos com a assistência farmacêutica, levando em consideração o estágio em que esta se encontra no Brasil e na Bahia, bem como a importância de cada um dos indicadores para a sua gestão. Essa estratégia se orienta na concepção de que os parâmetros devem ser contextualizados; ou

seja, devem estar sempre se reportando à realidade dos fenômenos que estão sendo avaliados.

Definiu-se uma escala de pontos para cada indicador a partir de seus parâmetros, o que permite a leitura dos resultados da avaliação propriamente dita, descrito no item sobre o Plano de Análise.

1.4.4 O Plano de Análise

Após a aplicação do Protocolo de Indicadores nos dois municípios-piloto² e de sua validação, foi realizada a definição do Plano de Análise, conforme previa o modelo de avaliação construído por Guimarães et al., 2004. Assumindo que o foco desta avaliação é a gestão como processo, admite-se que o resultado conclusivo da análise deve sinalizar para um momento específico do processo de desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica. Segundo Guimarães et al., 2004, essa metodologia adotada não avalia uma gestão como boa ou má, evitando, assim, as armadilhas de avaliações binárias que não geram perspectivas de aperfeiçoamento, seja para os “bons”, seja para os “maus”.

Da mesma forma, os autores do modelo original consideram que, tendo em vista todo o esforço que vem sendo feito para fazer avançar a gestão do SUS, qualquer metodologia de avaliação deve revelar os pontos críticos que vêm constringendo o desenvolvimento pleno dos seus programas estratégicos. Assim, os gestores podem incorporar os resultados da avaliação como parte do planejamento de ações presentes e futuras, e não apenas julgar o que não foi feito ou o que foi feito inadequadamente no passado.

Nessa perspectiva, para a apresentação dos resultados, a proposta do NEPAF/UFBA para a avaliar a gestão da assistência farmacêutica avança em relação ao modelo de análise construído por Guimarães et al., 2004. Assim, no primeiro momento da análise dos resultados, manteve-se a escala numérica, com os respectivos pontos de corte, 25%, 50%, 75%

² A análise dos resultados encontrados no estudo-piloto, identificando seus fatores intervenientes, está publicada no artigo de autoria de Barreto e Guimarães (2010) como um produto de uma pesquisa intensiva, de natureza qualitativa, realizada por Joslene Barreto em seu trabalho de dissertação de mestrado profissional em Administração pela UFBA.

e 100%, os quais representam os percentuais de respostas esperadas. Em seguida, para apresentação dos resultados ao público-alvo, essa escala é transformada numa escala de cores, de forma que a coloração verde representa uma situação ideal para cada um dos indicadores, tendo em vista os parâmetros atribuídos e os critérios adotados a partir das respostas obtidas no levantamento dos dados. O anverso dessa situação seria, em teoria, representado pela coloração vermelha, o que significaria o não alcance de uma frequência compatível com a escala adotada para os indicadores considerados. Essa decisão se espelhou no modelo da sinalização utilizada no trânsito, incluindo a cor roxa (como intermediária entre o amarelo e o vermelho), significando uma situação de alerta, e com a intenção de remeter à ideia de transitoriedade das cores, uma vez que, no semáforo, as cores mudam constantemente a depender das circunstâncias. Com isso, buscou-se minimizar a lógica quantitativa de percentual, ou pontos de acertos e erros, prevista pelo modelo original, com a intenção de não fortalecer uma lógica punitiva ou recriminatória.

Os pontos de corte previstos por Guimarães et al., 2004 indicam os resultados que foram obtidos através da frequência de determinadas respostas entre um conjunto de atores. Para definição desses pontos de corte, foram observadas as seguintes orientações:

- 1) para os indicadores que contemplam resultados dicotômicos (sim e não), o parâmetro desejável corresponde a: i) resposta positiva, representada pela cor verde, significa que devem ser feitos esforços, a fim de manter tais resultados; ii) resposta negativa sinaliza uma condição de alerta; e iii) a cor vermelha representa esse resultado;
- 2) para os indicadores que expressam fenômenos mais relevantes para a gestão da assistência farmacêutica, e para os quais a melhor condição possível é teoricamente viável, o ponto de corte proposto é 100%. A cor adotada para esses indicadores é verde e, abaixo desse percentual, vermelha;
- 3) para outros indicadores, arbitrou-se, no estágio em que se encontra a implantação da assistência farmacêutica nos municípios estudados, pela divisão das frequências totais em até 25%, 50% e 75% de respostas positivas, o que significa

aceitar que, em alguns casos, um percentual de respostas menor que 100% seja também relevante, sendo nessa situação que as nuances das colorações serão observadas:

- **vermelho:** urgente – sinaliza os indicadores que precisam ser priorizados, os quais representam frequências positivas entre 0 a 25%;
- **roxo:** alerta – evidencia os indicadores que precisam melhorar, visto que obtiveram frequências positivas entre 26% a 50%;
- **amarelo:** cuidado – sinaliza os indicadores que apresentaram avanços, porém precisam ser aperfeiçoados; ocorre em frequências positivas entre 51% a 75%;
- **verde:** manter/avançar – representa os indicadores que estão de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir; aparece quando as frequências positivas estão entre 76% a 100%.

Para reconhecer os pontos críticos e também os pontos altos da gestão da assistência farmacêutica retoma-se o Protocolo de Indicadores e faz-se a leitura crítica dos resultados obtidos através dos indicadores nas três dimensões da gestão.

Esta potencialidade do modelo lhe confere a condição de ferramenta de gestão importante para avaliar e acompanhar os constrangimentos e oportunidades na condução da assistência farmacêutica básica no âmbito municipal e suas interfaces com as instâncias estadual e federal do SUS.

Dessa forma, pressupõe-se que a avaliação proposta não se encerra em si mesma, ao contrário, subsidia o planejamento do presente na direção da conquista de um desenvolvimento pleno da capacidade de gestão da assistência farmacêutica na atenção básica da rede SUS.

1.4.5 Disseminando os resultados da avaliação

Assume-se que metodologias de avaliação devem ser sempre resultados de construções coletivas. Nesse sentido, as ações realizadas no percurso metodológico para a construção do Protocolo

de Indicadores tiveram efetivamente um caráter estratégico para a consecução dos objetivos pretendidos. Além disso, os treinamentos e cursos de capacitações oferecidos para os técnicos das instituições prestadoras de serviços de saúde em avaliação de gestão da assistência farmacêutica, bem como os seminários realizados nos municípios para divulgação dos resultados da aplicação do protocolo, pautaram-se na premissa de que toda a trajetória metodológica se constituiu em um processo pedagógico para capacitação e atualização de todos os envolvidos. Essa opção estratégica, além de representar uma escolha de princípio, também se pautou no reconhecimento de que o escopo teórico e procedimental que dá materialidade à assistência farmacêutica como campo de conhecimento ainda se encontra em construção.

Por fim, vale ressaltar que a não existência de indicadores e de parâmetros antes testados, quando foi realizada esta pesquisa, se apresentou como dificuldade para o desenho de propostas de avaliação da gestão da assistência farmacêutica; contudo, essa situação ressaltou um possível caráter pioneiro do trabalho aqui apresentado e colocou em relevo o papel importante dos estudos-piloto realizados.

1.5 Considerações finais

O modelo de avaliação da gestão descentralizada da gestão da assistência farmacêutica básica, com ênfase no Protocolo de Indicadores e seus desdobramentos proposto pelo NEPAF/UFBA, adaptado do modelo de avaliação da capacidade de gestão das organizações sociais construído por Guimarães et al., 2004, se revelou consistente, uma vez que possibilitou:

- identificar os constrangimentos à gestão, internos ou externos ao nível local do sistema;
- promover discussões internas com a equipe sobre os determinantes e os condicionantes do comportamento de determinadas variáveis;

- definir e articular estratégias para superação dos constrangimentos identificados e/ou para manutenção das condições favoráveis, em curto, médio e longo prazos.

Essa potencialidade do modelo lhe confere a condição de ferramenta de gestão importante para avaliar e acompanhar os constrangimentos e oportunidades na condução da assistência farmacêutica básica no âmbito municipal e suas interfaces com as instâncias estadual e federal do SUS, além de subsidiar o planejamento do presente na direção da conquista de um desenvolvimento pleno da capacidade de gestão da assistência farmacêutica na atenção básica da rede SUS.

O reconhecimento dos pontos críticos e dos pontos altos da gestão da assistência farmacêutica se faz a partir da leitura crítica dos resultados obtidos através dos indicadores. Assim, esse modelo revela os pontos críticos que produzem constrangimentos à adequada gestão da assistência farmacêutica, não tendo, portanto, o intuito de julgar o que não foi feito ou o que foi feito inadequadamente no passado.

Vale registrar que a leitura geral dos resultados, com uma pontuação global dos indicadores, não se mostrou útil, uma vez que não é objetivo do referido modelo classificar o município em relação ao desempenho geral da assistência farmacêutica, mas identificar os aspectos que devem ser objeto de priorização na gestão da assistência farmacêutica, possibilitando correções de rumos e a minimização de obstáculos, além de divulgação de lições e aprendizagens.

Diante disso, comparar os pontos contabilizados entre diferentes municípios perde o significado, uma vez que o foco na leitura dos resultados passa a ser os aspectos revelados pelos indicadores individualmente e que alcançaram a pontuação total, intermediária ou nula. A estratégia de escala de cores para ser utilizada na apresentação dos resultados se mostra útil também na leitura desses resultados.

Observa-se, contudo, a necessidade de aperfeiçoamento desse modelo de avaliação, visando avançar para gradações de cores que possibilitem identificar as diferenças entre os indicadores nos limites de cada ponto de corte. Isso porque, para a gestão, faz diferença saber se o indicador que se encontra no campo da coloração verde refere-

se a 100% da pontuação prevista ou a 75%. Há, na apresentação, portanto, um intervalo que obriga o retorno à pontuação quantitativa, pois a coloração congela um intervalo de 25% em cada ponto de corte, representado por uma cor.

De outra forma, é importante ressaltar que, embora a análise global dos indicadores não revele os problemas que mais interferem na gestão, nenhum indicador sozinho também tem significado expressivo para a análise da gestão. É necessário estabelecer um diálogo entre os indicadores para se obter uma informação mais consistente sobre os problemas enfrentados pela gestão, identificando aqueles que precisam de intervenção imediata ou mediata, ou seja, inter-relacioná-los, evidenciando uma rede de causalidade que facilite a definição de prioridades a serem assumidas pelo gestor. Assim, a leitura dos resultados ganha significado com a análise qualitativa dos indicadores, considerando o resultado individual e a inter-relação desses indicadores, tendo como base as premissas que nortearam cada indicador e suas respectivas dimensões.

Ressalta-se ainda que o maior desafio desse modelo está na necessidade de associar a avaliação dos resultados da gestão com os resultados finalísticos da assistência farmacêutica no Sistema de Saúde. Tal empreendimento requer a construção de um modelo ampliado de avaliação da gestão, envolvendo os efeitos e impactos da gestão da assistência farmacêutica no sistema de saúde baseado nos princípios da autonomia, da descentralização, da transparência e da participação. Por fim, é importante ressaltar que a proposta desse modelo metodológico não é uma fórmula pronta, é uma metodologia em construção dentro de um determinado contexto social, político e técnico.

REFERÊNCIAS

- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-49.
- DONABEDIAN, A. The assessment of technology and quality. *Int J Technol Assess Health Care*, v. 4, n. 4, p. 487-496, 1988.

- DRAIBE, S. Avaliação de Programas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas sociais*. São Paulo: IEE/PUC, 2001. p. 165-181.
- FARIA, C. A. P. A política da Avaliação de Políticas Públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 98-110, out. 2005.
- FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. In: *Textos IDESP*, n. 15, 1986. Mimeografado.
- GOODMAN; C. It's time to rethink health care technology assessment. *Int. J. Technol Assess Health Care*, v. 8, p. 335-358, 1992.
- GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. Can there be a Human Science?; constructivism as an alternative. *Person Centred Review*, v. 5, n. 2, p. 130-154, 1990.
- GUIMARÃES, M. C. L.; SANTOS, S. M. C.; MELO, C.; SANCHES FILHO, A. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 109-118, nov./dez. 2004.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: IPEA, 1993.
- NEPAF/UFBA. *Resumo executivo do projeto*: indicadores para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica na atenção básica: um modelo em construção, Salvador, Grupo de pesquisa Gestão da Assistência Farmacêutica (UFBA/CNPq), set. 2007. Mimeografado.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.
- PASTANA, C. F. *Práticas de Avaliação na gestão descentralizada de saúde: a experiência de Vitória da Conquista 1998-2001*. 154 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.
- POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. *Nursing Research: Principles and Methods*. 6th edn. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1999.
- RIVERA, F. J. U. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. *Cad. Fundap*, São Paulo, v. 19, p. 25-46, 1996.
- SANTOS, S. M. C.; GUIMARÃES, M. C. L.; MELO, C. M. M.; SANCHES FILHO, A. Subsídios para avaliação da gestão pública: processo de construção de indicadores para avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais. *Revista O&S*, v. 13, n. 37, p. 109-124, abr./jun. 2006.

GESTÃO EM SAÚDE E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Marina Raijche Mattozo Rover
Silvana Nair Leite

2.1 Gestão em saúde – histórico e conceitos

Desde os primórdios da Administração Clássica, Taylor e Fayol, considerados pais da “gerência científica”, conceituam gerência como o ato de planejar, coordenar, controlar, avaliar e organizar (TAYLOR, 1980; FAYOL, 1989). Essas são, até os dias atuais, as ações lembradas com mais frequência quando se pensa em sinônimos de gestão, de gerência.

Segundo Campos (1992a), a criação de serviços públicos de atenção à saúde obrigou o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre gestão nessa área. É dessa época a adaptação de noções da Teoria Geral da Administração à área da saúde (1991). Esse autor refere que uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos dirigentes do sistema público de saúde é fornecer os serviços públicos realmente em prol do bem-estar coletivo, utilizando, em cada circunstância, os recursos disponíveis da maneira mais produtiva possível. Ainda de acordo com esse autor, no Brasil, com a ampliação das funções assistenciais do Estado, infelizmente conservou-se a estrutura

rígida, centralizada e permeável ao clientelismo, além de servidores alienados de suas obrigações.

Especificamente na área da saúde, 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 a própria sobrevivência do Sistema e a realização de seus trabalhadores (CAMPOS, 1998). A Teoria Geral da Administração, o taylorismo em particular, coloca a tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio, delegando a padrões, normas e programas a função de operar o trabalho cotidiano daqueles encarregados de executar ações. Algumas escolas apostaram mais em controles disciplinares para realizar este intento, outras, entretanto, mais modernas e com pensamento mais estratégico, inventaram modos para modificar a subjetividade dos sujeitos. Porém, nenhuma dessas correntes investiu na produção de sujeitos dotados, ao mesmo tempo, de autonomia e de capacidade para contratar compromissos com outros (TAYLOR, 1980; FAYOL, 1989; MOTTA, 1987; CAMPOS, 1992b).

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

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 essas temáticas no Brasil. Segundo os autores, o final da década de 1980 foi marcado pela elaboração e implementação de propostas de reforma nessas áreas. O enfrentamento dos desafios da prática foi evidenciado por docentes e pesquisadores que passaram a atuar junto às secretarias de saúde. Tais desafios estimularam a reflexão acerca das questões relacionadas com a mudança das práticas político-gerenciais na esfera pública a partir dos anos 1990. 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 e a gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (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 a respeito da discussão sobre gestão é o fato de seu entendimento e suas concepções estarem balizados a partir das funções exercidas ou a serem executadas no âmbito formal das organizações (MINAYO, 2004).

Schraiber et al., 1999 defendem isso 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 o entendimento de desafios práticos e de possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos, uma vez que ele se defronta com uma prática de grande complexidade, já que a gestão em saúde deve estar orientada pelos mesmos princípios constitucionais do SUS.

No Brasil, no campo da saúde, a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/1996) faz uma distinção entre gerência e gestão que ficou muito fortemente impregnada no vocabulário dos profissionais de saúde, “gerência” é conceituada como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, 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, podemos claramente perceber que as ações e as responsabilidades entre os profissionais de saúde que atuam em diversos serviços e funções não são tão distintas.

Junquillo (2001), com o intuito de problematizar as abordagens sobre gestão e ação gerencial de uso mais corrente na literatura organizacional, enfocando suas limitações ao não abranger contextos macrossociais e suas articulações com os cenários

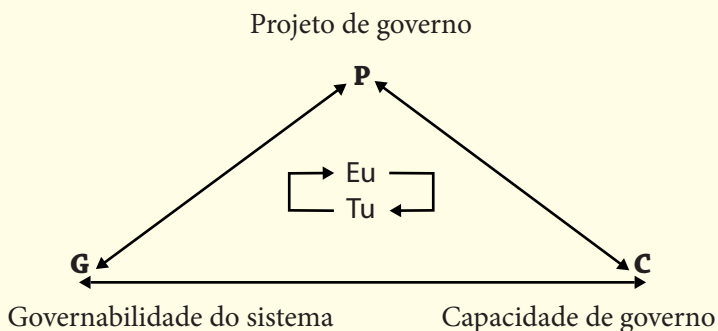
microsociais das organizações, traz como alternativa o conceito apresentado por Reed (1989) de gestão como “prática social” capaz de integrar questões éticas e políticas às quais as organizações e os seus gestores são submetidos no dia a dia. Dessa forma, define gestão como “[...] uma configuração frouxamente integrada de práticas sociais dirigidas à junção e controle sobre diversos recursos e atividades requeridos à produção” (REED, 1989). 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. Eles afirmam que não se deve tomar a gestão como um simples instrumento para a busca de compromissos comuns e de alcance de produtividade organizacional; ou seja, não se deve reduzi-la a uma técnica neutra, imparcial, dotada de habilidades profissionais, pela qual se atinge a eficiência. Negligencia-se aí o seu aspecto político, ou seja, omitem-se as relações sociais a partir das quais ela emerge e é dependente.

Apesar de reconhecer que o SUS comporta dois grupos de funções gerenciais, uma desenvolvida nas unidades de produção de serviços e outra nas instâncias de comando e coordenação, Ferreira (2004) traz a dimensão política para a função gerencial ao afirmar que nas unidades de produção de serviços o gestor deve assumir a negociação como instrumento na condução do processo de trabalho visando melhoria contínua da qualidade da prestação de serviço.

Segundo Guimarães et al., 2004, a literatura traz um debate amplo e diversificado sobre o conceito de gestão, fundamentados em campos teóricos diversos e, mais recentemente, com polarização qualitativa em dois destes: o da administração e o da ciência política. Segundo os autores, no campo da administração, o conceito de gestão se aproxima da ideia de gerência, implicando uma 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”.

Carlos Matus (1993), a partir do esquema denominado Triângulo de governo, consegue agregar na discussão sobre gestão os conceitos desses dois campos teóricos. Isso porque o modelo proposto privilegia tanto categorias normativas (existência de projetos) e categorias administrativas (capacidade técnica) quanto categorias políticas (governabilidade do sistema). A capacidade de governar se confere, portanto, por meio da articulação dinâmica entre essas três dimensões:

Figura 2.1 – Triângulo de Matus (Triângulo de governo)



Fonte: Matus, 1993 apud Guimarães et al., 2004.

Vejamos o que significa cada uma dessas 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. Requer 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 (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

Guimarães et al., 2004 agregam a essa discussão aspectos relacionados ao tipo ou 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.

O conceito de capacidade de gestão, apresentado no Capítulo 1, assume a decisão como o elemento central do processo e admite-se que ele contempla três grandes dimensões, expressas na Figura 2.2:

- **organizacional** (quem e como se decide) – diz respeito aos aspectos relacionados à capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente;
- **operacional** (capacidade de executar) – refere-se à capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais;
- **sustentabilidade** (capacidade de sustentar resultados) – revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados de gestão (GUIMARÃES et al., 2004).

A gestão é, portanto, um processo técnico, porque exige capacidade analítica com base em conhecimento científico. Da mesma forma, utilizam-se técnicas e métodos de planejamento para a identificação e priorização de problemas e para definição da imagem-objetivo a ser alcançada. A gestão requer, ainda, uma análise da situação na qual 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 representado nela,

implica reconhecer os diferentes poderes da população e, assim, os diferentes graus de influência que exercem no processo decisório (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

Figura 2.2 – Dimensões da gestão



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 resultados de negociações entre diferentes alternativas e prioridades e, nesse sentido, requerem muita habilidade, visão estratégica, negociação 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

de mundo e das necessidades que devem ser priorizadas. Não é, portanto, um processo sem conflitos (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

Os conflitos devem ser “enfrentados” com as “armas” da civilidade, condizente com a capacidade humana de pensar, argumentar, ouvir, aprender e 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 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), os quais 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 tencionar 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, nos quais essas instâncias são espaços de gestão participativa (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Campos (1998) problematiza essa questão alegando que a participação comunitária e os conselhos de saúde para permitir a gestão tripartite são experiências interessantes, porém, exceto no que se refere à oficialização dos Conselhos e Conferências de Saúde, ainda não se encontrou modo de institucionalizar todas estas diretivas democratizantes. No dia a dia, os serviços ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo. Passa-se como se a democracia acabasse nos Conselhos de Saúde ou nas oficinas de planejamento, daí para frente operaria a lógica tradicional de gerência: poder centralizado, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos e sobre o comportamento formal de funcionários, elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento, e quase ausência de comunicação entre

serviços, em relação horizontal de poder, e entre os distintos níveis hierárquicos.

Carvalho e Cunha (2006), em seu texto sobre gestão e organização da atenção à saúde, ressaltam a necessidade de transformação do cotidiano de um fazer-pensar saúde que se contraponha à excessiva fragmentação do processo de trabalho, responsável, em grande parte, pela má qualidade da atenção e pela burocratização e alienação dos trabalhadores, que resultam, entre outros fatores, na debilidade de vínculos entre o trabalhador e o usuário, na separação entre os que executam as ações e os que dirigem as instituições, e na fragilidade do trabalho coletivo e de práticas interdisciplinares. Portanto, a qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores também dependerão de como a gestão facilita o diálogo, reforça a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde, propicia vínculo entre trabalhadores e usuários, para a constituição de espaços institucionais de cogestão e o estímulo ao trabalho de natureza interdisciplinar.

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 leve à diminuição da distância entre os que comandam, planejam, dirigem e a maioria executante de ações e serviços.

De acordo com 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.

Por tudo isso, é possível compreender a gestão como uma prática técnica, social e política dotada de tensões inerentes às relações de produção, ao mundo do trabalho, que pressupõe interesses e conflitos decorrentes da inserção desigual dos homens na sociedade e nas organizações (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

Isso significa que, como um processo social, a gestão reflete diferentes crenças, valores, interesses, forças e fragilidades, não estando desconectada da realidade social. É, pois, uma ação humana que reflete essa sociedade e também a modifica, de forma dinâmica e constante (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

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

Diante do acima exposto, é possível concordar com a afirmação de Paulo Roberto Mota (1995), segundo o qual gestão é arte, pois envolve habilidade, criatividade, sensibilidade. É ciência porque exige conhecimentos técnicos que precisam ser acessados para gerenciar, ou seja, é preciso desenvolver capacidade analítica e reflexiva, bem como habilidades humanas, considerando que o grande insumo da gerência é o homem, e, como tal, é 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 (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

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, 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”, lançado em 2008. As ações previstas nesse programa foram desenvolvidas a partir da constatação oficial 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 desse Programa propõe mudança do modelo de gestão das unidades de saúde para dotá-las de maior flexibilidade, tendo como contrapartida o compromisso com resultados (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2010). Esse processo de gestão, que por décadas impulsionou mudanças nos sistemas públicos, recebeu críticas, principalmente com os alertas de Henkel sobre a distribuição de fatias orçamentárias a partir de índices exclusivamente físicos. Esse autor pondera que há uma inevitável dose de subjetivismo nessas avaliações, porque mantém-se impossível medir todas as escalas de benefícios da ação pública (HENKEL, 1991). 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, na gestão 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. A avaliação nesse contexto deve respeitar a concepção de rede. Para isso, o primeiro aspecto a ser observado é a distinção entre produtos e resultados na gestão pública (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2010).

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

A preocupação atual com o desenvolvimento de referenciais 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, 2008) e no relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, de 2011.

2.2 Gestão da assistência farmacêutica

A gestão da assistência farmacêutica, em nosso país, teve como base a trajetória de construção da concepção de assistência farmacêutica. Santos (2011) traz uma contextualização das concepções de Estado, do mercado farmacêutico e de política de saúde nos principais momentos da história do Brasil e sua consequente relação com as concepções de assistência farmacêutica. Enquanto, no país, as boticas primavam pela elaboração dos medicamentos individualizados, e o mercado farmacêutico industrializado era incipiente, a assistência farmacêutica era a assistência do farmacêutico à saúde das pessoas, desempenhando papel negligenciado pelo Estado. A concepção de assistência farmacêutica passa a ser focada no medicamento a partir da industrialização do medicamento, da expansão do comércio farmacêutico e da organização dos serviços de saúde como assistência médica curativa e beneficiária aos contribuintes – do acesso ao produto medicamento. Apenas com os avanços do SUS, as construções teóricas nacionais e internacionais, e a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004), passou a ser construída uma concepção mais abrangente de assistência farmacêutica, que pode ser resumida como um conjunto de ações que visam à promoção do acesso e do uso racional dos medicamentos.

É possível verificar nessa trajetória o predomínio do caráter técnico e operacional da assistência farmacêutica. Por essa razão, disseminou-se uma visão sobre as atividades relacionadas ao medicamento enquanto produto, por meio de um modelo esquemático denominado ciclo operativo da assistência farmacêutica, reforçando seus princípios procedimentais. Dessa

forma, é possível compreender por que o medicamento enquanto tecnologia é mais privilegiado em determinadas concepções de assistência farmacêutica do que os indivíduos.

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 o destinatário).

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

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 se tratam mais de questões técnico-operacionais, do que de gestão propriamente dita (MORATELLI; INÁCIO, 2010). Em um contexto mais amplo e geral, pode-se dizer que essas questões representam apenas um dos vértices do Triângulo de Matus. É importante ressaltar que os avanços observados são reveladores de que a construção desse campo de atividade está em pleno curso.

Outro dado importante que corrobora tais achados é o atraso histórico da gestão da assistência farmacêutica em relação à gestão em saúde. Isso pode demonstrar falta de interesse, principalmente do Estado, na regulamentação das políticas que envolvem a questão dos medicamentos, visto que, desde a Constituição Federal de 1988, já se falava em política de medicamentos, no entanto, seu surgimento se deu apenas dez anos mais tarde com a PNM, e seu bloco de financiamento teve de esperar mais oito anos para ser concretizado.

Já a descentralização da gestão da assistência farmacêutica se deu apenas na PNM, contrapondo o período de atividades da Central de Medicamentos (CEME), com poder e gestão altamente centralizados no governo federal. 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 predefinida por normativas federais. Esse movimento gerou a necessidade do desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica em todos os níveis, especialmente nos municípios, que vivem ainda hoje a necessidade de construir e qualificar essa atividade.

Estudos realizados sobre a assistência farmacêutica nos municípios apontam para problemas na organização das atividades, decorrentes da falta de prioridade para com este campo da assistência, observada, historicamente, na organização do sistema de saúde no Brasil. Mayorga et al., 2004, ao analisarem a situação da assistência farmacêutica no Brasil, concluíram que, na época, os municípios e estados enfrentavam “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 situação apresentada nesse estudo ainda é vigente em muitos municípios nos dias atuais.

A assistência farmacêutica vem sendo implementada de forma articulada pelos municípios, estados e União, e as pactuações na CIT e na CIB acontecem com o objetivo de: ampliar o financiamento, atualizar os elencos dos medicamentos, estabelecer as formas para sua gestão e execução (descentralização, pactuação de responsabilidades), definir as questões relacionadas à sua estruturação e qualificação, e também estabelecer um novo ordenamento na forma de acesso aos medicamentos.

Observa-se, no entanto, que as ações que vêm sendo implementadas, conforme preveem as políticas, nos estados e municípios brasileiros, ainda precisam evoluir para garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos.

Nos últimos anos, a estruturação da assistência farmacêutica no SUS vem sendo considerada uma estratégia fundamental para a ampliação e a qualificação do acesso da população aos medicamentos e para a consolidação do próprio sistema de saúde.

Evidências de que há 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: nos editais de pesquisa e principalmente nas atividades de formação e capacitação dos profissionais. Na área da assistência farmacêutica, o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde está estruturando um sistema informatizado de gerenciamento (Hórus) e tem realizado atividades de larga escala para qualificação profissional, como o Curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Aberta do SUS (UNA-ASUS). Além disso, os municípios e estados podem aplicar até 15% dos recursos na estruturação dos serviços nessa área desde 2010, conforme estabelecido na Portaria nº 1.555/2013. Ainda em 2012, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), cujo objetivo é contribuir para o aprimoramento, implementação e integração das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde nos municípios.

2.3 Que aspectos considerar para a gestão da assistência farmacêutica?

Alguns aspectos têm sido discutidos na qualificação da gestão pública, em especial na saúde, que devem ser considerados na gestão da assistência farmacêutica. O Quadro 2.1 a seguir apresenta alguns deles.

Quadro 2.1 – Aspectos a serem considerados na gestão da assistência farmacêutica

Projeto/propósito
É importante que as atividades tenham uma direção, um sentido, sendo este claro (transparência) e pactuado . No setor público de saúde, também se observa a fragmentação do trabalho, e, com a supervalorização das atividades administrativas, muitas vezes se perde a visão do propósito maior: contribuir para a promoção da saúde das pessoas . Ter clareza disso é fundamental para a humanização do atendimento, para a resolutividade da atenção à saúde e, conseqüentemente, satisfação dos trabalhadores (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

Pactuação e negociação

A pactuação entre os diferentes atores envolvidos é muito importante, pois **acumulam-se força e “poder” para a consecução do projeto**. No entanto, essa pactuação não é um processo simples, pois, o contexto não é harmônico, **não existe uma única maneira de pensar, e para tal é necessário ser flexível, é necessário o diálogo**. Há sempre possibilidades de escolhas e necessidade de se tomar decisões, por isso a gestão deve utilizar estratégias importantes como a negociação (LEITE; GUIMARÃES, 2011). Tratar-se de admitir a existência de várias racionalidades e de se criar espaços nos quais estas podem ser explicitadas e trabalhadas (CAMPOS, 1998).

Negocia-se para a resolução de situações complexas (SANTANA, 1993) em que se instala um conflito. Negocia-se porque existe divergência e interdependência, é uma escolha voluntária na busca de uma solução (DUPONT, 1990). Negociar e pactuar significa aceitar que existem diferentes prioridades, certezas e interesses, e que todos podem contribuir para o processo. São **instrumentos de essência democrática** (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

Parcerias e alianças

É importante ter o conhecimento de que, muitas vezes, as situações do cotidiano de trabalho estão fora dos espaços de conhecimento, de intervenção ou de poder de quem conduz. Dessa forma, é fundamental buscar articulações, construir **parcerias e alianças**. A governabilidade de um sistema é construída a partir da identificação de possíveis aliados, de grupos de “resistências” e até mesmo daqueles contrários ao projeto. **A tarefa do gestor é, ao analisar esse cenário, pensar estrategicamente, conduzir para construir alianças fortes e capazes de reduzir possíveis resistências** (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

Recursos financeiros, materiais, humanos e de poder

Descobrir, utilizar e mobilizar o **poder da equipe, e colocá-lo a serviço do projeto é uma estratégia importante de gestão**; mas é preciso também de recursos financeiros, materiais e humanos. Se estes não estiverem disponíveis, é preciso mobilizar recursos de “poder” para consegui-los e, então, usá-los a favor do projeto. Isso significa que a capacidade de governo pode ser aferida também pela capacidade de manter e mobilizar recursos necessários para a consecução dos objetivos (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

Autonomia

A construção da governabilidade passa também pela importante construção da autonomia. Essa autonomia **significa que os sujeitos diretamente envolvidos (a equipe/os usuários) devem pensar, tomar decisões e ter poder de implantar as ações e as diretrizes que entendem serem necessárias**. Todo processo de condução revela algum grau de autonomia decisória, considerando que, em determinados contextos, é muito importante conquistar a autonomia necessária para poder tomar decisões e executá-las (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

Motivação

Se a gerência acredita que as pessoas trabalham porque sentem prazer, entusiasmo e se identificam com a missão institucional, adotará um estilo de liderança que estimule a participação, decisões colegiadas, entre outras estratégias que reforcem o sentimento de identidade social do grupo com a organização. Destaca-se, ainda, que a participação favorece o processo de articulação, inclusão, escuta qualificada e fortalecimento da cidadania social e organizacional com repercussões na ambiência psicossocial (GONDIM; SILVA, 2004).

Convergência entre valores pessoais e organizacionais também são fatores que contribuem para a motivação e o desempenho organizacional. Quando esses valores colidem entre si, o estado psicológico das pessoas tende a ser afetado, bem como o clima organizacional e a sustentabilidade dos resultados de gestão (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Liderança e trabalho em equipe

Embora exista um leque variado de tipos ou estilos de liderança (HERSEY; BLANCHARD, 1986), há hoje um consenso em torno da ideia de que **a capacidade de um líder é aferida pela sua capacidade de influenciar pessoas, numa determinada situação, em direção a um objetivo comum.** A influência é exercida por alguém sobre outro, é, portanto, uma “relação”, ou seja, ela acontece entre pessoas que influenciam outras que se deixam influenciar (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Essa questão remete a outro desafio para a gestão das organizações contemporâneas e, em particular, para os sistemas de saúde: a necessidade **do trabalho em equipe como integrador das práticas de saúde**, uma vez que o desempenho da equipe é um processo indissociável da liderança exercida. **O trabalho em equipe caracteriza-se pelo esforço coletivo, pelas responsabilidades e pelos objetivos compartilhados, e pelas unidades semiautônomas ou autônomas, visando ao alcance de metas e resultados** (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Conhecer o contexto

É necessário considerar, além dos arranjos institucionais nos quais atuam (regras e recursos produzidos institucionalmente), os processos histórico sociais; ou seja, além dos aspectos microssociais, os macrossociais também devem ser considerados, como as características maiores da sociedade em que está situada. Os cenários organizacionais são dotados de significados diversos, produtos da ação dos seus atores, a qual, por outro lado, é reflexo de regras e convenções sociais de uma dada sociedade (JUNQUILHO, 2001). Segundo Leite e Guimarães (2011), a gestão requer uma análise da situação em que está inserida, ou seja, o contexto da administração pública, o que implica reconhecer os diferentes poderes da população e, assim, os diferentes graus de influência que exercem no processo decisório.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO, CEBES, CFM, CONASEMS, REDE UNIDA, SBMFC. *Agenda estratégica para a saúde do Brasil*. 2011. Disponível em: <<http://www.saudeigualparatodos.org.br/>>. ALVESSON, M.; WILLMOTT, H. *Making sense of management: a critical introduction*. London: Sage, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 out. 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda Nacional de prioridades de pesquisa em saúde*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elemento para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; HUCITEC. 2006. 880p. p. 837-868.
- CAMPOS, G. W. S. O estado e a atenção à saúde: conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios. In: CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma: Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992a, p. 87-132.
- CAMPOS, G. W. S. Controle de Qualidade Total. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Universidade Federal de Minas Gerais, 1992b.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 853-870, out./dez. 1998.
- DUPONT, C. *La négociation: conduite, théorie, applications*. 3. ed. Paris: Dalloz, 1990.
- FAYOL, H. *Administração Industrial e Geral*. São Paulo, Atlas, 1989.
- FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.
- GONDIM, S.; SILVA, N. Motivação no Trabalho. In: ZANELLI, Borges-Andrade et al. (Org.). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004, reimpressão, 2009.

- GUIMARÃES, M. C. L.; SANTOS, S. M. C.; MELO, C.; FILHO, A. S. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov./dez. 2004.
- LEITE, S. N.; GUIMARÃES, M. C. L. Gestão da assistência farmacêutica. In: *Gestão da Assistência Farmacêutica* [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.
- LANDIM, E. L. A. S.; GUIMARÃES, M. C. L. Gestão da assistência farmacêutica. In: *Gestão da Assistência Farmacêutica* [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. Trad. Edwino A. Royer. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, 1986. p. 189.
- HENKEL, M. *Government, evaluation and change*. London: Jéssica Kingsley, 1991.
- JUNQUILHO, G. S. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. *Rev. Gestão e Produção*, São Carlos, v. 8, n. 3, p. 304-318, dez. 2001.
- MAYORGA, P.; FRAGA, F.; BRUM, C. K.; CASTRO, E. F. Serviços Farmacêuticos no SUS: quando se efetivará? In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. p. 197-215.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.
- MARTINELLI, P. D.; ALMEIDA, A. P. *Negociação e solução de conflitos: do impasse ao ganha-ganha através do melhor estilo*. São Paulo: Atlas, 1998.
- MERHY, E. E. *Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a restauração produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo*. Livre-docência. Unicamp, Campinas, SP, 2000.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MORATELLI, A. M. B.; INÁCIO, D. B. *Gestão da assistência farmacêutica*. 2010. Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Farmácia) - Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

- MOTTA, F. C. P. *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1987.
- MOTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. São Paulo: Record, 1995. 256 p.
- PAIM J. S.; TEIXEIRA C. F. Política, Planejamento e Gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 73-78, 2006.
- REED, M. *The sociology of management*. London: Harvester Wheatsheaf, 1989.
- SANTANA, J. P. (Coord.). Texto de Apoio da Unidade III: a negociação como instrumento de gerência nos Serviços de Saúde. In: *Capacitação em gerência de unidades básicas de saúde do distrito sanitário*. Brasília: OPAS, 1993. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U3T1.pdf>.
- SANTOS, R. I. *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro*. 2011. 172 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. T. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.
- TAYLOR, F. W. *Princípios de Administração Científica*. São Paulo, Atlas, 1980.
- TREVISAN L.; JUNQUEIRA L. A. P. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. *Rev. Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 638-652, 2010.
- VIANA, S. M. A descentralização tutelada. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 35, p. 35-38, 1992.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Marina Raijche Mattozo Rover
Mareni Rocha Farias

3.1 Avaliação em saúde

A avaliação de desempenho que transformou o processo de trabalho e de gestão nas empresas privadas ganhou importância ao longo do século XX. Inicialmente preocupou-se com a redução dos custos, em seguida enfatizou-se a preocupação com a qualidade do processo. Essa preocupação 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).

Os conceitos de avaliação são diversos. Para Contandriopoulos et al., 1997, a avaliação pode ser considerada um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Segundo Vieira-da-Silva (2005), essa é uma das definições mais simples e abrangentes sobre o tema.

Calvo e Henrique (2006) destacam que os conceitos de avaliação acompanharam o desenvolvimento das teorias administrativas, e as

discussões contemporâneas sobre avaliação reforçam a necessidade de se considerar primeiramente os atores envolvidos e os aspectos éticos e culturais prioritariamente aos aspectos inerentes ao objeto avaliado.

Para Gairin-Sallán (1993), 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 melhoria das decisões.

A avaliação é considerada parte integrante do processo de gestão, deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas. Avalia-se para mudar, para aprimorar (TANAKA; MELO, 2004; NEMES, 2001). Segundo Tanaka e Melo (2004), a avaliação deve ser exercida por todos os envolvidos no planejamento e na execução dessas ações.

Para Calvo e Henrique (2006), 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 e práticas de saúde dos envolvidos, pelos parâmetros e critérios adotados, pelos valores e motivações dos atores e pelo aspecto do objeto que está sendo avaliado.

Segundo Champagne et al., 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, e construir um julgamento que se possa traduzir em ações.

Nesse contexto, considera-se relevante a definição de intervenção apresentada por Contandriopoulos et al., 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.

Não se pode deixar de considerar ainda a tipologia proposta por Novaes (2000) para caracterizar a finalidade das avaliações que se encontram sintetizadas no Quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Critérios para caracterização de tipos de avaliação em saúde

Crítérios	Investigação avaliativa	Avaliação para decisão	Avaliação para a gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Externo/interno
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/compreensão	Caracterização/quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo) experimental/quase 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).

3.2 Avaliação da assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica é definida na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como “[...] 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, 2004). Na prática, o termo é, muitas vezes, traduzido como “acesso a medicamentos”, o que gera uma demanda por produtos farmacêuticos de forma desconectada das ações das políticas de saúde.

Segundo Santos (2011), o termo assistência farmacêutica é polissêmico e utilizado, tanto na gestão dos serviços quanto no meio acadêmico, com diversos significados. Esse 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 Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1993) para avaliação do uso de medicamentos, outros utilizaram a tríade de avaliação proposta por Donabedian³ (estrutura-processo-resultado), embora, destaca a autora, muitos empreguem somente elementos relacionados à estrutura e processo.

Ainda de acordo Santos (2011), essa produção em avaliação está, em sua maior parte, restrita a descrições sobre aspectos estruturais dos serviços relacionados à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos, sendo 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. Desse modo, segundo autora, essas produções pouco contribuem para a avaliação dos objetivos expressos no conceito corrente de assistência farmacêutica.

A assistência farmacêutica, como política, deve ser entendida como parte integrante da Política de Saúde e norteadora para a formulação de outras políticas setoriais. Como parte da Política de Saúde, deve atender aos princípios ideológicos e organizacionais do SUS: basear-se na responsabilização pela universalidade do acesso, na integralidade da atenção, da equidade, na participação social, de forma hierarquizada, regionalizada e descentralizada (BRASIL, 2004).

³ Aventis Donabedian desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output* (MALIK; SCHIESARI, 1998).

De forma geral, os municípios ainda não são capazes de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade, com vistas à promoção do uso racional e ao acesso da população aos medicamentos essenciais, propósitos maiores dessa política (BARRETO; GUIMARÃES, 2010). Segundo Nascimento Júnior (2000), esses problemas refletem atitudes e condutas de diversos atores: governos, prescritores, dispensadores, consumidores e da própria indústria farmacêutica, e se manifestam na falta de infraestrutura, de recursos humanos e de recursos financeiros ou orçamentários.

Considerando a relevância do processo de implementação de uma política de saúde e seus programas, na perspectiva de consolidação do SUS, alguns estudos vêm sendo realizados no sentido de acompanhar e avaliar esse processo, em particular, no âmbito dos municípios. No entanto, esses os estudos, em sua maioria, têm sido focados na avaliação restrita de aspectos operacionais dos serviços, e não na gestão, entendida como processo não só técnico mas também político e social.

Destacam-se aqui algumas avaliações sobre assistência farmacêutica, realizadas em âmbito nacional: em 1999, a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do Departamento de Políticas de Saúde do MS realizou uma avaliação para identificar o cumprimento das responsabilidades das esferas estaduais e municipais (OPAS, 2005); em 2001, o Núcleo de estudos em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG), participou do estudo multicêntrico *Strategies for Enhancing Access to Medicines* (SEAM) (MSH, 2003); no mesmo ano, o NESCON/UFMG conduziu um estudo com a finalidade de conhecer o estágio de organização da assistência farmacêutica em nível municipal (BRASIL, 2001), e, em 2003/2004, o Departamento de Assistência Farmacêutica – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS, em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), coordenou a pesquisa “Avaliação da Assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados” (OPAS, 2005, EMMERICK, 2006).

As metodologias validadas nacionalmente fornecem modelos para a realização de estudos locais. Em âmbito municipal, as

avaliações relacionadas ao tema são restritas, na maioria dos casos, a questões específicas do ciclo logístico, como seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, como se pode observar nos estudos de De Bernardi et al., 2006, Vieira et al., 2008, Oliveira et al., 2010, Souza et al., 2012, entre outros.

Com a descentralização das ações de saúde, os municípios passaram a assumir a responsabilidade direta pela atenção à saúde, incluindo as ações relacionadas à assistência farmacêutica. Para isso, é necessário a construção de um referencial de gestão ampliado que ultrapasse o foco nos procedimentos técnico-operacionais e se constitua em uma prática técnica, política e social capaz de produzir resultados.

Nesse sentido, destaca-se, aqui, por seu ineditismo e sua contribuição metodológica para a avaliação em âmbito municipal, o estudo realizado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal da Bahia (NEPAF/UFBA) sobre avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica em municípios baianos, apresentado no Capítulo 1.

3.3 O projeto de pesquisa "Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão"

Com base no referencial teórico-metodológico desenvolvido pelo NEPAF, o grupo de pesquisa "Políticas e Serviços Farmacêuticos", da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), coordenou o projeto de pesquisa "Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão".

O projeto objetivou o desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica e sua aplicação em seis municípios catarinenses. A metodologia proposta visou contribuir com o avanço nos estágios de desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica, a construção de referenciais em gestão da assistência farmacêutica no SUS, bem como com a qualificação de recursos humanos (MANZINI, 2013).

Essa pesquisa caracterizou-se como uma investigação avaliativa pelo objetivo de produção de conhecimento, embora tenha apresentado, também, características de uma avaliação para gestão, uma vez que a metodologia adotada prevê o retorno da avaliação aos municípios para discussão com os gestores, visando à elaboração e ao aperfeiçoamento de instrumentos de gestão.

Para essa pesquisa, partiu-se da hipótese de que os constrangimentos que a gestão da assistência farmacêutica municipal enfrenta têm como fator condicionante o predomínio de uma concepção minimalista de assistência farmacêutica, a qual ainda orienta a organização das práticas farmacêuticas no sistema público de saúde.

O modelo construído e proposto traz avanços para o referencial da gestão da assistência farmacêutica, ampliando seu foco técnico-logístico para o político e social, pautado nos princípios do SUS, ou seja, privilegiando as atividades que fomentem maior participação, autonomia e sustentabilidade dos seus resultados (MANZINI, 2013).

O desenvolvimento do modelo para avaliação foi realizado em quatro etapas:

- 1) Estudo do objeto – capacidade de gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal – e o desenvolvimento do modelo teórico e teórico-lógico da avaliação;
- 2) Adequação da matriz avaliativa, proposta pelo NEPAF, para a realidade dos municípios catarinenses, por meio de revisão da literatura e de oficinas de consenso;
- 3) Adaptação da matriz de julgamento, proposta pelo NEPAF, com base na nova versão da matriz avaliativa;
- 4) Elaboração dos instrumentos de coleta de dados e definição de diretrizes para a pesquisa de campo (MANZINI, 2013; MENDES, 2013).

Todas essas etapas, assim como a apresentação dos dados obtidos junto aos municípios, serão apresentadas e discutidas nos próximos capítulos.

A metodologia adotada na pesquisa 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 para o aprimoramento do processo e dos pontos que possam ser corrigidos ao longo do programa ou da política de gestão (GUIMARÃES et al., 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, nesse estado. Os trabalhos de avaliação estão relacionados, em geral, a atividades específicas, como os trabalhos de Sartor (2011) sobre dispensação, de Souza et al., 2012 sobre perfil de prescrições, de Blatt et al., 2009 sobre adesão aos medicamentos, de Bianchin et al., 2012 sobre qualidade dos medicamentos dispensados e de França Filho et al., 2011 e Franceschet (2003) sobre o perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina. Destacam-se aqui trabalhos que, por meio de diagnósticos e avaliações, fornecem um importante panorama da assistência farmacêutica em Santa Catarina: Nascimento Júnior (2000), Costa (2002), Santos (2003), Blatt (2005), Toreti (2006), Ronsein (2010) e Veber et al., 2011.

Diante desse quadro, a pesquisa foi concebida com o objetivo maior de fomentar a discussão, na região, sobre avaliação e conceitos ampliados de gestão e de gestão da assistência farmacêutica. Por essa razão, essa avaliação foi realizada junto aos atores locais, para que os indicadores propostos estejam adequados à realidade local, levando em consideração as especificidades da organização da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- BIANCHIN, M. D.; BLATT, C. R.; SOARES, A. S.; KULKAMP-GUERREIRO, I. C. Avaliação da qualidade de comprimidos de propranolol e enalapril distribuídos no sistema público de saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 491-498, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a22v17n2.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2013.
- BLATT, C. R. *Avaliação da assistência farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina no ano de 2002*

a 2004. 2005. 208 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

BLATT, C. R.; CITADIN, C. B.; SOUZA, F. G.; MELLO, R. S.; GALATO, D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 42, n. 2, p. 131-136, mar./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n2/v42n2a07.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Organização da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros*: disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS. Belo Horizonte, 2001. 135p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. *A odontologia e a Estratégia de Saúde da Família*. Tubarão: Ed. Unisul, 2006. p. 115-136.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. M. A.; DENIS, J. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, L. H. *Avaliação da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau/SC, 2001*. 2002. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DE BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOME, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 73-83, jan./abr. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n1/08.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

EMMERICK, I. C. M. *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus*

indicadores. 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

FRANÇA FILHO, J. B.; CORRER, C. J.; ROSSIGNOLI, P.; MELCHIORS, A. C.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; PONTAROLO, R. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. *Rev. Bras. Cienc. Farm.*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 105-113, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n1/a12v44n1.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2013.

FRANCESCHET, I. *Análise das atividades realizadas pelos farmacêuticos no serviço de farmácia pública no município de Florianópolis, SC – 2002*. 2003. 246 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

GAIRIN-SALLÁN, J. La autoevaluación adridcional como vía para mejorar los centros educativos. Bordón. *Revista de Pedagogía*, Madrid, v. 3, p. 331-350, 1993.

GUIMARÃES, M. C. L.; SANTOS, S. M. C.; MELO, C.; FILHO, A. S. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov./dez. 2004.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 3. 241 p. (Série Saúde & Cidadania).

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). Center for Pharmaceutical Management. 2003. Access to Essential Medicines: State of Minas Gerais, Brazil, 2001. Prepared for the Strategies for Enhancing Access to Medicines Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health. Disponível em: <http://www.msh.org/seam/reports/Brazil_final.pdf>. Acesso em: 28 jan. 13.

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

MENDES, S. J. *Capacidade de Gestão Municipal da Assistência Farmacêutica: Avaliação no contexto catarinense*. 2013. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

- NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. *Avaliação da assistência farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis/SC*. 2000. 200 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- NEMES, M. I. B. *Avaliação em saúde: Questões para os Programas de DST/AIDS no Brasil*. Fundamentos de Avaliação, n. 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2001. 28 p.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-55, out. 2000.
- OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 4, p. 853-864, out./dez. 2010.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil*. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2005.
- RONSEIN, J. G. *Análise do perfil das solicitações de medicamentos por demanda judicial no estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2008*. 2010. 213 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- SANTOS, R. F. *Análise dos serviços do SUS relacionados às ações de assistência farmacêutica em municípios de Santa Catarina em 2001*. 2003. 122 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- SANTOS, R. I. *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro*. 2011. 172 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- SARTOR, V. B. *Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do SUS*. 2010. 172 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- SOUZA, J. M.; VINHOLES, E. R.; TRAUTHMAN, S. C.; GALATO, D. Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do

Estado de Santa Catarina. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, Araraquara, v. 33, n. 1, p. 107-113, 2012.

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

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*. 2006. 191 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

VEBER, A. P.; DIEHL, E.; LEITE, S. N.; PROSPERO, E. N. S. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. *Braz. J. Pharm. Sci.*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 75-80, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v47n1/a08v47n1.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

VIEIRA, M. R. S.; LORANDI, P. A.; BOUSQUAT, A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1419-1428, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n6/22.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

WHO. *How to investigate drug use in health service facilities*. Genebra: WHO, 1993.

ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS CATARINENSES

Fernanda Manzini
Mareni Rocha Farias

Ao se adotar os conceitos relacionados à gestão apresentados nos capítulos 1 e 2, entende-se que esta não envolve apenas aspectos técnico-administrativos, como na teoria da Administração Clássica, mas também aspectos de natureza estratégica e política, aproximando-se da ciência política (BARRETO, 2007; GUIMARÃES et al., 2004). Para Guimarães et al., 2004, o conceito de gestão, no campo da ciência política, incorpora uma dimensão política que se traduz em aspectos menos procedimentais, privilegiando a discussão sobre o poder e sua legitimidade.

Sabe-se que os procedimentos técnicos das práticas farmacêuticas estão bem descritos e geralmente são compreendidos e executados nos serviços de forma isolada; no entanto, a assistência farmacêutica tende a ser discutida e operacionalizada isoladamente, de forma não coerente com a discussão de gestão em saúde atual.

Assume-se, com os conceitos adotados, que a assistência farmacêutica não deve ser somente um conjunto de práticas e operações. A execução dessas práticas, mesmo seguindo perfeitamente os preceitos técnicos, não tem levado à obtenção do resultado, que é o acesso aos medicamentos e o seu uso racional, por mais que o acesso ao produto tenha evoluído nos últimos anos (BRUM et al., 2011; LOPES et al., 2010; CARNEIRO et al., 2008; MOTA et al., 2008; AQUINO, 2008; NUNES et al., 2008). É preciso que a ação em assistência farmacêutica transcenda a questão técnica e possibilite a manutenção e a sustentabilidade dos resultados.

Com a descentralização dos serviços para os municípios, entre eles os relacionados à assistência farmacêutica, é preciso analisar se eles possuem condição de executar as ações e atingir os resultados esperados e, principalmente, de manter/sustentar os resultados atingidos. E isso justifica a escolha de recorte para objeto desta avaliação, isto é, a gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal. Com isso, foram desenvolvidos os modelos lógico e teórico do objeto a ser avaliado, para definição das categorias de análise dos dados.

4.1 Modelagem de programas em avaliação

Segundo Natal et al., 2010, entende-se como programa qualquer ação organizada em saúde pública com fixação de metas que permitem o acompanhamento dos resultados. Os programas são compostos de um conjunto de atividades (componentes) com objetivos específicos para atingir uma meta final.

Medina et al., 2005 destacam que, por vezes, os programas são parte de políticas governamentais que não apresentam diretrizes e estratégias claramente definidas, sendo permeados por contradições e lacunas. Vale lembrar que a imprecisão da definição das estratégias e das diretrizes pode incidir negativamente no monitoramento e na avaliação, como também no planejamento e na execução das ações.

Para avaliar um programa, é fundamental compreender as premissas teóricas que o baseiam. Essa compreensão deve ser buscada na literatura e na opinião dos especialistas, associada à participação dos grupos envolvidos no programa (MEDINA et al., 2005; BEZERRA et al., 2010).

A intervenção proposta por um programa não garante a obtenção do resultado, pois sofre influência do contexto em que é aplicada. A construção de modelos teóricos (modelagem) 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.

A modelagem permite que a avaliação de políticas e programas ultrapasse a visão dicotômica entre insumos *versus* resultados e possibilite o esclarecimento das razões do êxito da intervenção em contextos diversos e para diferentes grupos populacionais (NATAL, 2012).

Segundo Medina et al., 2005, p. 46, o modelo lógico consiste em: “[...] um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e quais são os resultados esperados.”

Essa definição é completada por Bezerra et al., 2010, p. 67, ao considerarem que, para alguns autores, o modelo lógico “[...] explicita apenas o funcionamento do programa e as relações causais entre os seus elementos.”

O modelo lógico expõe não só funcionamento do programa, mas também como se dá a articulação entre os seus elementos. A apresentação e a discussão de um modelo lógico permitem definir o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados.

Uma vez que existem outras variáveis que podem interferir ou até mesmo desvirtuar a relação linear de causa e efeito, tais como aspectos culturais, econômicos, sociais, funcionais, climáticos, epidemiológicos, entre outros, a modelagem de programas mais complexos pressupõe o detalhamento da teoria do programa (BEZERRA et al., 2010), por meio da construção do modelo teórico ou teórico-lógico.

Segundo Bezerra et al., 2010, p. 67, o modelo teórico “[...] extrapola o programa, no sentido da compreensão de outros fatores que podem interferir nos efeitos desejados.”

Para Medina et al., 2005, a construção do modelo teórico ou modelo teórico-lógico deve explicitar como o programa idealmente funciona, explicitando sua racionalidade subjacente e complementando o modelo lógico; ou seja, deve ser levado em consideração o contexto de aplicação do programa, a população-alvo, as influências internas e externas, entre outras situações que possam interferir positiva ou negativamente na obtenção do resultado esperado.

Alguns autores empregam os termos modelo lógico, modelo teórico e teórico-lógico como equivalentes. Adotam-se aqui as definições de modelo teórico e modelo lógico propostas por Medina et al., 2005 e Bezerra et al., 2010.

4.2 O desenho do modelo para avaliação da gestão da assistência farmacêutica

Com base nos conceitos adotados, desenhou-se o modelo lógico para a gestão da assistência farmacêutica, expresso na Figura 4.1.

A assistência farmacêutica é conceituada como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando ao acesso e uso racional deste (BRASIL, 2004). Esse conceito é definido pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e expressa que, para que aconteça a assistência farmacêutica nos municípios, é necessário ter o medicamento como insumo essencial e um conjunto de ações, evoluindo para o resultado do acesso e uso racional.

O esforço teórico de conceituação da assistência farmacêutica, desenvolvido entre as décadas de 1980 a 2000, contribuiu para a estruturação inicial dos serviços relacionados aos medicamentos no SUS. Em seu desenrolar, até o conceito apresentado pela PNAF, foi possível dar visibilidade a uma série de ações necessárias à materialização do acesso aos medicamentos na rede de serviços

do SUS. Entretanto, a ênfase nos aspectos logísticos relativos à disponibilização de medicamentos, necessária em um primeiro momento, tendeu a restringir a discussão à descrição técnica das partes de modelo proposto pelo “ciclo da assistência farmacêutica” (SANTOS, 2011).

Figura 4.1 – Modelo lógico da gestão da assistência farmacêutica



Fonte: adaptado de Manzini, 2013.

No Brasil, o ciclo da assistência farmacêutica é tradicionalmente discutido com base na publicação marcante de Marin et al., 2003, intitulada “Assistência farmacêutica para gerentes municipais”.

A citação das etapas englobadas pela assistência farmacêutica serviu para a construção de um elemento heurístico, o ciclo da assistência farmacêutica, geralmente apresentado pela sequência de: seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos. Ao mesmo tempo que confere certa materialidade à assistência farmacêutica, por facilitar a visualização das etapas a serem implementadas, o ciclo também a circunscreve em um campo limitado, no qual predominam as tarefas logísticas para a disponibilização de medicamentos, com pouca ou nenhuma inter-

relação com as demais práticas de saúde, dentro de uma concepção de saúde bastante reduzida (SANTOS, 2011).

Caracterizada como uma política, a assistência farmacêutica precisa de uma reflexão sobre gestão que não se limite apenas a questões técnicas (MENDES, 2013).

Para Marin et al., 2003, a gestão é reconhecida como um processo administrativo e ocorre em todos os níveis de atividades da organização: gestor, gerencial e supervisão. Cada gestão, no seu nível, desempenha atividades de previsão, organização, liderança, coordenação e controle, como ‘atividades administrativas essenciais’. Dessa forma, esse trabalho ‘não se restringe’ somente ao gerente da assistência farmacêutica, mas a todos os profissionais que executam atividades no ciclo da assistência farmacêutica.

O conceito de assistência farmacêutica definido pela PNAF tem um caráter técnico destacado, mas, para concretizar a imagem-objetivo do acesso e uso racional de medicamentos, é necessário ter componentes que permitam organizar, operacionalizar e sustentar essa gestão. A forma de condução da gestão da assistência farmacêutica deve levar em consideração aspectos técnicos, políticos e sociais.

Conduzir é optar por um processo no qual somos os condutores dos acontecimentos, e não apenas conduzidos por eles. Além dos aspectos técnicos, como o conhecimento da realidade em que estamos inseridos e sobre os recursos de toda natureza que precisamos obter e manter, são necessários os aspectos políticos, como a negociação e articulação com os envolvidos na gestão, e os sociais, porque devemos atuar para e com a participação da sociedade (LEITE et al., 2014).

4.3 Aplicação do modelo de avaliação de gestão da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses

São muitos os modelos de avaliação já propostos para a área da assistência farmacêutica, e apresenta-se aqui o modelo desenvolvido em Santa Catarina para avaliação da gestão da assistência farmacêutica

em âmbito municipal. Recomenda-se, contudo, que a utilização de um modelo por outros atores e em outros contextos seja feita de maneira a não se restringir à aplicação de indicadores, medidas e parâmetros propostos na matriz avaliativa. O processo de adequação do modelo de avaliação, realizado de forma participativa, é de suma importância para que o modelo reflita o contexto no qual será aplicado.

O envolvimento dos interessados no processo de avaliação permite que mais pessoas estejam envolvidas e comprometidas com a assistência farmacêutica e, com isso, maior será a possibilidade de desenvolvimento de ações que impliquem em reais mudanças no processo de gestão.

Este capítulo apresenta uma maneira de adequação participativa de um modelo de avaliação, no caso, o modelo de avaliação para a gestão da assistência farmacêutica municipal desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica (NEPAF), da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), apresentado no Capítulo 1 deste livro e aplicado, em 2012, em seis municípios catarinenses.

A revisão da matriz avaliativa foi participativa, realizada por meio de debates e oficinas de consenso, com a participação de pesquisadores da área e com os coordenadores de assistência farmacêutica de municípios catarinenses.

4.3.1 Técnicas de consenso em estudos de avaliação

Seja na elaboração de um modelo de avaliação ou na adequação de um modelo já existente, recomenda-se a realização de oficinas ou reuniões com os atores envolvidos para a obtenção do consenso. Nas oficinas de consenso, podem ser discutidos o objeto a ser avaliado, a elaboração ou revisão da matriz avaliativa (indicadores, medidas, parâmetros), as estratégias de coleta de dados, definição da escala de juízo de valores, entre outras ações relacionadas à avaliação. Além disso, as oficinas proporcionam o envolvimento dos atores e o comprometimento para fazer as mudanças necessárias nos serviços, e proporcionam um importante momento para discussão da gestão da assistência farmacêutica.

São diversas as técnicas utilizadas para a obtenção de consenso entre os especialistas no assunto. Entre elas, destacam-se o comitê tradicional, o método Delfos (Delphi), o grupo nominal e o júri simulado.

Por especialista ou *expert* entende-se o indivíduo que tenha conhecimento do assunto a ser abordado, desde a *expertise* acadêmica até profissionais e usuários do serviço, cujas vivências são significativas para a questão em foco (DESLANDES et al., 2011).

Para Esher et al., 2012, os métodos participativos, como as técnicas de consenso, são importantes, pois possibilitam a ingerência ativa do público, que objetiva a tomada de decisão de maneira democrática.

As principais características das técnicas comitê tradicional, método Delfos (Delphi), grupo nominal e júri simulado são apresentadas na sequência.

Comitê tradicional

O Comitê tradicional é uma discussão aberta, com especialistas, sobre um tema determinado. A técnica promove o confronto de ideias.

Tem a vantagem de possibilitar a troca de ideias e o confronto de opiniões divergentes (SOUZA et al., 2005). Porém, como desvantagem, a presença de alguma autoridade na discussão pode inibir ou causar constrangimentos a algum participante. Problemas de relacionamentos entre os participantes também podem interferir na discussão.

Para Souza et al., 2005, a obtenção do consenso pode ser dificultada por conta das diferenças de valores ideológicos, culturais e éticos entre os participantes. O conhecimento das potencialidades e limitações da técnica é importante para que o mediador da atividade administre os possíveis conflitos.

Grupo nominal

O grupo nominal consiste na reunião de especialistas. A técnica não prioriza o debate, mas, sim, a consulta a diferentes visões, de forma individual, em primeiro lugar, e, depois, coletivamente. Trata-

se de um processo estruturado de troca de informações que consta de cinco etapas: elaboração das respostas individualmente, registro de respostas, discussão para esclarecimentos, voto preliminar das respostas, nota e ordem das respostas (CASSIANI; RODRIGUES, 1996).

Tem a vantagem de permitir a participação de todos, sem constrangimentos, e tem como objetivo o agrupamento de ideias a fim de aumentar o potencial para tomada de decisão. Para Cassiani e Rodrigues (1996), a técnica força a igualdade de participação entre os especialistas e pode ser utilizada em grupos compostos por membros de qualquer nível socioeconômico ou cultural.

Uma das limitações da técnica é o fato de não permitir que mais de uma questão seja discutida por vez (SOUZA et al., 2005; CASSIANI; RODRIGUES, 1996).

Essa técnica não é indicada para geração de ideias ou para aprofundar a análise sobre um tema.

Júri simulado

A discussão da temática é organizada sob a forma de um tribunal de justiça, com a simulação dos papéis de juiz, advogados de acusação e de defesa e jurados. Cabe ao juiz a coordenação dos trabalhos. Ao final do debate, após as argumentações dos advogados de acusação e de defesa, os jurados deliberam, indicando como será dado o consenso (SOUZA et al., 2005).

Essa técnica permite uma discussão bastante aprofundada, com apresentação de evidências disponíveis e diferentes pontos de vista. Deve-se observar, porém, que se pode incitar mais ao jogo de ganhar o debate do que se chegar ao consenso.

Método Delfos (Delphi)

Nesta técnica, são utilizados questionários que são respondidos individualmente, por especialistas selecionados, anônimos para os demais participantes. As respostas obtidas são tratadas estatisticamente e são submetidas a uma nova rodada de análise dos especialistas, na qual é possível manter ou alterar as respostas dadas anteriormente. Realiza-se, então, um novo tratamento estatístico.

Caso não seja obtido o consenso considerado satisfatório, novas rodadas de consultas aos especialistas podem ocorrer (SOUZA et al., 2005; CASSIANI; RODRIGUES, 1996).

A técnica exige que os participantes tenham habilidade de escrita e uma alta motivação para participar (CASSIANI; RODRIGUES, 1996).

Para Souza et al., 2005, a técnica permite que os especialistas reflitam mais sobre o assunto e elimina a possibilidade de ocorrência de “argumentos de autoridade” e de influência de problemas pessoais. Porém, segundo os autores, o fato de não permitir a discussão e a interação entre os participantes pode empobrecer o resultado final.

Uma grande vantagem, exposta por Cassiani e Rodrigues (1996), é a possibilidade de reunir a opinião de diversos atores, sem a necessidade de reuni-los em um mesmo local, o que poderia ser inviabilizado por questões territoriais ou financeiras.

Um problema apontado é a duração da técnica, que pode levar meses (SOUZA et al., 2005). Exige-se também um grande dispêndio de tempo por parte do grupo responsável pela análise dos dados. Cassiani e Rodrigues (1996) recomendam um número limitado de respondentes, pois um número muito grande implicará um grande volume de dados a serem analisados.

Definição da técnica de consenso a ser utilizada

Para Souza et al., 2005, p. 69, todas as técnicas de obtenção de consenso possuem vantagens e desvantagens. Segundo as autoras, a técnica ideal deveria, ao mesmo tempo, estimular a busca de um consenso genuíno, permitir uma ampla discussão entre os especialistas, preservando o anonimato dos participantes e que fosse de fácil execução.

A utilização de mais de uma técnica na oficina de obtenção do consenso possibilita a superação das limitações encontradas nos métodos.

4.3.2 Oficinas de consenso

Para a adequação da matriz avaliativa, foram realizadas duas oficinas de consenso, utilizando técnicas mistas para a análise dos indicadores, medidas e parâmetros propostos.

Na primeira oficina foram discutidos os indicadores, as premissas e as fontes de coletas de dados. Já a segunda oficina objetivou a discussão dos parâmetros e das medidas dos indicadores revisados e propostos na primeira oficina.

Sugere-se a divulgação da realização da oficina, pois ela já é um dos resultados da avaliação. A divulgação dá visibilidade para as ações da área da assistência farmacêutica e pode ser feita na página do município ou da assistência farmacêutica, nas redes sociais, no informativo, entre outros.

Primeira oficina de consenso

A primeira oficina foi denominada “Definição de indicadores para medir a capacidade de gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses” e foi realizada em 14 de outubro de 2011. Contou com a presença de 19 especialistas, entre pesquisadores do grupo “Políticas e Serviços Farmacêuticos” da UFSC, membros da Comissão assessora de Assistência Farmacêutica no serviço público do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina (CRF/SC) e farmacêuticos que trabalham em municípios catarinenses, em especial em serviços relacionados à atenção primária, e 3 farmacêuticas participantes da pesquisa, responsáveis pela coordenação das atividades.

Os participantes foram selecionados pelo envolvimento e pela experiência com a temática de assistência farmacêutica. O convite para participar da oficina foi enviado por *e-mail* ou entregue pessoalmente, quando possível. Junto com o convite, cada participante recebeu o artigo produzido pelo NEPAF, no qual a pesquisa realizada pelo grupo é apresentada, incluindo os indicadores. Recomenda-se, sempre que possível, que os organizadores da oficina enviem previamente aos convidados, para facilitar o entendimento e as discussões, material sobre o tema a ser abordado na oficina.

Caso seja de interesse a publicação dos resultados, deve-se verificar a necessidade de aprovação de um projeto no Comitê de Ética da instituição e a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE é um documento que informa e esclarece o sujeito da pesquisa de maneira que ele possa tomar a decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre a participação em um projeto de pesquisa.

Previamente à execução da oficina, é preciso definir o papel a ser exercido pelos organizadores. Sugere-se que um seja o coordenador, o que vai apresentar o tema a ser debatido, explicar como se dará a atividade e mediar os debates, e outro seja o relator. A gravação das falas deve ser autorizada por todos os atores presentes e deve ser negociada no início das atividades. O registro da atividade por fotos é recomendado, e também deve ser autorizado por todos.

Para realizar uma triagem inicial dos indicadores a serem debatidos, optou-se pela técnica do grupo nominal. Cada participante recebeu um documento para cada dimensão da matriz avaliativa (operacional, organizacional e sustentabilidade), no qual deveria analisar os seguintes critérios para cada indicador: clareza na redação, relevância e facilidade na obtenção dos dados, baseado no estudo de Deslandes et al., 2010.

Para expressão da nota, optou-se pela escala de Likert, forma simples de mensuração de atitude, pela qual cada participante atribui pontos, de forma independente, e os escores alcançados pelas proposições enunciadas são correlacionados com os totais alcançados (SILVA; TANAKA, 1999).

Em geral, são utilizadas, na escala de Likert, quatro ou cinco categorias/itens, por exemplo: não concordo totalmente, não concordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente e concordo totalmente. Alexandre et al., 2003 sugerem que a não inclusão de uma categoria central, em uma escala de 0 a 4, pode conduzir a uma tendência e forçar os respondentes a marcarem a direção à qual eles estão “inclinados”. Para os autores, incluir opção “não sei”, no exterior da escala gradual, por exemplo, 0, 1, 2, 3, 4 e não sei, pode ser uma opção na construção da escala.

Para a análise dos critérios, optou-se por uma escala de quatro itens: discordo totalmente, discordo parcialmente, concordo parcialmente, concordo totalmente, sendo as pontuações atribuídas a cada item no valor de 1, 2, 3 e 4, respectivamente. A planilha para análise dos indicadores está exemplificada na Figura 4.2.

Figura 4.2 – Planilha para análise dos indicadores com base na escala de Likert, utilizada na oficina de consenso para definição de indicadores para avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses, 2011

Dimensão – Sustentabilidade					
Nome:					
Indicadores	Critérios	Escala Likert			
Percentual de gestores e farmacêuticos que referem a existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as unidades básicas de saúde e a unidade central da secretaria municipal de saúde para resolução de questões sobre medicamentos.	Clareza na redação	() Discordo totalmente	() Discordo parcialmente	() Concordo parcialmente	() Concordo totalmente
	Relevância	() Discordo totalmente	() Discordo parcialmente	() Concordo parcialmente	() Concordo totalmente
	Facilidade de acesso aos dados	() Discordo totalmente	() Discordo parcialmente	() Concordo parcialmente	() Concordo totalmente

Fonte: Manzini, 2013.

Após o preenchimento das planilhas, os dados foram tabulados utilizando o *software* Microsoft Excel®. Calculou-se a mediana para cada critério de cada indicador. Os critérios que apresentassem mediana 3 ou 4 seriam considerados aprovados, sendo os demais levados para discussão no grupo, utilizando a técnica de comitê tradicional. No entanto, nenhum critério apresentou mediana inferior a 3. Com isso, optou-se em fazer uma discussão de todos os 49 indicadores propostos pelo NEPAF, utilizando a técnica do comitê tradicional.

A utilização da técnica do comitê tradicional permitiu a emissão da opinião dos atores sobre os indicadores. Foram sugeridas modificações na redação, inserção e exclusão de indicadores. Foi preciso, também, atualizar indicadores relacionados ao financiamento da assistência farmacêutica, devido a alterações na legislação.

O primeiro contato dos especialistas com a matriz, na análise para preenchimento da planilha, foi importante, e possibilitou conhecer os indicadores, porém não foi suficiente para a construção e consolidação de opiniões e críticas. A discussão aberta foi o ponto-chave para fornecimento de informações a serem utilizadas na remodelagem da matriz avaliativa.

As discussões na oficina foram gravadas e transcritas. Com base na transcrição das falas e na relatoria elaborada pelas pesquisadoras, foram realizadas as modificações na matriz avaliativa. A literatura foi consultada sempre que necessário, para fundamentar as mudanças a serem realizadas.

Além do aprimoramento da matriz avaliativa do projeto e da adequação dos indicadores propostos à realidade catarinense, a oficina foi um importante momento para discussão da gestão da assistência farmacêutica nos municípios desse estado. Os farmacêuticos puderam refletir sobre a prática dos serviços, expor a situação vivida nos municípios e trocar experiências e práticas, exitosas ou não.

Segunda oficina de consenso

A segunda oficina de consenso foi realizada em 15 de junho de 2012 e objetivou definir os parâmetros dos indicadores da pesquisa. A oficina contou com a participação de integrantes do grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, da UFSC, e de farmacêuticos responsáveis pela assistência farmacêutica nos seis municípios selecionados para a pesquisa.

A técnica de consenso utilizada foi o comitê tradicional, no qual todos os participantes puderam opinar e sugerir alterações nas medidas e nos parâmetros dos 44 indicadores. Quando necessário, a redação do indicador, a pergunta ou a premissa foram alterados.

Assim como na primeira oficina, as discussões foram gravadas e transcritas. As alterações na matriz foram realizadas com base na transcrição das falas e na relatoria elaborada pelas pesquisadoras.

Não há um número definido de oficinas ou reuniões a serem feitas. Isso vai depender da dinâmica de trabalho do grupo e disponibilidade de tempo dos participantes. O número de reuniões

não é importante, e sim que a questão a ser discutida seja trabalhada e o consenso seja obtido entre os especialistas. O consenso requer compromisso, paciência, tolerância e vontade de colocar o grupo acima dos interesses individuais.

A nova matriz avaliativa contém 44 indicadores, distribuídos nas dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade. O Quadro 4.1 resume as principais mudanças realizadas:

Quadro 4.1 – Alterações promovidas na adequação da matriz avaliativa para avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses, 2011

Ação	Total	Observação
Exclusão de indicadores	22	44,9% dos indicadores da planilha do NEPAF
Inclusão de indicadores	18	40,9% dos indicadores da nova matriz avaliativa
Mantido com alterações em indicador, medida ou parâmetro ou na redação do indicador	23	52,3% dos indicadores da nova matriz avaliativa
Mantido com alterações somente na redação	03	6,8% dos indicadores da nova matriz avaliativa

Os números expressivos de mudanças na matriz avaliativa refletem o fato de que o modelo adotado de avaliação é temporal e serve para aquela realidade. A utilização de modelos de avaliação previamente elaborados e validados implica, necessariamente, revisão e atualização do modelo a ser adotado.

Para a universidade, a adequação participativa do modelo de avaliação possibilitou um importante aprendizado sobre a realidade dos serviços e permitiu a construção de um produto acadêmico adequado para a realidade social dos municípios.

4.4 Escala de valor para atribuição do juízo de valor da avaliação

Partindo da premissa central de que avaliar é atribuir valor, é necessário emitir um julgamento sobre os dados obtidos em função de uma escala de critérios, que podem ser explícitos ou implícitos.

Segundo Alves et al., 2010, julgamento é uma declaração sobre o mérito do programa, sua validade e seu significado. É formado quando as descobertas e interpretações são comparadas com um ou mais parâmetros selecionados para avaliação. Os autores destacam, ainda, que as normas e os critérios a serem utilizados na definição do julgamento serão influenciados pelos que o definem: usuários, profissionais, gerentes e até mesmo o próprio avaliador, entre outros.

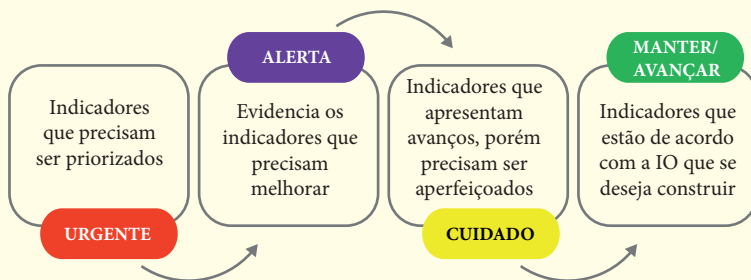
A escala de valor da avaliação deve ser desenvolvida para permitir o teste da hipótese ou a tomada de decisão, e pode ser modificada ao longo do tempo ou de diferentes situações.

No modelo de avaliação elaborado pelo NEPAF (NEPAF/UFBA, 2007), os autores assumiram que a avaliação tem o sentido de produzir respostas sobre a situação da gestão da assistência farmacêutica.

O foco dessa avaliação é a gestão como processo. Diante disso, o resultado conclusivo da análise deve sinalizar para um momento específico do processo de desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica. A metodologia adotada não vai avaliar a gestão como boa ou má, mas o quanto a capacidade de gestão da assistência farmacêutica avançou ou deve avançar para atingir a imagem-objetivo, visando explicitar os problemas para que estes possam ser trabalhados.

Para cada indicador expresso na matriz avaliativa, foi proposta uma escala de cores, conforme o resultado definido no parâmetro (por exemplo: verde/vermelho; verde/amarelo/vermelho; verde/amarelo/roxo/vermelho), a qual foi desenvolvida pelo NEPAF e apresentada no Capítulo 1. Com isso, os resultados de cada indicador são expressos em cores e indicam (NEPAF/UFBA, 2007):

Figura 4.3 – Modelo de apresentação em cores dos indicadores utilizado na pesquisa para avaliação da gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses, 2011



Fonte: elaborado pelos autores.

De acordo com o tipo de indicador e o resultado atingido, é possível calcular uma pontuação a ser obtida, com base em sua categorização por natureza, conforme apresentado no Capítulo 1.

Conforme já destacado no Capítulo 1, os indicadores detêm natureza distinta, uma vez que mensuram fenômenos diversos e, por esta razão, também detêm poder de definição diferenciado sobre a capacidade de gestão. Assim, os indicadores utilizados na pesquisa foram classificados segundo sua natureza em: (i) indicador de existência, (ii) de conhecimento, (iii) de participação, (iv) de autonomia e (v) de satisfação, conforme apresentado no Quadro 4.2.

Para cada ponto de corte, atribui-se uma fração da pontuação total do indicador. Utilizando como exemplo o indicador expresso no Quadro 4.3, se o município tiver até 10% de medicamentos, em sua Relação Municipal de Medicamentos (Remume), que não constam na Rename ou em pactuações na CIB, ele receberá 100% dos pontos do indicador, ou seja, 5 pontos, pois trata-se de um indicador de existência de condições normativas. Caso o município tenha todos os seus medicamentos constantes na Rename ou em pactuações na CIB, ele obterá 75% dos pontos, ou seja, 3,75 pontos. Já, se o município tiver mais do que 10,1% de medicamentos nessa situação, ele não pontuará. A parametrização desse indicador levou em consideração o fato de que a inserção de medicamentos não padronizados na Rename pode indicar flexibilidade na capacidade de executar a gestão da assistência farmacêutica.

Quadro 4.2 – Classificação, pontuação e características dos indicadores utilizados pelo NEPAF/UFBA para avaliação da gestão da assistência farmacêutica na atenção básica em municípios baianos, 2007

Indicadores segundo natureza	Pontuação atribuída	Características
Indicadores de participação	10 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram o envolvimento de diferentes atores no processo decisório.
Indicadores de autonomia	10 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram o grau de autonomia de atores representativos da área da assistência farmacêutica no processo decisório.
Indicadores de conhecimento	8 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram a disseminação de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores.
Indicadores de satisfação	4 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram a satisfação referida de diferentes atores internos e externos com os aspectos estratégicos na gestão.
Indicadores de existência de condições estratégicas	7 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram a existência de iniciativas ou de mecanismos voltados para a ampliação da capacidade política da instituição no sentido de elevar a visibilidade da assistência farmacêutica no âmbito municipal.
Indicadores de existência de condições normativas	5 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram a existência de cumprimento ou observância de normas e/ou orientações normativas e institucionais para a organização da assistência farmacêutica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.
Indicadores de existência de condições técnicas e operacionais	6 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram a existência de mecanismos técnicos e operacionais utilizados para elevar a capacidade e resolutibilidade da assistência farmacêutica oferecida nas unidades básicas de saúde da rede pública do SUS.

Fonte: NEPAF/UFBA (2007).

Quadro 4.3 – Exemplo de indicador integrante da matriz para avaliação da gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro
Há medicamentos da Remume que não constam na Rename 2010 ou em elencos pactuados na CIB?	3 Medicamentos que constam na Remume e que não constam na Rename 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB	Indicador de existência de condições normativas (5 pontos)	Total de medicamentos da Remume não constantes na Rename e/ou em elencos pactuados na CIB/Total de medicamentos da Remume X 100	Até 10%: 100% dos pontos/verde Todos os medicamentos constam na Rename: 75% dos pontos/amarelo Acima de 10,1%/ausência de Remume/vermelho

Fonte: Manzini, 2013.

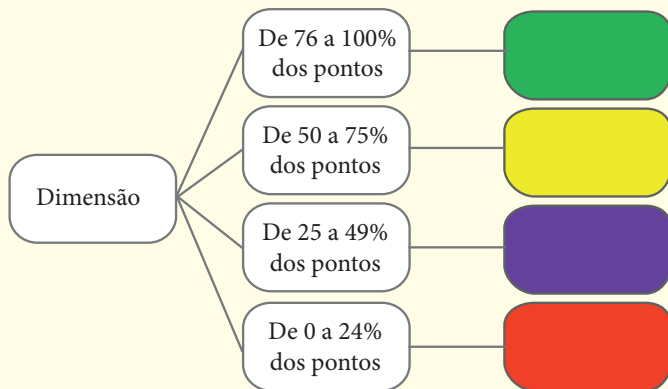
Depois de calculada a pontuação de cada indicador, é possível efetuar a soma e verificar a pontuação obtida na dimensão.

Para reconhecer os pontos críticos e os pontos altos da capacidade de gestão, os resultados serão apresentados por dimensões em um primeiro momento, seguindo a lógica da leitura dos resultados pelas cores propostas pelos pesquisadores do NEPAF. Os resultados foram apresentados aos municípios catarinenses por dimensão, apresentando a cor obtida, conforme a pontuação atingida, segundo o critério:

- **verde:** de 76 a 100% da pontuação máxima da dimensão, indicando que a situação encontrada na dimensão está de acordo com o preconizado para a capacidade de gestão da assistência farmacêutica;
- **amarelo:** de 50 a 75% da pontuação máxima da dimensão, indicando que há avanços na situação encontrada, mas é preciso o aprimoramento da capacidade de gestão da assistência farmacêutica;
- **roxo:** de 25 a 49% da pontuação máxima da dimensão, indicando que é preciso melhorar a capacidade de gestão da assistência farmacêutica;
- **vermelho:** de 0 a 24% da pontuação máxima da dimensão, indicando que a situação encontrada é crítica e compromete a

capacidade de gestão da assistência farmacêutica, sinalizando uma prioridade para a gestão.

Figura 4.4 – Modelo de apresentação em cores das dimensões da matriz avaliativa utilizado na pesquisa para avaliação da gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses, 2011



Fonte: elaborado pelos autores.

Após a análise geral dos resultados por dimensões, faz-se uma leitura crítica dos indicadores, tendo como base aspectos qualitativos obtidos por meio de entrevistas com os atores, sem a lógica quantitativa de percentual e/ou pontos de acertos e erros, para não alimentar uma lógica punitiva ou recriminatória.

A análise da matriz permite, entre outros aspectos (NEPAF/UFBA, 2007):

- identificar as dimensões e os indicadores que obtiveram piores e melhores resultados;
- identificar os constrangimentos à gestão, os quais podem ser internos ou externos ao nível local do sistema;
- promover discussões internas com a equipe sobre os determinantes e os condicionantes de determinadas variáveis; e
- definir e articular estratégias para superação dos constrangimentos identificados e/ou para manutenção das condições favoráveis, em curto, médio e longo prazo.

Com base nessas observações, a avaliação proposta não se encerra em si mesma, mas subsidia o planejamento do presente, a fim de se conquistar um desenvolvimento pleno da capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica, em consonância com os princípios orientadores do SUS: descentralização, participação, autonomia, transparência e flexibilidade.

Com a expressiva alteração na matriz avaliativa, em consequência do processo de adequação para a aplicação em municípios catarinenses, optou-se pela elaboração de novos instrumentos e novas diretrizes para a coleta de dados. A matriz avaliativa e os instrumentos de coleta de dados são apresentados no Capítulo 5.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, J. W. C.; ANDRADE, D. F. de; VASCONCELOS, A. P. de; ARAUJO, A. M. S. da; BATISTA, M. J. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. ENCONTRO NAC. DE ENG. DE PRODUÇÃO, 23., 2003, Ouro Preto, MG. *Resumo...* Ouro Preto, MG, 2003.
- ALVES, C. K. de A. A.; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Interpretação e análise das informações: O uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de (Org.). *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 89-107.
- AQUINO, D. S. de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 733-736, abr. 2008.
- BARRETO, J. L. *Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: um estudo em municípios baianos*. 2007. 163 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- BEZERRA, L. C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. de A. Modelagem de Programas: da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de (Org.). *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.
- BRUM, L. F. da S.; PEREIRA, P.; FELICETTI, L. L.; SILVEIRA, R. D. da. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2435-2442, maio 2011.
- CARNEIRO, M. de F. G.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. de A. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1763-1772, ago. 2008.
- CASSIANI, S. H. de 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. Enf.*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 76-93, set./dez. 1996.
- DESLANDES, S. F.; MENDES, C. H. F.; PIRES, T. de O.; CAMPOS, D. de S. 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. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 10, Supl. 1, p. s29-s37, nov. 2010.
- DESLANDES, S. F.; MENDES, C. H. F.; LIMA, J. de S.; CAMPOS, D. de S. 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*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1633-1645, ago. 2011.
- ESHER, A.; SANTOS, E. M. dos; MAGARINOS-TORRES, R.; AZEREDO, T. B. Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 203-214, jan. 2012.
- GUIMARÃES, M. do C. L.; SANTOS, S. M. C. dos; MELO, C.; FILHO, A. S. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov./dez. 2004.
- LEITE, S. N.; GUIMARÃES, M. do C. L.; MATTOZO, M. R.; MENDES, S. M. *Gestão da assistência farmacêutica*. 2014. Disponível em: <<https://uniasus2.moodle.ufsc.br/course/view.php?id=6>>.
- LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S.; COSTA, A. C.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 620-628, ago. 2010.

- MANZINI, F. *Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão*. 2013. 219 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (Org.). *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. de A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. de A., VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- MENDES, S. J. *Capacidade de Gestão Municipal da Assistência Farmacêutica: Avaliação no contexto catarinense*. 2013. 239 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- MOTA, D. M.; SILVA, M. G. C. da; SUDO, E. C.; ORTUN, V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 589-601, abr. 2008.
- NATAL, S., SAMICO, I.; OLIVEIRA, L. G. D. de; ASSIS, A. M. J. de. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 560-571, 2010.
- NATAL, S. *Modelagem* [aula da disciplina Avaliação Em Saúde – Tópicos Avançados]. Florianópolis, 2012. 41 slides. Apresentação em *Power-point*.
- NEPAF/UFBA. Resumo executivo. *Projeto: Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica na atenção básica: um modelo em construção*. Salvador: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal da Bahia, 2007.
- NUNES, C. C.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 85-94, mar. 2008.

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

SILVA, R. F. da; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em Atenção Primária de Saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 207-216, set. 1999.

SOUZA, L. E. P. F. de; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. de A. 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. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 65-102.

MATRIZ DE INDICADORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO E AS PREMISSAS DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ÂMBITO MUNICIPAL

Fernanda Manzini
Samara Jamile Mendes

A matriz avaliativa desenvolvida no projeto possui 44 indicadores, divididos em três dimensões: organizacional, operacional e sustentabilidade. Cada indicador possui medida e parâmetro, que juntos formam o conjunto de subsídios para a emissão do juízo de valor. Os indicadores são elementos que apontam certa condição, característica, atributo ou medida numérica que permitem o registro, a compilação e a análise de dados sobre um evento, tornando possível a mensuração de conceitos mais complexos (GUIMARÃES et al., 2004). As premissas são a orientação e a justificativa de cada indicador, que colaboram para a gestão da assistência farmacêutica (NEPAF/UFBA, 2007).

O contato com os municípios foi realizado com a apresentação de documentos expondo o projeto, seus objetivos e direções, além de uma declaração da pesquisadora responsabilizando-se e comprometendo-se com os dados coletados. Aos secretários de saúde foi solicitada a assinatura de uma declaração de aceite para que os municípios participassem da pesquisa. No decorrer do projeto e antes da coleta,

alguns dados foram solicitados aos municípios para conhecimento do local, caracterização e preparação dos momentos de coleta.

Os indicadores foram aplicados por meio de instrumentos de coleta de dados. As entrevistas foram destinadas a atores-chave com perguntas preestabelecidas. Os roteiros de entrevistas foram elaborados de maneira a não somente responder ao solicitado no indicador, mas também aprofundar a discussão, a fim de encontrar os condicionantes e/ou oportunidades à gestão.

Ao todo foram elaborados oito instrumentos para a obtenção dos dados primários, sendo dois *check-list* para obtenção de informações das farmácias das unidades de saúde e das prescrições, e seis roteiros de entrevistas com questões abertas e fechadas para cada categoria de informante-chave.

Para coleta de dados nas unidades de saúde, adotou-se a estratégia do dia típico na unidade de saúde, que, segundo Barreto e Guimarães (2010), não cria situações de excepcionalidade para a pesquisa como forma de observar as situações cotidianas dos serviços.

A coleta de dados de prescrições é realizada na saída do usuário do consultório, pois a coleta diretamente na farmácia não é recomendada. Dessa forma, permitiu a verificação de todas as prescrições do dia, e não somente as que passam na farmácia da unidade.

O *check-list* para análise das condições físicas das farmácias das unidades de saúde e a análise de medicamentos vencidos no estoque da farmácia também devem ser realizados no dia típico, com base no instrumento formulado.

Para verificação dos estoques de medicamentos nas unidades de saúde, propõe-se a utilização dos medicamentos contidos no anexo I da 8ª edição da Rename. Esta seleção está baseada na utilização do 1º nível de classificação da *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC), utilizando pelo menos dois medicamentos de cada um dos grupos, totalizando dezoito medicamentos.

Os informantes-chaves no município foram definidos segundo a sua posição institucional e seu envolvimento técnico e gerencial com a gestão da assistência farmacêutica básica. São eles: secretário de saúde do município; coordenador da assistência farmacêutica; coordenadores das unidades básicas de saúde selecionadas para a pesquisa; farmacêuticos e prescritores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde que atuam nas unidades básicas; e usuários do sistema de saúde.

Quadro 5.1 – Matriz de Indicadores

Matriz da Dimensão Organizacional			
Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A coordenação da AF está instituída formalmente na estrutura administrativa da SMS?	1) Condição de existência da coordenação da AF na SMS.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação instituída por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador. - Coordenação não instituída por norma ou não atribuição de cargo comissionado ao coordenador. - Não há reconhecimento das funções de gestão da assistência farmacêutica. 	<p>Coordenação instituída por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador: 100% dos pontos/verde.</p> <p>Coordenação não instituída por norma ou não atribuição de cargo comissionado ao coordenador: 50% dos pontos/amarelo.</p> <p>Não há reconhecimento das funções de gestão da assistência farmacêutica: não pontua/vermelho.</p>
A coordenação de AF decide sobre questões relevantes concernentes à AF no âmbito da SMS?	2) Grau de autonomia decisória da coordenação de AF.	<p>Sim/Não</p> <p>Tipos de questões referidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Formulação de diretrizes para a organização da AF no município. 2) Seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos para as US. 3) Acompanhamento, orientação e supervisão das farmácias/US sobre as ações da AF. 	<p>Sim para todas as questões: alto grau de autonomia: 100% dos pontos/verde.</p> <p>Sim para pelo menos dois tipos de questões: médio grau de autonomia: 50% dos pontos/amarelo.</p> <p>Sim para uma das questões: baixo grau de autonomia: 25% dos pontos/roxo.</p> <p>Nenhuma das questões referidas: autonomia inexistente: não pontua/vermelho.</p>
Qual é a profissão do coordenador da AF?	3) Profissão do coordenador da AF.	<ul style="list-style-type: none"> - Farmacêutico. - Outra profissão da área da saúde. - Outra profissão que não seja da área da saúde/Qualquer outra situação. 	<p>Farmacêutico: 100% dos pontos/verde.</p> <p>Outra profissão da área da saúde: 50% dos pontos/amarelo.</p> <p>Qualquer outra situação: não pontua/vermelho.</p>

Os farmacêuticos e coordenadores de US conhecem a coordenação da AF?	4) Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de US.	Número de farmacêuticos e coordenadores de US que conhecem a existência da coordenação da AF /Total de informantes x 100. - Oficial: portaria ou nomeação dos membros da CFT. - Não oficial. - Não existe.	100% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. Abaixo de 100%: não pontua/vermelho. - Oficial: 100% dos pontos/verde. - Não oficial: 75% dos pontos/amarelo. - Não existe: não pontua/vermelho.
A CFT existe formalmente na SMS do Município?	5) Existência formal da CFT na SMS.	Municípios com mais de 100.000 habitantes: - acima de 6 reuniões anuais: regular; - abaixo de 6 reuniões anuais: irregular. Municípios com menos de 100.000 habitantes: - acima de 3 reuniões anuais: regular; - abaixo de 3 reuniões anuais: irregular.	Regular: 100% dos pontos/verde. Irregular/Não existe: não pontua/vermelho.
A CFT funciona regularmente?	6) Regularidade de funcionamento da CFT no último ano.	Municípios com mais de 100.000 habitantes: - acima de 6 reuniões anuais: regular; - abaixo de 6 reuniões anuais: irregular. Municípios com menos de 100.000 habitantes: - acima de 3 reuniões anuais: regular; - abaixo de 3 reuniões anuais: irregular.	Regular: 100% dos pontos/verde. Irregular/Não existe: não pontua/vermelho.
Os farmacêuticos participam da elaboração do Plano Municipal de Saúde?	7) Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde.	- Participou das atividades da elaboração do Plano Municipal de Saúde. - Subsidiou tecnicamente a elaboração do capítulo de AF. - Farmacêuticos não participaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde.	- Participou das atividades da elaboração do Plano Municipal de Saúde: 100% dos pontos/verde. - Subsidiou tecnicamente a elaboração do capítulo de AF: 50% dos pontos/amarelo. - Farmacêuticos não participaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde: não pontua/vermelho.
Os farmacêuticos conhecem o Plano Municipal de Saúde?	8) Conhecimento do Plano Municipal de Saúde segundo farmacêuticos.	Número de farmacêuticos que conhecem o Plano Municipal de Saúde /Total de informantes x 100.	100% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. Abaixo de 100%: não pontua/vermelho.

<p>A coordenação da AF participa nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município?</p>	<p>9) Participação da coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).</p>	<p>Sim/Não</p>	<p>Sim: 100% dos pontos/verde. Não: não pontua/vermelho</p>
<p>Existe programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF?</p>	<p>10) Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.</p>	<p>Sim/Não</p>	<p>Sim: 100% dos pontos/verde. Não: não pontua/vermelho.</p>
<p>A programação de medicamentos é feita com base em critérios técnicos?</p>	<p>11) Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.</p>	<p>- Utilização de métodos de programação de medicamentos: a) perfil epidemiológico b) oferta de serviços c) consumo histórico d) consumo ajustado - Não utilização de métodos de programação.</p>	<p>Sim: 100% dos pontos/verde. Não: não pontua/vermelho.</p>
<p>Quem define os parâmetros de programação para distribuição dos medicamentos a serem distribuídos para as US?</p>	<p>12) Responsável(is) pela definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às US.</p>	<p>- Definição feita em conjunto com a US e com a coordenação da AF. - Definição da quantidade de medicamentos feita somente pela US. - Definição da quantidade de medicamentos feita somente pela coordenação da AF.</p>	<p>Definição feita em conjunto com a US e com a coordenação da AF: 100% dos pontos/verde. Definição da quantidade de medicamentos feita somente pela US ou somente pela coordenação da AF: não pontua/vermelho.</p>

<p>A rede de AF possui sistema informatizado integrado ao sistema da rede de atenção à saúde?</p>	<p>13) Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de AF possui sistema informatizado e está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde. - Rede de AF possui sistema informatizado, mas não está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde. - Não existe sistema informatizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de AF possui sistema informatizado e está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde: 100% dos pontos/verde. - Rede de AF possui sistema informatizado, mas não está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde: 50% dos pontos/amarelo. - Não existe sistema informatizado: não pontua/vermelho.
---	--	--	--

Matriz da Dimensão Operacional

<p>Existe uma lista de medicamentos essenciais no município?</p>	<p>14) Existência da Remume.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Institucionalizada por meio de norma. - Não institucionalizada por meio de norma. - Não existe. 	<p>Existe institucionalizada por meio de norma: 100% dos pontos/verde.</p> <p>Existe, mas não é institucionalizada por meio de norma: 50% dos pontos/amarelo.</p> <p>Não existe: não pontua/vermelho.</p>
<p>Os medicamentos prescritos para os usuários das unidades são aqueles previstos nos elencos dos componentes de financiamento da AF?</p>	<p>15) Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componentes básico, especializado e estratégico) adotadas/padronizadas pelo município.</p>	<p>Total de medicamentos prescritos que constam nas listas de medicamentos adotadas pelo município/Total de medicamentos prescritos por usuário dia x 100.</p>	<p>Acima de 90%: 100% dos pontos/verde.</p> <p>Entre 75 a 89%: 75% dos pontos/amarelo.</p> <p>Entre 50 a 74%: 50% dos pontos/roxo.</p> <p>Abaixo de 50% ausência de Remume: não pontua/vermelho.</p>

<p>Há medicamentos da Remume que não constam na Renome 2010 ou em elencos pactuados na CIB?</p>	<p>16) Medicamentos que constam na Remume e que não constam na Renome 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB.</p>	<p>Total de medicamentos da Remume não constantes na Renome e/ou em elencos pactuados na CIB/Total de medicamentos da Remume X 100.</p>	<p>Até 10%; 100% dos pontos/verde. Acima de 10,1%/ausência de Remume: não pontua/vermelho. Todos os medicamentos constam na Renome: 75% dos pontos/amarelo.</p>
<p>Existem medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US?</p>	<p>17) Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US.</p>	<p>Sim/Não para medicamentos fora da validade. Existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade.</p>	<p>Não existência de medicamentos fora da validade: 100% dos pontos/verde. Não existência de medicamentos fora da validade e existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade: 50% pontos/amarelo. Existência de pelos menos um medicamento fora da validade: não pontua/vermelho.</p>
<p>Existem instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos nas US?</p>	<p>18) Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.</p>	<p>Sim/Não para os seguintes instrumentos: - Termômetro digital. - Aparelho condicionador de ar - Refrigerador próprio para armazenamento de termolábeis. - Armário com chave para armazenamento dos psicotrópicos. Considerar para cada unidade de saúde apenas os itens elegíveis. Calcular a porcentagem de cada unidade e para o município a média das porcentagens das unidades.</p>	<p>Acima de 75% média: 100% dos pontos: verde 50% a 75% média: 75% dos pontos: amarelo. 25% a 50% média: 50% dos pontos: roxo. 0 a 25% média: 25% dos pontos: vermelho.</p>

A SMS tem um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde?	19) Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	Sim/Não	Sim: 100% dos pontos/verde. Não: não pontua/ vermelho.
Houve nos últimos 4 (anos) anos investimentos em infraestrutura de serviços de AF?	20) Existência de investimentos em infraestruturas nos últimos 4 (quatro) anos em serviços de AF.	Sim/ Não para as seguintes questões: - Reforma ou ampliação de Farmácia de US. - Reforma, ampliação da CAF. - Programas de capacitação de recursos humanos. - Informatização da rede. - Aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de AF.	Sim para pelo 4 questões: 100% dos pontos/verde. Sim para pelo menos uma questão: 50% dos pontos/amarelo. Qualquer outra situação: não pontua/vermelho.
As farmácias das US contam com a presença de farmacêuticos?	21) US que contam com a presença de farmacêuticos.	Número de US que contam com a presença de farmacêutico /Total de US x 100. - Contabilizar somente as unidades de saúde que prestem serviços de atenção primária e dispensem medicamentos para esse nível de atenção à saúde (CAPS e UPAs não são contados).	100% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. De 51 a 99% de respostas positivas: 75% dos pontos/amarelo. De 1 a 50% de respostas positivas: 50% dos pontos/roxo. Nenhuma US com farmacêutico: não pontua/vermelho.
A SMS tem mecanismos para registro da produtividade do farmacêutico?	22) Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico.	Sim/Não	Sim: 100% dos pontos/verde. Não: não pontua/vermelho.

<p>A dispensação de medicamentos nas US é orientada por instrumentos de padronização?</p>	<p>23) Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos.</p>	<p>Sim/Não</p>	<p>Sim: 100% dos pontos/verde. Não: não pontua/vermelho.</p>
<p>Qual é a porcentagem do orçamento destinado a aquisição de medicamentos demandados por ações judiciais?</p>	<p>24) Valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado à aquisição de medicamentos no último ano.</p>	<p>Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos no último ano/Orçamento destinado à aquisição de medicamentos x 100.</p>	<p>Abaixo de 10%: 100% dos pontos/verde. Mais de 10%: 50% dos pontos/amarelo. O município não tem esta informação ou não tem gastos com judicialização: não pontua/vermelho.</p>
<p>Existe um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as US?</p>	<p>25) Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.</p>	<p>Sim/ Não, com base nos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regularidade recomendada: mensal, quinzenal e semanal. - Irregular: diferente dessa situação. 	<p>Sim: 100% dos pontos/verde. Não: não pontua/vermelho.</p>
<p>Os prescritores que atendem nas US recebem informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US?</p>	<p>26) Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores.</p>	<p>Número de prescritores que referem receber informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US /Total de informantes x 100.</p>	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos/amarelo. Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua/vermelho.</p>

<p>Os mecanismos de divulgação da Remume são conhecidos pelos prescritores?</p>	<p>27) Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remume pelos prescritores.</p>	<p>Número de prescritores que referem conhecimento dos mecanismos de divulgação da Remume /Total de informantes x 100.</p>	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos/amarelo. Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua/vermelho.</p>
<p>A quantidade de medicamentos nas US, segundo os diferentes atores envolvidos, é suficiente para atender a demanda?</p>	<p>28) Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.</p>	<p>Número de secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores que consideram a quantidade adequada de medicamentos nas unidades para atendimento da demanda/Total de informantes x 100. Análise por categoria: gestão e US.</p>	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos/amarelo. Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua/vermelho.</p>
<p>A diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US, segundo os diferentes atores envolvidos, é adequada para atender à demanda?</p>	<p>29) Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.</p>	<p>Número de secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores que consideram a diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US adequados para atendimento da demanda/total de informantes x 100. Análise por categoria: gestão e US.</p>	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos/amarelo. Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua/vermelho.</p>

Existe um monitoramento da AF? Os dados obtidos são utilizados no planejamento das ações?	30) Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	<ul style="list-style-type: none"> - Existe o monitoramento e os dados são utilizados no planejamento. - Existe o monitoramento e os dados não são utilizados no planejamento. - O monitoramento não é realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe o monitoramento da AF e os dados são utilizados no planejamento: 100% dos pontos/verde. - Existe o monitoramento da AF e os dados não são utilizados no planejamento: 50% dos pontos/amarelo. - O monitoramento da AF não é realizado: não pontua/vermelho.
---	---	--	--

Matriz da Dimensão Sustentabilidade

Existem estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de questões relativas a medicamentos?	31) Estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de US e farmacêuticos.	Número de coordenadores de US e farmacêuticos que referem estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF/total de informantes x 100.	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos/amarelo. Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua/vermelho.
A AF atua de forma articulada com as coordenações da ESF e EACS para o desenvolvimento de ações que envolvem medicamentos?	32) Existência de estratégias de articulação entre a coordenação da AF e as coordenações da ESF e da EAC.	Sim/Não	Sim: 100% dos pontos/verde. Não: não pontua/vermelho.

A AF conta com parceria da coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área?	33) Existência de parceria entre a coordenação de AF do município e a coordenação estadual.	Sim/Não	Sim: 100% dos pontos/verde. Não: não pontua/vermelho.
Que tipos de parcerias são estabelecidas entre a coordenação municipal e estadual da AF?	34) Tipo (diversidade) de recursos incorporados à AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual.	Tipos de Recursos/apoio incorporados: 1) Recursos/Apoio Técnico. 2) Recursos/Apoio Financeiro para além das obrigações já pactuadas. 3) Recursos/Apoio Logístico.	Sim para os três tipos de recursos: 100% dos pontos/verde. Sim para dois tipos de recursos: 50% dos pontos/amarelo. Sim para apenas um tipo de recurso: 25% dos pontos/roxo. Qualquer outra situação: não pontua/vermelho.
Nos últimos quatro anos a AF discutiu as questões da área junto ao Conselho Municipal de Saúde?	35) Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 anos.	Sim/Não para as seguintes situações: – Discussão e aprovação da Remuneração. – Discussão sobre questões que alteram a organização do serviço. – Discussão sobre novos projetos da área.	Sim para as três situações: 100% dos pontos/verde Sim para duas situações: 50% dos pontos/amarelo. Sim para apenas uma situação: 25% dos pontos/roxo. Qualquer outra situação: não pontua/vermelho.

<p>A elaboração dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde foi participativa?</p>	<p>36) Elaboração participativa dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração pela coordenação da AF com participação de farmacêuticos ou outros profissionais dos serviços. - Outra forma de elaboração. - Não existe a descrição dos objetivos, diretrizes e metas sobre AF no Plano Municipal de Saúde. 	<p>Elaboração pela coordenação da AF com participação de farmacêuticos ou outros profissionais dos serviços: 100% dos pontos/verde.</p> <p>Qualquer outra forma de elaboração ou não existe a descrição dos objetivos, diretrizes e metas sobre AF no Plano Municipal de Saúde: não pontua/vermelho.</p>
<p>Os farmacêuticos participaram de capacitação em AF; gestão, saúde coletiva/saúde pública ou áreas afins nos últimos dois anos?</p>	<p>37) Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva/saúde pública ou áreas afins nos últimos dois anos.</p>	<p>Numero de farmacêuticos que participaram capacitação em AF, gestão, saúde coletiva/saúde pública ou áreas afins nos últimos dois anos/ total de informantes x 100.</p>	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde.</p> <p>De 50 a 74% de respostas positivas: 75% dos pontos/amarelo.</p> <p>De 25 a 49% de respostas positivas: 25% dos pontos/roxo.</p> <p>Abaixo de 25% de respostas positivas: não pontua/vermelho.</p>
<p>Qual é o vínculo trabalhista do coordenador da AF?</p>	<p>38) Vínculo trabalhista do coordenador da AF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estatutário - Outras formas de contratação - Não tem o cargo de coordenador da AF. 	<p>Estatutário: 100% dos pontos/verde.</p> <p>Outras formas de contratação/não tem o cargo de coordenador da AF: não pontua/vermelho.</p>
<p>Existe o cargo de farmacêutico no município?</p>	<p>39) Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos.</p>	<p>Sim/Não</p>	<p>Sim: 100% dos pontos/verde.</p> <p>Não: não pontua/vermelho.</p>

As US contam com mecanismos para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos?	40) Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	Número de coordenadores de US que referem a existência de mecanismos nas unidades para receber críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos /Total de informantes x 100.	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos/amarelo. Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua/vermelho.
Existência de mecanismos para críticas e ou elogios sobre os serviços de AF, segundo os usuários?	41) Existência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços de AF, segundo usuários.	Número de usuários que refere conhecer a existência de mecanismos nas unidades para críticas e sugestões sobre os serviços de AF / Total de informantes x 100.	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos/amarelo. Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua/vermelho.
Os usuários estão satisfeitos com condições da dispensação de medicamentos na US?	42) Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	Número de usuários que atribuíram satisfação em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos/Total de informantes x 100.	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. De 50 a 74% de respostas positivas: 75% dos pontos/amarelo. De 25% a 49% de respostas positivas: 25% dos pontos/roxo. Abaixo de 25% de respostas positivas: não pontua/vermelho.

Os usuários estão satisfeitos com o atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos?	43) Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos.	Porcentagem de usuários que atribuíram satisfação em relação ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos / Total de informantes x 100.	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos/verde. De 50 a 74% de respostas positivas: 75% dos pontos/amarelo. De 25 a 49% de respostas positivas: 25% dos pontos/roxo. Abaixo de 25% de respostas positivas: não pontua/vermelho.
Os usuários estão satisfeitos com as condições físicas da farmácia?	44) Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	Número de usuários que atribuíram satisfação às condições físicas da unidade em que dispensa medicamentos / Total de informantes x 100.	Acima de 75% de média 5= 100% dos pontos/verde. De 50 a 74% de média 5= 75% dos pontos/amarelo. De 25 a 49% de média 5: 25% dos pontos/roxo.

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica. CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico. CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica. CIB: Comissão Intergestora Bipartite. EACS: Estratégia de Agentes Comunitários da Saúde. ESF: Estratégia de Saúde da Família. Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Remume: Relação Municipal de Medicamentos. SMS: Secretaria Municipal de Saúde. US: Unidade(s) de Saúde.
Fonte: Manzini, 2013.

5.1 Premissas do modelo aplicado

Apresenta-se, a seguir, a premissa de cada um dos 44 indicadores que integram a matriz avaliativa utilizada na avaliação da gestão da assistência farmacêutica em Santa Catarina.

Dimensão organizacional

A dimensão organizacional avalia a capacidade que a gestão da assistência farmacêutica municipal tem de decidir e planejar de forma participativa, autônoma e transparente. Demonstra quem e como se decide na gestão. O envolvimento e a participação de diferentes atores no processo de planejamento e de decisão traduzem os princípios da autonomia, transparência e descentralização da gestão da assistência farmacêutica. A melhor distribuição de conhecimentos estratégicos entre os diferentes atores atende ao princípio da transparência e qualifica a participação destes na gestão, o que contribui para a capacidade de decidir democraticamente (GUIMARÃES et al., 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Indicador 1 – Condição de existência da coordenação da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde

A coordenação da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde é avaliada, na matriz de indicadores, por sua condição de existência, nas formas citadas na medida da matriz apresentada.

O Ministério da Saúde, no documento “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS” (BRASIL, 2009), preconiza a definição de um locus para a assistência farmacêutica no formato de diretoria, gerência, coordenação ou superintendência, na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

A gestão da assistência farmacêutica é entendida como uma concepção ampliada e inovadora, que precisa de um órgão ou instância que lidere e seja responsável por suas ações, como uma coordenação. O reconhecimento da assistência farmacêutica como uma área de gestão, e não como um ponto de compra e entrega de

medicamentos, influencia mudanças na imagem minimalista dos serviços farmacêuticos e na visão técnica da administração clássica, e, ainda, contribui para a garantia de uma gestão que decide e executa, de forma participativa, com autonomia e sustentando os resultados alcançados.

Indicador 2 – Grau de autonomia decisória da coordenação de assistência farmacêutica

A autonomia decisória é um dos princípios que constroem a gestão da assistência farmacêutica e é medida no indicador 2. Se bem alicerçada, pode melhorar a capacidade de gestão no município e contribuir para o reconhecimento da área dentro da secretaria, mantendo os resultados e legitimando a assistência farmacêutica como um serviço bem estruturado para os usuários.

A autonomia da coordenação da assistência farmacêutica no âmbito municipal fica prejudicada por ser, segundo Barreto (2007), dependente do entendimento do gestor quanto à importância de a assistência farmacêutica ser uma política de saúde, o que a torna mais vulnerável do que outros programas, podendo ser desarticulada com mudanças políticas e administrativas na gestão do setor saúde. A autonomia é também constrangida pela quantidade insuficiente de farmacêuticos envolvidos com as atividades da assistência farmacêutica no setor público e pelas dificuldades operacionais, como: processo de licitação de compra e de programação, transporte inadequado de medicamentos, armazenado de forma inadequada, dispensação e programação de forma inadequada, ausência de sistema de controle de dispensação (BARRETO, 2007). A falta de autonomia impede o desenvolvimento e a capacidade de decidir a gestão, já que constitui um dos princípios orientadores para organização da gestão.

Indicador 3 – Profissão do coordenador da assistência farmacêutica

Segundo estabelecido na Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014 - a qual dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas -, no âmbito da assistência farmacêutica, as farmácias, de qualquer natureza, requerem, obrigatoriamente,

para seu funcionamento, a responsabilidade e a assistência técnica de farmacêutico habilitado na forma da lei. Tomando o alicerce legal, o farmacêutico é o profissional indicado para assumir um cargo de liderança e gerenciamento, como o de coordenador da assistência farmacêutica. É um profissional que, além de cuidar das questões operacionais, de delegar as funções técnicas, também tem uma importância política, pois é gestor de recursos financeiros, insumos para saúde e, principalmente, de pessoas. Por isso, o farmacêutico, enquanto coordenador, está numa condição que contribui para a capacidade de gestão e pode contribuir na evolução dos conceitos reducionistas da assistência farmacêutica, para um olhar voltado ao usuário e ao medicamento como um insumo que faz parte de um processo terapêutico, e não o centro das ações da gestão.

Indicador 4 – Conhecimento da existência da coordenação da assistência farmacêutica

O reconhecimento da coordenação da assistência farmacêutica é um critério importante, pois sem ele a coordenação não se mantém acreditada, e nenhuma estruturação, crescimento ou avanço vai ser estável. O parâmetro utilizado nesse modelo demonstra que, se a coordenação da assistência farmacêutica existe, todos os profissionais devem conhecê-la. Os coordenadores das unidades e farmacêuticos, assim como prescritores e também usuários, tendo a coordenação da assistência farmacêutica como parte da gestão, podem melhorar a sua visibilidade e seguir os princípios de transparência, credibilidade e autonomia.

Indicador 5 – Existência formal da Comissão de Farmácia e Terapêutica na Secretaria Municipal de Saúde e

Indicador 6 – Regularidade de funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica no último ano

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, com finalidade de selecionar medicamentos essenciais, assessorar a coordenação da assistência farmacêutica nas questões referentes a medicamentos e

promover ações educativas (BRASIL, 2006). Para Perini (2003), a seleção é um processo que culmina na escolha de medicamentos a serem utilizados na assistência à saúde de determinada instituição ou serviço, com base em critérios farmacoepidemiológicos e farmacoeconômicos predefinidos. Reis e Perini (2008) ressaltam o envolvimento da CFT na prevenção e gerenciamento do desabastecimento de medicamentos nos estabelecimentos de saúde. Dada sua importância para questões de seleção de medicamentos eficazes, seguros e com melhor custo efetivo, a falta dessa comissão indica condições inadequadas para se tomar decisões relacionadas à seleção, o que implica o acesso a medicamentos de qualidade.

Com regularidade de funcionamento, os encontros da CFT podem ser considerados um ponto de contribuição para todas as áreas envolvidas com medicamentos e usuários, pois a educação continuada dos profissionais é uma das funções dessa comissão. Vale ressaltar que a participação e o envolvimento dos profissionais da equipe de saúde nessa atividade contribuem para que estes se tornem mais informados e se sintam corresponsáveis com a relação de medicamentos selecionados, além de acrescentar valor técnico ao trabalho. Essa participação pode contribuir com a aceitação da lista e com a prescrição dos medicamentos contemplados (OLIVEIRA; GROCHOCKI; PINHEIRO, 2011).

O fato de não existir uma CFT municipal e, preferencialmente, formalizada, com regularidade de funcionamento, prejudica a capacidade de decidir da gestão da assistência farmacêutica. Segundo Santana (2013), a falta de critérios previamente estabelecidos para incorporação de tecnologias em unidades de saúde resulta numa desregulamentação do arsenal terapêutico, criando listas de medicamentos inflacionados, com itens de utilidade questionáveis.

Em um estudo que demonstrou os impactos assistenciais e econômicos da implantação de CFT em hospitais públicos, além da melhoria dos indicadores associados ao grau de essencialidade e disponibilidade no mercado, foi possível observar, também, uma redução da demanda de custos dos insumos após a implantação do processo de seleção, por meio das CFT (SANTANA, 2013).

Indicador 7 – Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde e Indicador 8 – Conhecimento do Plano Municipal de Saúde segundo farmacêuticos

O planejamento do SUS deve ser uma ação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009b).

A Lei nº 8.080/90, no artigo 15, define que a elaboração e atualização periódica do Plano Municipal de Saúde é atribuição da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios; também estabelece que, em conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nesse mesmo artigo, é atribuída às três esferas de gestão do SUS a responsabilidade de “promover a articulação da política e dos planos de saúde”. No capítulo III, relativo ao Planejamento e ao Orçamento, o § 1º do artigo 36 define que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (BRASIL, 1990a).

Nesse sentido, a Lei nº 8.142/90, no artigo 4º, fixa que os recursos federais destinados à cobertura das ações e dos serviços de saúde, para serem recebidos pelos municípios, os estados e o Distrito Federal, deverão levar em consideração o Plano de Saúde (BRASIL, 1990b). No Brasil, o aporte legal justifica o uso e a construção do Plano Municipal de Saúde, que é um instrumento promissor no planejamento das ações para alcançar seus objetivos e metas traçados.

A participação de farmacêuticos na construção do Plano Municipal de Saúde, bem como o conhecimento do Plano pelos farmacêuticos, são aspectos relevantes, já que o planejamento é uma questão inerente à gestão, que não acontece sem ele. Planejar é uma atividade própria do ser humano. Pensar o futuro e definir estratégias para alcançá-lo orienta a atuação do homem em todos os espaços (VEBER; LACERDA; CALVO, 2011).

Conhecer o Plano de Saúde do município é a condição mínima para o profissional de saúde planejar e desempenhar suas funções, de forma coordenada e engajada com a política de saúde do município, e poder colaborar com ela.

Indicador 9 – Participação da coordenação da assistência farmacêutica nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município

A participação da coordenação da assistência farmacêutica nas discussões e decisões sobre programas ou atividades de saúde no município permite ampliar as ações de saúde, uma vez que a participação é ingrediente essencial para a formulação dos conceitos de gestão adotados neste estudo e orientados por princípios basilares do SUS.

O SUS, ao ser concebido, admitiu a existência de múltiplos interesses e concepções sobre como esse sistema poderia ser conduzido, em um contexto de tanta diversidade e tantas diferenças. Para tanto, foi necessária a criação de espaços decisórios de gestão compartilhada do SUS, considerados lócus de encontros e desencontros entre pessoas e ideologias, gerando embates e tensões permanentes (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Indicador 10 – Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e Indicador 11 – Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos

A programação de medicamentos, assim como o gerenciamento de estoques, são atividades-chave, devido às suas relações com o nível de acesso aos medicamentos, bem como com o nível de perdas desses produtos (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). Segundo o documento “Normas para organização da assistência farmacêutica na atenção básica”, de 2006, programar consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para atendimento a determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo (BRASIL, 2006). A programação inadequada reflete diretamente sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. É necessário dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos da farmácia, o perfil demográfico da população por ela atendida, a demanda e a oferta de serviços de saúde que representa, e os recursos humanos de que dispõe (MARIN et al., 2003).

A programação para aquisição de medicamentos, realizada com critérios técnicos, como perfil epidemiológico, oferta de serviços, consumo histórico e consumo ajustado, é recomendação para manter o abastecimento dos medicamentos, e a falta desses critérios pode comprometer a programação (MARIN et al., 2003; BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). Além disso, os medicamentos adquiridos em quantidade muito superior ao necessário ocasionam perdas e desperdícios de recursos públicos, decorrentes da necessidade de descartar produtos com prazo de validade expirado ou com quantidade muito inferior, prejudicando o acesso da população aos medicamentos e, consequentemente, a efetividade do cuidado à saúde (VIEIRA, 2008a).

No estudo de Vieira (2008a), foram identificados problemas para a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil, e os resultados apontaram que, em 71% dos municípios, ocorre controle de estoque ausente ou deficiente.

Indicador 12 – Responsável(is) pela definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às unidades de saúde

A programação para distribuição é o que define os parâmetros, como quantidade e tipos de medicamentos enviados às unidades de saúde. A distribuição de medicamentos é uma atividade que consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011).

A decisão dos parâmetros de programação para distribuição dos medicamentos às unidades de saúde tem por objetivo a garantia das quantidades e dos tipos de medicamentos que os usuários terão disponíveis. Conforme recomendação do Ministério da Saúde, uma criteriosa avaliação deve ser feita para proceder o atendimento requerido pelas unidades de saúde, verificando as quantidades distribuídas, o consumo, a demanda (atendida e não atendida), o estoque existente, a data do último atendimento e a solicitação anterior (BRASIL, 2006).

Segundo Marin et al., 2003, a programação para distribuição deve ser descentralizada, para que possa retratar o mais fielmente possível a necessidade local. A perpetuação de programação centralizada pode ocasionar excessos e faltas de grande monta, com sério impacto sobre a resolutividade dos serviços.

Portanto, se os parâmetros forem definidos em conjunto entre os profissionais da unidade de saúde e a coordenação da assistência farmacêutica ou a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), é sinal de que a responsabilidade das ações é compartilhada e de que a gestão está sendo realizada de forma participativa com estratégias de descentralização.

Indicador 13 – Existência de sistema informatizado na rede de assistência farmacêutica integrado ao sistema da rede de atenção à saúde

Diante de tantos desafios na gestão, a busca por melhores informações em tempo hábil e a utilização dessas informações representam fatores essenciais na formulação e execução de políticas e programas voltados à melhoria das condições de vida da população brasileira (COSTA; NASCIMENTO JÚNIOR, 2012).

Um sistema informatizado para os serviços farmacêuticos, integrado a toda a rede de atenção à saúde, constitui uma condição técnica e operacional que facilita a gerência de todos os serviços prestados. É uma ferramenta fundamental, que fornece as informações necessárias em tempo real, moderniza os procedimentos, agiliza o processo de tomada de decisão, e, se periodicamente alimentada, pode criar um banco de dados confiável e diminuir a manipulação de grande quantidade de documentos (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011).

O Departamento de Assistência Farmacêutica preconiza o desenvolvimento do sistema de informação nas atividades de assistência farmacêutica (BRASIL, 2006) e recomenda, nas “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2009a), a implantação de um sistema informatizado para a gestão da assistência farmacêutica. O Ministério da Saúde, por sua vez, disponibiliza aos municípios o Hórus, uma ferramenta apropriada para a qualificação da gestão que possibilita

a definição dos fluxos e das responsabilidades no processo de trabalho, o registro sistemático das ações e o acompanhamento, em tempo real, do serviço por meio da emissão e avaliação de relatórios que permitem maior agilidade, segurança e controle dos serviços farmacêuticos (BRASIL, 2009a).

A utilização de um sistema informatizado na assistência farmacêutica, integrado ao sistema da rede de atenção à saúde, é uma forma de integração dos setores, com o uso de ferramentas que apoiam as decisões a serem tomadas para melhoria da capacidade de gestão.

A informatização dessa área possibilitará que dados e informações fiquem à disposição, contribuindo sobremaneira na elaboração de indicadores para a assistência farmacêutica e constituindo-se, assim, importante ferramenta para o planejamento, a avaliação e o monitoramento das ações (BRASIL, 2011a).

Dimensão Operacional

A dimensão operacional é definida pela condição de existência de um conjunto de procedimentos e de mecanismos que revelam aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da assistência farmacêutica no SUS. A capacidade da gestão de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais é avaliada, o que contribui para a capacidade de decidir (GUIMARÃES et al., 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Essa dimensão avalia principalmente aspectos da qualificação e estruturação técnica da gestão da assistência farmacêutica. De forma indireta, avalia a política ao identificar os investimentos mobilizados pela gestão da assistência farmacêutica.

Indicador 14 – Existência da Remume e Indicador 15 – Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componentes básico, especializado e estratégico) adotadas/padronizadas pelo município

A padronização de medicamentos em uma lista municipal, chamada também de Relação Municipal de Medicamentos

(Remume), garante o início da organização dos serviços e orienta vários deles, como a aquisição, a programação e as prescrições. A OMS recomenda a formulação de uma lista de medicamentos essenciais a ser elaborada por uma comissão nacional multidisciplinar, como uma das diretrizes para assegurar o programa de medicamentos essenciais (WHO, 1995).

Os recursos para aquisição dos medicamentos são otimizados por meio de uma lista padronizada, a qual facilita ações educativas para prescritores, dispensadores e usuários, permitindo a uniformização das condutas terapêuticas, assim como poderá diminuir o uso irracional dos medicamentos (OLIVEIRA; GROCHOCKI; PINHEIRO, 2011). A seleção cuidadosa de número limitado de medicamentos essenciais permite melhorar a qualidade de atenção à saúde, a gestão dos medicamentos, a capacitação dos prescritores e a educação do público. A adoção de tal política, se efetivamente posta em prática, viabiliza o manejo de medicamentos mais eficazes, mais seguros, com menor custo e, por consequência, garante maior acesso à população (WANNMACHER, 2006).

A existência de uma lista institucionalizada por meio de norma, reconhecida pela população e por toda a equipe de saúde do município, formaliza esse documento norteador de várias políticas e ações de assistência farmacêutica. Sua existência como lista oficial, mesmo não estando formalizada por norma ou sendo levada ao Conselho Municipal de Saúde, é considerada um avanço na capacidade de gestão da assistência farmacêutica, mas que precisa ser aperfeiçoada ao ser normalizada e instituída.

As listas facilitam o desenvolvimento de um trabalho de educação continuada aos prescritores, dispensadores e usuários de medicamentos; auxiliam as ações de farmacovigilância, visto que, com um número mais restrito de medicamentos, é possível aumentar a experiência e o nível de conhecimento dos prescritores e dispensadores, facilitando o monitoramento e a identificação de reações adversas (MARIN et al., 2003).

As ações educativas que a lista padronizada proporciona geram a possibilidade de diminuição de erros e melhoria dos resultados de tratamentos, além de permitir a uniformização de

condutas terapêuticas (OLIVEIRA; GROCHOCKI; PINHEIRO, 2011). Por isso, as listas padronizadas, como a do Componente Básico, Estratégico e Especializado, ou a Remume, que levam em consideração as necessidades regionais, podem servir de guias para as prescrições. Um número maior de medicamentos prescritos, baseados nessas listas, sugere que a diversidade e adequação dos medicamentos seguem as necessidades e a situação de saúde do local, o que mostra as iniciativas e a preocupação dos prescritores com a padronização dos medicamentos incentivando seu uso adequado e o resultado positivo da política e das decisões adotadas pela gestão da assistência farmacêutica.

De Bernardi et al., 2006, em estudo desenvolvido, concluíram que 76% dos medicamentos prescritos são baseados na lista básica dos municípios avaliados, e consideram que a porcentagem de medicamentos prescritos nas unidades de saúde avalia a adesão dos prescritores dos serviços de saúde dos municípios à lista de medicamentos essenciais básicos, pois, onde a assistência farmacêutica é efetiva, a porcentagem se aproximou de 100%. O resultado inferior encontrado nesse estudo sugere que existe um problema, tanto de conhecimento quanto de aceitação dos prescritores, em relação aos medicamentos da lista básica, e que os municípios estão gastando recursos próprios para a compra de medicamentos que estão fora da lista pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e custeada pelos recursos da assistência farmacêutica básica, desviando recursos que poderiam ser aplicados em outras necessidades de saúde do município.

Indicador 16 – Medicamentos que constam na Remume e que não constam na Rename 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), segundo a Política Nacional de Medicamentos, serve de base para a organização das listas estadual e municipal, e deve ser utilizada como uma forma de racionalizar as ações no âmbito da assistência farmacêutica (BRASIL, 1998).

Segundo Marin et al., 2003, a Rename é referência para as seleções de medicamentos locais. Além de constituir um instrumento norteador da prática, servindo para orientar e subsidiar os municípios na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos, objetiva promover disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos (WANNMACHER, 2006).

Os medicamentos que constam na Remume devem ser selecionados a partir da Rename, mas as necessidades específicas devem ser levadas em consideração na seleção da lista. Por isso, até 10% de medicamentos da Remume não baseados na Rename é o parâmetro considerado limite nesse indicador. Uma porcentagem maior aponta uma elevação nos custos com aquisição de medicamentos.

Indicador 17 – Existência de medicamentos, destinados à dispensação, fora do prazo de validade no estoque da unidade de saúde

A RDC da Anvisa n. 44/2009 (BRASIL, 2009c), que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento em farmácias e drogarias, determina, no artigo 38, que os produtos vencidos sejam segregados em ambiente seguro e diverso da área de dispensação e com identificação de sua condição e destino, de modo a evitar que sejam entregues ao consumo. Portanto, medicamentos fora do prazo ou sem a data de validade no *blister*, causado pelo fracionamento na dispensação para seguir a prescrição, indicam ausência de condições técnicas e operacionais, como controle adequado e suficiente do estoque.

A existência de condições mínimas de higiene e boas práticas, para que os medicamentos cheguem aos usuários de forma estável e garantam o uso eficaz, é essencial para a execução da gestão da assistência farmacêutica. Os produtos devem ser armazenados obedecendo às condições técnicas ideais de luminosidade, temperatura e umidade, com o objetivo de assegurar a manutenção das características e da qualidade necessárias à correta utilização. Os medicamentos devem ser dispostos de forma a garantir as características físico-químicas, a observação de prazo de validade

e, ainda, a manutenção da qualidade (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). Do mesmo modo, a farmácia deve ter procedimentos claros quanto ao destino correto dos medicamentos vencidos e processos que definam as ações para os medicamentos que estão próximos a serem vencidos. O estabelecimento deve seguir o Procedimento Operacional Padrão (POP) para o destino dos produtos com prazos de validade vencidos e destinação dos produtos próximos ao vencimento (BRASIL, 2009c).

O fato de os medicamentos serem fracionados e faltar a data de validade é um reflexo da indústria, que, ao produzir os medicamentos, não tem a preocupação de projetar uma embalagem fracionável, com data de validade e lote em todos os comprimidos. O Brasil é desprovido de legislação adequada para fracionamento de medicamentos de uso ambulatorial. A exigência em ambiente hospitalar é realizada diferente do uso ambulatorial, comprometendo a capacidade técnica da gestão municipal da assistência farmacêutica.

Indicador 18 – Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos

Uma das condições básicas para proporcionar a qualificação do acesso e promover o uso racional dos medicamentos é garantir, no conjunto do sistema de saúde, farmácias com serviços e ambientes adequados, em que as áreas físicas sejam planejadas e capazes de: (i) oferecer condições para acolher o usuário com dignidade e respeito; (ii) garantir que os medicamentos mantenham sua integridade física e química; e (iii) proporcionar boas condições de trabalho àqueles que realizam o atendimento dos usuários do sistema. Isso, ainda, com o objetivo de desenvolver ações de assistência farmacêutica de forma integral e eficiente, permitindo a garantia da qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado e a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde (BRASIL, 2009a).

Baseados no documento “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL,

2009a), alguns instrumentos foram selecionados para verificação da sua existência nas farmácias das unidades de saúde, tais como, termômetro digital, aparelho de ar condicionado, refrigerador próprio para termolábeis e armário com chave para psicotrópicos. A existência desses instrumentos pode demonstrar condições favoráveis, que garantam o início da estruturação das farmácias e a ampliação da visão da farmácia como apenas local de entrega de medicamentos.

As perdas de medicamentos podem ser agravadas pelas condições inadequadas de armazenamento. Essa situação foi observada em 39% dos municípios em estudo desenvolvido por Vieira (2008a), que apontou aspectos inconclusos da agenda do SUS para a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil. O fato sinaliza a falta de investimento na estrutura de centrais de abastecimento farmacêutico e de locais apropriados para o armazenamento nas farmácias das unidades de saúde e, ainda, em recursos humanos.

Indicador 19 – Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

A geração de resíduos medicamentosos acontece devido a: (i) dispensação de medicamentos além da quantidade exata para o tratamento do paciente; (ii) apresentações não condizentes com a duração do tratamento; (iii) não implantação do fracionamento de medicamentos pela cadeia farmacêutica; (iv) interrupção ou mudança de tratamento; (v) distribuição aleatória de amostras-grátis; e (v) gerenciamento inadequado de estoques de medicamentos pelas empresas e estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2011b).

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é condição normativa, e sua existência é avaliada na matriz de indicadores. A geração de resíduos, de uma forma geral, constitui-se atualmente em um grande desafio a ser enfrentado pelas administrações municipais e estaduais, sobretudo nos grandes centros urbanos. O descarte de medicamentos não pode ser discutido isoladamente, já que é apenas um dos muitos resíduos gerados (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011).

Segundo a Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, estão sujeitos à elaboração do plano de gerenciamento estabelecimentos produtores de resíduos de serviços de saúde.

A Resolução nº 306, de 2004, estabelece que o PGRSS é o documento que descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e avaliados seus riscos no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente.

Indicador 20 – Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos quatro anos em serviços de assistência farmacêutica

A matriz de indicadores contempla os investimentos em infraestrutura para os serviços de assistência farmacêutica nos municípios. São estratégias que demonstram a ampliação da capacidade política da instituição no sentido de elevar a qualificação da assistência farmacêutica municipal (NEPAF/UFBA, 2007).

A Portaria nº 1.555/2013, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, definiu que as Secretarias Municipais de Saúde, anualmente, poderão utilizar um percentual de até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais, municipais e do Distrito Federal para atividades destinadas à: (i) adequação de espaço físico das farmácias do SUS nos municípios; (ii) aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de assistência farmacêutica; e (iii) à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica na atenção básica. Essa orientação constitui um incentivo normativo aos municípios para investirem em infraestrutura de serviços de assistência farmacêutica.

Em estudo, Vieira (2008a) concluiu que as perdas de medicamentos por condições inadequadas de armazenamento ou medicamentos vencidos são um fator que sinaliza a falta de

investimento na estrutura de centrais de abastecimento farmacêutico e de locais apropriados para o armazenamento nas farmácias das unidades de saúde. Nesse estudo fica evidente que a falta de investimentos pode desqualificar os serviços e desencadear uma série de problemas para a gestão da assistência farmacêutica.

Os benefícios dos investimentos em estruturação e manutenção de um serviço de farmácia têm um enorme potencial para superar os seus custos, por proporcionam: (i) diminuição do número de usuários que evoluem para um nível de maior complexidade de atendimento; (ii) redução da quantidade de produtos que são descartados por ultrapassarem o prazo de validade, pois ocorre economia nas aquisições; (iii) aumento do atendimento das prescrições, por existir uma melhor distribuição dos medicamentos; e (iv) maior número de itens atendidos por prescrição, devido a maior interação entre o prescritor e o farmacêutico nas unidades de saúde (UETA; HOEPFNER; BERNARDO, 2011).

Indicador 21 – Unidades de saúde que contam com a presença de farmacêutico

O serviço de farmácia deve constituir-se como referência para informações técnico-científicas sobre medicamentos para a saúde local e seus profissionais (BRASIL, 2009a). A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) defende que as ações de assistência farmacêutica envolvem corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Segundo a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), o farmacêutico ocupa papel-chave na assistência farmacêutica, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas.

O momento da dispensação é, muitas vezes, o único contato que o usuário tem com o farmacêutico e também o último com algum profissional de saúde antes de iniciar o tratamento da sua doença ou enfermidade (MARIN et al., 2003). A equipe de trabalho

deve compreender que a responsabilidade técnica dessas atividades e sua gestão são do profissional farmacêutico (BRASIL, 2009a).

Esse indicador da matriz de avaliação demonstra que todas as unidades de saúde que prestam serviços de atenção básica e dispensam medicamentos para esse nível de atenção devem ter, de forma ideal, a presença do farmacêutico, que contribui para a qualificação técnica da equipe de saúde e pode ajudar nos processos organizacionais das instituições e, principalmente, sociais, no compartilhamento de vivências e no vínculo criado com a comunidade. Além disso, a dispensação de medicamentos é ato privativo do farmacêutico, segundo o Decreto nº 85.878/1981.

Um estudo de Oliveira, Assis e Barboni (2010) aponta que somente 11,53% das unidades de saúde do município estudado contavam com a presença do farmacêutico. A falta de inserção do farmacêutico nas equipes de saúde da família e a pouca atenção dispensada pelos gestores municipais às questões de organização e estruturação da assistência farmacêutica básica podem comprometer a qualidade da assistência. Nesse aspecto, o medicamento pode até ser disponibilizado, mas o usuário não tem garantias de sua qualidade, além de não receber, ou receber parcialmente, as informações necessárias para a adequada farmacoterapia.

Em serviços públicos, os governos e dirigentes discutem a questão do abastecimento de medicamentos e as estratégias de financiamento, mas geralmente não se preocupam com a estruturação e organização desse serviço. A maioria das farmácias de unidades básicas de saúde funciona porque um leigo ou profissional com poucos conhecimentos sobre medicamentos atua na dispensação (VIEIRA et al., 2008b), o que compromete a capacidade técnica, política e social do desenvolvimento da assistência farmacêutica.

Indicador 22 – Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico

A maioria dos profissionais de saúde tem uma forma oficial de registrar e medir o quanto cada uma produz em sistemas de informação em saúde. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por exemplo, permite uma avaliação das ações

desenvolvidas pelo serviço de saúde, cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2009d). Os registros no SIAB podem ser de consultas médicas, atendimentos realizados por médicos e enfermeiros, solicitações de exames, encaminhamento médico para atendimento especializado, internação hospitalar e urgência/emergência, atendimento individual de outros profissionais que não seja o médico, procedimentos, visitas domiciliares realizadas por todos os profissionais, procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, reuniões realizadas pelo agente comunitário de saúde e atendimento em grupo (SANTOS et al., 2012). O registro da assistência farmacêutica é identificado pelos medicamentos dispensados, e não pelos serviços prestados.

Com o farmacêutico, não deve ser diferente, porém, ainda na atenção básica, esse mecanismo não acontece para ele. Seria uma forma de demonstrar os serviços prestados pelo profissional, motivá-lo e deixá-lo mais seguro das suas ações; seria como uma autenticação dos serviços prestados.

No estudo de Santos et al., 2012 sobre a análise do registro das atividades no SIAB, realizadas pelos profissionais da Atenção Básica em Saúde, verificou-se que 75,7% das atividades registradas no SIAB são de médicos e enfermeiros, 7,5% de odontólogos e 5,4% de outro profissional de nível superior, podendo estar nesse baixo número o farmacêutico.

A falta de informações sobre os serviços farmacêuticos prestados dificulta tanto a identificação das falhas nos serviços quanto o planejamento, assim como prejudica o reconhecimento desses serviços pela gestão municipal, por outros profissionais e pela sociedade.

Indicador 23 – Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos

A dispensação é o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente, como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado (MARIN et al., 2003). A dispensação,

enquanto parte do processo de cuidado do usuário, é o ponto final do atendimento ambulatorial, e é nesse momento que o usuário tem a oportunidade de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir os possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa prescrita (UETA; HOEPFNER; BERNARDO, 2011).

A organização da dispensação de medicamentos através de instrumentos como um manual padronizado é indicada pelo Ministério da Saúde no documento “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde” (2009a). Entende-se ser necessária a existência de um fluxo administrativo ágil, simplificado e racional dos processos; conhecido por todos os trabalhadores; que contemple as atribuições de todos os setores da farmácia, proporcionando a organização dos serviços.

Alguns cuidados devem ser tomados na elaboração de um POP, entre eles, não copiar procedimentos de livros ou de outras organizações, tendo em vista que existem particularidades em cada serviço, e realizar constantes análises críticas (BRASIL, 2009a).

O manual de dispensação padroniza o serviço, com o objetivo de melhorar a qualidade, para que todos os usuários o recebam igualmente, respeitando suas individualidades.

Indicador 24 – Valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado à aquisição de medicamentos no último ano

A judicialização dos medicamentos é analisada nesta pesquisa comparando-se o valor que cada município investe com a aquisição por essa via e o orçamento total de compras de medicamentos, já que é um fenômeno atual da assistência farmacêutica em todo o país. Os processos judiciais podem ser justificados, representados pelas solicitações de medicamentos previstos nas listas do SUS para o fornecimento público, mas cujo acesso esteja prejudicado por problemas de gestão dos serviços farmacêuticos ou por protocolos restritivos ou desatualizados, ou, ainda, por medicamentos não incorporados (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011).

Com o aumento das ações judiciais e a impossibilidade de previsão orçamentária dos gastos, essa prática se tornou empecilho

para o gestor do sistema de saúde, que tenta criar alternativas para diminuir ou não ter o processo de judicialização no seu município (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011). Segundo Leite e Mafra (2010), em estudo que analisou os discursos de solicitantes de medicamentos pela via judicial em um município de Santa Catarina, o recebimento atual do benefício não promove a conscientização do direito social, pois a forma de condução dos processos não é empoderante, ao contrário, reforça as relações de dependência e a percepção de impotência do usuário.

A matriz de avaliação considera como parâmetro valores de até 10% para aquisições judiciais de medicamentos. Acima desse valor, o município não tem pontuação total, o que demonstra que o município utiliza essa via, mas que precisa reduzir esse valor em relação ao total de gastos com medicamentos. O fato de não ter gastos com aquisições judiciais é considerado, neste estudo, condição negativa, pois a Constituição Federal, no artigo 196, prevê que saúde é direito de todos e dever do Estado. A Lei nº 8.080/90 declara, em seu artigo 6º, que é atribuição do SUS “[...] a execução de ações de [...] assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica [...]” (BRASIL, 1990a). Essa assistência é, ainda, amparada pela Lei nº 12.401/2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2011c).

Pepe et al., 2010 consideram que é consenso o uso da via judicial para o fornecimento de medicamentos presentes nas listas oficiais públicas, e que é uma forma legítima de garantir o pleno exercício do direito à assistência individual terapêutica, que integra o direito à saúde na lei brasileira.

Reconhecendo que a Remume e as listas de medicamentos padronizados pelos Componentes da Assistência Farmacêutica não têm a prerrogativa de atender 100% das necessidades de saúde de uma população e que há especificidades que devem contar com o mesmo direito de acesso, o meio judicial pode ser uma chance da garantia do direito constituído em lei.

Indicador 25 – Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da Central de

Abastecimento Farmacêutico para as unidades de saúde, conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal

O abastecimento dos medicamentos do nível central (CAF ou farmácia central) para as farmácias das Unidades de Saúde deve ocorrer com regularidade mensal, quinzenal ou semanal, dependendo da necessidade de cada local. A existência de um cronograma é verificada na matriz de avaliação pelo indicador doze. O Ministério da Saúde recomenda o planejamento na distribuição de medicamentos, elaborando um cronograma de entrega, normas e procedimentos, assim como o acompanhamento e controle (BRASIL, 2006).

Esse processo evita problemas, como a falta de algum tipo de medicamento por muito tempo, a substituição de condutas terapêuticas e o comprometimento do tratamento por erros de medicação e reações adversas (REIS; PERINI, 2008). O desabastecimento poderá ser evitado se for estabelecida uma periodicidade para entrega dos produtos nas unidades de saúde, por meio de um cronograma. Quanto menor a periodicidade da distribuição, maiores serão os custos para a gestão da assistência farmacêutica (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011).

Indicador 26 – Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde e Indicador 27 – Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remume por prescritores

A interação entre os profissionais que trabalham com os medicamentos, desde o momento da escolha do elenco no município, suas necessidades até a prescrição, dispensação e administração, auxiliando os usuários no cuidado à saúde, é essencial para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no município.

Os prescritores são atores diretamente relacionados com a gestão da assistência farmacêutica – já que a prescrição é um ato de responsabilidade de alguns profissionais (médicos e dentistas) –, em que o medicamento é o insumo principal, e o cuidado à saúde

dos usuários pode ser garantido. O cumprimento da prescrição, por meio do fornecimento do medicamento correto, com qualidade e em quantidade adequada, é dever da gestão e, em contrapartida, o prescritor, através da prescrição, poderá possibilitar o tratamento e uma parte da resolução do problema de saúde. A capacidade de sustentar os resultados da gestão ganha força com a difusão das necessidades, das informações e do compartilhamento das questões da assistência farmacêutica com os diferentes atores, entre eles os prescritores.

Os prescritores, ao receberem informações sobre os medicamentos disponíveis nas unidades e dos mecanismos de divulgação da Remume, demonstram a interação das equipes com os farmacêuticos e as diretorias, inclusive da ESF. As estratégias para melhorar a gestão apontam para que todos os envolvidos, de alguma forma, com usuários e medicamentos adotem as políticas e diretrizes estabelecidas pela gestão da assistência farmacêutica.

Ao receberem informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das unidades e saberem das inclusões e exclusões da Remume, os prescritores estarão também envolvidos nas ações da gestão da assistência farmacêutica, adotando as diretrizes e políticas pactuadas, aumentando a adesão à lista de medicamentos padronizada e entendendo o objetivo de uma gestão participativa e transparente, colaborando, assim, para seus resultados positivos e a manutenção da política de seleção adequada nos municípios.

Indicador 28 – Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas unidades de saúde para o atendimento da demanda e Indicador 29 – Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas unidades de saúde para atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da assistência farmacêutica, farmacêuticos e prescritores

A percepção dos profissionais em relação à adequabilidade da quantidade e da diversidade de tipos de medicamentos e a satisfação deles significam condições para o bom andamento da gestão, já

que recursos humanos satisfeitos podem melhorar a qualidade dos serviços ofertados e a assistência à saúde integral. Faz parte da concepção ampliada de gestão adotada neste estudo essa ideia que pressupõe a gestão como política e estratégica, considerando que há um envolvimento de diversos atores com contribuições diferentes. A percepção de atores (secretário de saúde, coordenador da assistência farmacêutica, farmacêuticos e prescritores), em relação à quantidade e tipos de medicamentos, é questão revelada em indicadores da matriz avaliativa.

A satisfação profissional tem sido considerada de primordial importância, porque, direta ou indiretamente, é associada, simultaneamente, à produtividade e à realização pessoal dos seus trabalhadores (TAVARES, 2008).

De acordo com Gonçalves (1995), a satisfação profissional pode ser encarada como uma atitude global ou, então, ser aplicada a determinadas partes do cargo ocupado pelo indivíduo. Como qualquer outro tipo de atitude, a satisfação profissional é, geralmente, formada durante um determinado período de tempo, na medida em que os indivíduos vão obtendo informações sobre o ambiente de trabalho.

Indicador 30 – Existência de monitoramento da assistência farmacêutica e utilização dos dados no planejamento das ações

O monitoramento para a gestão da assistência farmacêutica é uma forma de institucionalização dos processos de planejamento utilizada como instrumento estratégico de gestão do SUS. No setor saúde, adquire maior importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão, que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS (BRASIL, 2009a). O indicador avalia a existência de monitoramento e utilização dos dados finais no planejamento das ações de assistência farmacêutica. É uma forma de demonstrar que a atividade de monitoramento pode influenciar nos resultados.

O monitoramento é uma prática técnica da gestão, mas que pode subsidiar as próximas ações e tomadas de decisão, além de

representar um instrumento para o planejamento nos serviços. A gestão começa com um propósito: os objetivos que se quer traçar, e, com eles alcançados, a realização é plena. Por isso, é fundamental que a gestão seja orientada por um processo de planejamento participativo, descentralizado e que favoreça a construção de propósitos pactuados entre os diferentes atores envolvidos (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Dimensão da Sustentabilidade

A sustentabilidade refere-se à probabilidade de um programa ser capaz de continuar suas atividades operacionais e manter seus resultados ao longo do tempo. Isso pode depender de vários fatores, como a continuação da relevância e da legitimidade do programa, sua estabilidade financeira, a permanência de uma direção eficaz e sua habilidade para resistir a mudanças (OCDE, 2002).

A sustentabilidade pode estar limitada a rotinas organizacionais ou pode obedecer a padrões institucionais oficiais que dão origem a rotinas padronizadas mais duráveis. Rotinas programáticas precisam ser renovadas de tempos em tempos para que os programas sobrevivam. Distinguir claramente rotinas e padrões identifica dois níveis de ação que propiciam a sustentabilidade de um programa: organizacional e oficial (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

A dimensão da sustentabilidade avalia o potencial que a gestão tem para sustentar as ações da assistência farmacêutica, o grau elevado de inter-relação da assistência farmacêutica com outros setores da saúde e a satisfação dos usuários e trabalhadores com a qualidade dos serviços. Esses aspectos traduzem a construção de uma imagem positiva que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade da gestão da assistência farmacêutica municipal. A institucionalização de processos que criem um ambiente favorável para sustentar as decisões também é peça importante nessa construção (GUIMARÃES et al., 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Indicador 31 – Estratégias de comunicação entre as unidades de saúde e a coordenação de assistência farmacêutica para resolução de questões sobre medicamentos

As estratégias de comunicação entre as unidades de saúde e a coordenação da assistência farmacêutica para resolução de questões sobre medicamentos é uma condição estratégica e está contemplada na matriz de avaliação. No estudo de Barreto e Guimarães (2010), os resultados apontam para iniciativas ainda tímidas de articulação intrassetorial, e não para as macroarticulações, o que sustenta o resultado de baixo grau de inter-relação da assistência farmacêutica. Essas iniciativas fazem parte do elenco de outras ações de natureza mais política e estratégica que não vêm sendo priorizadas pela gestão municipal da assistência farmacêutica e que são essenciais na gestão de programas e políticas públicas, a exemplo do SUS, cujo desenho prevê compartilhamento, corresponsabilidades e participação social.

Estratégias para executar e decidir a gestão da assistência farmacêutica são relevantes, mas a forma de manter os resultados alcançados, prolongando ou efetivando as ações desenvolvidas de maneira a sustentar todas, é quesito básico para uma boa gestão. Conservar a comunicação entre todos os setores, através de processos para condução das atividades e resolução dos problemas é um incentivo para as equipes prosseguirem com qualidade suas ações.

A comunicação entre as unidades de saúde e a coordenação da assistência farmacêutica revela a interação dos locais de atenção à saúde no município, demonstrando que as ações são realizadas e que os resultados são sustentados com essas estratégias.

Indicador 32 – Existência de estratégias de articulação entre a coordenação da assistência farmacêutica e as coordenações da Estratégia de Saúde de Família e da Estratégia de Agentes Comunitários. O aperfeiçoamento das inter-relações entre as coordenações da assistência farmacêutica e a ESF amarram fortemente os resultados atingidos pelos dois setores e contribuem para sustentá-la

A existência de articulação entre a coordenação da assistência farmacêutica e as coordenações da ESF e da Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS) é outra forma de inter-relação dentro da instituição que pode contribuir para o desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica. Considerar o vínculo maior entre esses setores, principalmente na ESF, em que a atenção básica é pautada, ajuda na construção de gestões baseadas nos princípios da participação, da transparência e no entendimento das dificuldades de cada setor.

Indicador 33 – Existência de parceria entre a Coordenação de assistência farmacêutica do município e a coordenação estadual e Indicador 34 – Tipo (diversidade) de recursos incorporados a assistência farmacêutica municipal por meio de parceria com a coordenação estadual

A existência de parceria entre as coordenações da assistência farmacêutica estadual e municipal e os diferentes recursos incorporados nessa parceria é uma forma de relacionar instituições e fortalecer vínculos e compromissos sustentáveis, os quais estão sendo avaliados pelos indicadores cinco e seis da matriz avaliativa, diante da sustentabilidade dos resultados.

No Brasil, a gestão do sistema é realizada pelas três esferas de governo, com compartilhamento das responsabilidades e do financiamento (BRASIL, 1990a). A descentralização da gestão dos serviços de saúde foi a escolha para a configuração do poder no SUS, e, através dela, criam-se condições de maior autonomia em nível local no uso dos recursos e na implementação das políticas, o que pode melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde (SOLLA, 2010). Mesmo assim, acreditam Pluye et al., 2004 que políticas de intervenção estadual, como padrão institucional, criam condições para uma sustentabilidade mais robusta do que as rotinas de qualquer organização tomadas individualmente.

No estudo de Barreto e Guimarães (2010), as parcerias municipal e estadual foram apenas de cunho técnico, para organização dos programas de medicamentos. Apesar do reconhecimento sobre

a importância das articulações e parcerias, segundo os depoimentos, sua efetivação não é tão simples, uma vez que dependem do apoio dos gestores e da motivação e investimento dos profissionais.

Indicador 35 – Discussões das questões da área de assistência farmacêutica junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos quatro anos

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e diz respeito ao Conselho de Saúde, o qual tem caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado 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 - baseado no conceito de Guimarães et al., 2004, p. 1646, grifo dos autores), em que gestão é “[...] a *faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão*” - tem como fatores motivadores a participação e a transparência. Essas iniciativas fazem parte do elenco de ações de natureza mais política e estratégica que não vêm sendo priorizadas pelas gestões da assistência farmacêutica e que são essenciais na gestão de programas e políticas públicas, a exemplo do SUS, cujo desenho prevê compartilhamento, corresponsabilidades e participação social (BARRETO; GUIMARÃES, 2010). As discussões das questões de assistência farmacêutica junto ao Conselho Municipal de Saúde são indicadores de participação e transparência, pois as ações e os recursos empregados na área ficam esclarecidos diante dos conselheiros.

Os conselhos de saúde são considerados os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde; são espaços de diálogo e participação e também instância de exercício de poder (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

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, direcionadas aos processos de produção de conhecimento e avaliação dessas políticas (FURTADO et al., 2013).

Indicador 36 – Elaboração participativa dos objetivos, das diretrizes e metas da assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde

O Plano Municipal de Saúde, que, segundo o Ministério da Saúde (2006), possibilita a comunicação das ações, a execução dos processos de trabalho e expressa as intenções do gestor com propostas para melhoria das ações, é o instrumento que norteia o planejamento e estabelecimento de metas para a saúde. Quanto mais participativo, com uma construção coletiva de todos os profissionais e população envolvidos na saúde para dar sua contribuição, mais o plano vai ficar com perfil do município, conforme o orçamento que pode ser usado para o desenvolvimento das ações em saúde.

Indicador 37 – Farmacêuticos que participaram de capacitação em assistência farmacêutica, gestão, saúde coletiva/saúde pública ou áreas afins nos últimos dois anos

A capacitação de recursos humanos, neste caso de farmacêuticos, é uma das diretrizes da PNAF e da Normativa do Ministério da Saúde sobre Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2006).

As questões inerentes à capacitação de recursos humanos ocupam lugar de destaque nas estratégias de implementação do SUS. Nesse sentido, a capacitação de todos os funcionários para atuar na farmácia é indispensável, e é fundamental que o gestor da saúde e o responsável pela farmácia desenvolvam e mantenham um plano de educação permanente para esses profissionais (UETA; HOEPFNER; BERNARDO, 2011).

É imprescindível a formação de profissionais capazes de desenvolver uma prática que contemple a integralidade das ações, colocando as pessoas no centro dessas ações e os medicamentos como instrumentos terapêuticos. Nessa concepção, a gestão da assistência farmacêutica é norteada pela necessidade de qualificação técnica dos profissionais, aliada ao desenvolvimento de habilidades e competências estratégicas e políticas (FARIAS et al., 2011). A participação de farmacêuticos em capacitações na área de assistência

farmacêutica e afins é questionada no indicador e é condição estratégica de sustentabilidade.

Indicador 38 – Vínculo trabalhista do coordenador da assistência farmacêutica

O vínculo trabalhista do coordenador da assistência farmacêutica é considerado uma condição de grande impacto para a gestão da assistência farmacêutica. Os itens avaliados para essa condição são vínculo estatutário, outras formas de contratação ou a falta de cargo de coordenador da assistência farmacêutica.

O vínculo estatutário mantém vínculo de trabalho com a administração do Estado, cujo ingresso é feito através de concurso público. Trata-se do Regime Jurídico Único (RJU), adotado pela União, Unidades Federadas e municípios, como coletânea de normas gerais (BRASIL, 2009b).

A precarização do trabalho envolve não somente a ambiência física, mas também a organização e gestão dos processos de trabalho. Os vínculos empregatícios, cuja heterogeneidade e/ou multiplicidade de vínculos, com remunerações, benefícios, direitos e vantagens diferenciadas, podem se transformar em disparadores de conflitos interpessoais, uma vez que ferem princípios valorativos de justiça e equidade (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Segundo Felisberto et al., 2009, os aspectos que influenciam negativamente na sustentabilidade estão relacionados: (i) à alternância política nos entes federados, que proporcionam mudanças de gestão em descompasso, considerando que esse fato se dá de dois em dois anos em municípios e estados alternadamente; e (ii) às frequentes mudanças nas gerências de programas e projetos em uma mesma gestão, favorecendo mudanças na condução destes, colocando em perspectiva os diferentes interesses. Portanto, o vínculo estatutário, em que o profissional passou por um concurso público e tem sua contratação de forma mais estável, é uma alternativa que possibilita a garantia de uma gestão mais estável e duradoura.

Indicador 39 – Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos

A estrutura organizacional de estabelecimentos de saúde é definida por papéis, competências e responsabilidades, cuja representação formal deve constar no organograma e na matriz de competências e responsabilidades das unidades de saúde, entre outros instrumentos de gestão das organizações (LANDIM; GUIMARÃES, 2011). A existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos faz parte da organização dos serviços e está contemplada na matriz avaliativa.

A importância dos medicamentos na recuperação da saúde dos usuários do sistema, o volume cada vez maior de recursos empregados na aquisição de medicamentos e a dificuldade na gestão central e local dos medicamentos justificam cada vez mais a inserção, no sistema de saúde, do profissional farmacêutico (QUELUZ; LEITE, 2008), cuja atuação contribui para que as ações de assistência farmacêutica, mais estruturadas e por ele respaldadas, tornem-se socialmente reconhecidas e permanentes.

Indicador 40 – Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenadores de unidades de saúde e Indicador 41 – Existência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços de assistência farmacêutica, segundo usuários

A existência de formas oficiais de intervenção dos usuários, em uma perspectiva de participação social nas ações de assistência farmacêutica, pode ser concretizada por meio de mecanismos para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre os serviços de assistência farmacêutica. É uma condição estratégica, que, segundo Landim e Guimarães (2011), compreende um conjunto articulado de ações interdependentes, direcionadas para o alcance dos objetivos organizacionais.

Os mecanismos analisados na matriz avaliativa são os considerados oficiais, como ouvidorias e caixas de sugestões, e foram perguntados aos coordenadores das unidades de saúde e usuários. Outras formas, como falar diretamente com os gestores, não foram consideradas como resultados positivos neste indicador.

Uma relação construída nesse mecanismo é o clientelismo, que se apresenta como uma estratégia de obtenção de benefícios por parte dos atores sociais, chamados clientes, os quais são minimamente organizados e desejosos de auferir determinados benefícios. Os atuais sistemas participativos encarados pela sociedade civil, como empoderamento, não deixarão de conter traços de um clientelismo moderno, compatível com sistemas contemporâneos (D'AVILA FILHO et al., 2004).

Indicador 42 – Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos; Indicador 43 – Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e às informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos e Indicador 44 – Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia

A sustentabilidade dos resultados de gestão exige que se repense a respeito da gestão de pessoas nas organizações públicas de saúde, sob a perspectiva do significado do trabalho e da motivação dos sujeitos individuais e coletivos para atuar em equipe interdisciplinar de saúde, participar do processo decisório e produzir o desempenho esperado em observância às expectativas organizacionais e sociais (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Cabe frisar que a gestão é, também, um fenômeno “social”, visto que pressupõe a participação da sociedade como forma de garantir os direitos de cidadania (FARIAS et al., 2011).

A importância de avaliar a satisfação dos usuários é demonstrada em estudos como o realizado por Teixeira et al., 2006, segundo o qual 79,41% da comunidade estão insatisfeitos com a disponibilidade de medicamentos. A matriz avaliativa tem três indicadores sobre o grau de satisfação dos usuários das farmácias das unidades de saúde com as seguintes indagações: satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos; satisfação do usuário em relação ao atendimento e às informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos; satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.

A avaliação do ponto de vista dos usuários é feita, sobretudo, por meio da categoria aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares. A dimensão da aceitabilidade comporta as variáveis através das quais os pacientes 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 dependências e instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento (DONABEDIAN, 1990 apud VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Uma das críticas mais frequentes às pesquisas de satisfação recai sobre o aspecto subjetivo da categoria “satisfação”, que possui diversos determinantes, como o grau de expectativa e exigência individuais em relação ao atendimento e características individuais do paciente, como idade, gênero, classe social e estado psicológico (SITZIA; WOOD, 1997). O aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços, e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto grau de exigência (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

REFERÊNCIAS

- BARRETO, J. L. *Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: um estudo em municípios baianos*. 2007. 163 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. do C. L. Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- BLATT, C. R.; CAMPOS, C. M. T. de; BECKER, I. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de novembro de 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

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

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 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 farmácias e drogarias e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2006*. Brasília, 2009d.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência farmacêutica no SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a.

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Descarte de Medicamentos*. Brasília. 2011b. 18 slides. Apresentação em Power-point.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 abr. 2011c.
- COSTA, K.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 91-99, dez. 2012.
- D’AVILA FILHO, P.; JORGE, V. L.; COELHO, A. F. Acesso ao poder. Clientelismo e democracia participativa desconstruindo uma dicotomia. *Revista de Ciências Sociais*, v. 4. n. 2, jul./dez. 2004.
- DE BERNARDI, C.; 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. *Rev. Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 73-83, 2006.
- FARIAS, M. R.; REIBNITZ, K. S.; VIEIRA, E. M. F.; MORAES, M. de; GUIMARÃES, M. C. L.; LEITE, S. N. Conhecendo o curso. In: *Introdução ao Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização a distância*. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.
- FELISBERTO, E.; FREESE, E.; BEZERRA, L. C. A.; ALVES, C. K. A.; SAMICO, I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 9, n. 3, p. 339-357, jul./set. 2009.
- 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*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 102-110, jan. 2013.
- GONÇALVES, A. A. *Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra, 1995.
- GUIMARÃES, M. do C. L.; SANTOS, S. M. C.; MELO, C.; SANCHES FILHO, A. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 109-118, nov./dez. 2004.
- LANDIM, E. L. A. S.; GUIMARÃES, M. do C. L. Gestão da assistência farmacêutica. In: *Gestão da Assistência Farmacêutica: Especialização a*

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

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. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1665-1672, jun. 2010.

MACEDO, E. I. de; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, 2011.

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

NEPAF/UFBA. *Resumo Executivo*: Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica na atenção básica: um modelo em construção. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal da Bahia. Agosto de 2007.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OCDE). *Working party on aid evaluation*. Glossary of key terms in evaluation and results based management. Paris: Development Co-Operation Directorate/OCDE, 2002. Disponível em: <www.oecd.org/dac/evaluation>. Acesso em: 17 abr. 2013.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. *Rev. B. S. Pública*, Salvador, v. 34, n. 4, p. 853-864, out./dez. 2010.

OLIVEIRA, J. C. de; GROCHOCKI, M. H. C.; PINHEIRO, R. M. Seleção de medicamentos. In: *Serviços farmacêuticos*. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. de A.; SIMAS, L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VENTURA, M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

PERINI, E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F. A. *Medicamentos e assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: COOPMED, p. 9-30, 2003.

PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, Amsterdam, v. 27, n. 2, p. 121-133, 2004.

QUELUZ, T. H. A. T.; LEITE, S. N. Uso Racional de Medicamentos: conceito e alguns elementos para discussão. In: LEITE, S. N.; CORDEIRO, B. C. (Org.). *O Farmacêutico na atenção à saúde*. Itajaí: Editora da UNIVALI. 2008. v. 1. 189 p.

REIS, A. M. M.; PERINI, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 603-610, 2008.

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

SANTOS, C. da S.; GONTIJO, T. L.; FRANCO, E. C. D.; CAVALCANTE, R. B. Registro de atividades no Sistema de Informação da Atenção Básica. *Cogitare Enferm.*, Cidade, v. 17, n. 2, p. 331-335, abr./jun. 2012.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, Cidade, v. 45, n. 12, p. 1829-1843, 1997.

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, p. 347, 2010.

TAVARES, O. M. da C. *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. 2008. 172 p. Dissertação. (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal. 2008.

TEIXEIRA, L. S. C.; GUIMARÃES, A. L. C.; NOGUEIRA, F. M.; CARDOSO, G. L.; COSTA, I. C.; FREITAS, J. A. P.; SANTOS, K. B.; MAGALHÃES, M. L. Satisfação dos usuários e profissionais de saúde em um programa de saúde da família (PSF). *Rev. Para. Med.*, Cidade, v. 20, n. 1, p. 59-59. 2006.

UETA, J.; HOEPFNER, L.; BERNARDO, N. L. Dispensação de Medicamentos. In: *Serviços farmacêuticos*. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 559-613, jul./set. 2005.

VEBER, A. P.; LACERDA, J.; CALVO, M. C. Planejamento em Saúde. In: *Gestão da Assistência Farmacêutica*. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

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

VIEIRA, M. R. da S.; LORANDI, P. A.; BOUSQUAT, A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1419-1428, jun. 2008.

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

WENDHAUSEN, Á.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, nov./dez. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The use of essential drugs. Who technical report series. *Sixth report of the WHO Expert Committee*. Geneva: WHO, 1995.

RESULTADOS GERAIS DA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM SANTA CATARINA

Samara Jamile Mendes
Silvana Nair Leite

Os resultados dessa avaliação são tratados a partir da atribuição de juízo de valor feito pelas cores, conforme proposta descrita no Capítulo 4 deste livro. Nos quadros a seguir, estão representados os resultados dos seis municípios pesquisados, segundo a pontuação obtida em cada indicador e sua respectiva cor para o juízo de valor.

Os municípios selecionados são de diferentes portes e regiões de Santa Catarina. As características dos sistemas de saúde variam por município. Na seleção dos municípios, foi utilizado o estudo de Veber et al., 2011, no qual foram utilizados aglomerados de municípios com base nas características de organização da assistência farmacêutica destes. Para fins de apresentação dos resultados, os municípios foram codificados tendo como referência o aglomerado ao qual pertencem.

A amostragem deste estudo foi baseada nos agrupamentos do estudo de Veber et al., 2011 e por amostra intencional, sendo

adotado como critério de inclusão a presença do farmacêutico no município, uma vez que o grupo de pesquisa que a presença do farmacêutico é essencial para a gestão da assistência farmacêutica.

Foram selecionados dois municípios de cada conglomerado, denominados A, B e C, com base na população, contemplando, com isso, as diversas regiões do estado de Santa Catarina: Sul, Norte, Oeste, Vale do Itajaí e a capital. Para fins de apresentação dos resultados, os municípios foram codificados tendo como referência o conglomerado ao qual pertencem, conforme a tabela abaixo.

Tabela 6.1 – Definição da codificação dos municípios da amostra

Conglomerado	Codificação do município
A	A1
	A2
B	B1
	B2
C	C1
	C2

Fonte: elaborado pelas autoras.

Resultados em cores para cada município

Dimensão organizacional										Pontuação máxima	
Indicadores	Municípios										
	C2	C1	B2	B1	A2	A1					
1) Condição de existência da coordenação da AF na SMS.	5	5	5	0	2,5	0					5
2) Grau de autonomia decisória da coordenação de AF.	5	5	5	2,5	5	0					10
3) Profissão do coordenador da AF.	7	0	7	0	0	0					7
4) Conhecimento da existência da coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de US.	0	0	8	0	8	0					8
5) Existência formal da CFT na SMS.	5	3,75	5	0	5	0					5
6) Regularidade de funcionamento da CFT no último ano.	6	0	6	0	5	0					6
7) Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde.	10	10	0	0	10	0					10
8) Conhecimento do Plano Municipal de Saúde, segundo farmacêuticos.	0	0	0	0	8	0					8
9) Participação da coordenação da AF nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	10	10	10	10	10	10					10
10) Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.	6	6	6	6	6	6					6
11) Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	6	6	6	6	6	6					6
12) Responsável(is) pela definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às US.	7	0	0	0	0	0					7
13) Existência de sistema informatizado na rede de AF, integrado ao sistema da Rede de Atenção à Saúde.	6	0	3	3	0	0					6
Pontuação total	73	45,75	61	27,5	66,5	22					94

Dimensão operacional							
14) Existência da Remume.	6	6	3	3	3	0	6
15) Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos, (componentes básico, especializado e estratégico) adotadas/padronizadas pelo município.	6	6	4,5	4,5	3	0	6
16) Medicamentos que constam na Remume e que não constam na Rename 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB.	0	0	0	5	0	0	5
17) Existência de medicamentos, destinados à dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US.	0	3	0	3	3	3	6
18) Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança), para armazenamento de medicamentos.	6	0	0	6	3	6	6
19) Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	5	0	0	5	0	5	5
20) Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos quatro anos em serviços de AF.	3,5	7	7	3,5	3,5	3,5	7
21) US que contam com a presença de farmacêutico.	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	7
22) Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico.	0	0	0	0	0	0	7
23) Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos.	6	0	0	6	0	0	6
24) Valor empregado em aquisição judicial, em relação ao orçamento destinado à aquisição de medicamentos no último ano.	6	0	6	3	0	0	6

25) Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US, conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	6	6	6	6	6	6	0	6
26) Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores.	0	7	7	7	3,5	7	7	7
27) Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remume pelos prescritores.	8	8	8	4	8	8	8	8
28) Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda, segundo referido por secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	4	2	4	2	4	4	4	4
29) Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US para atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	4	4	4	4	4	4	4	4
30) Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	6	0	6	0	6	0	0	6
Pontuação total	70	52,5	54	65,5	50,5	44	102	102

Dimensão da sustentabilidade

31) Estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de US e farmacêuticos.	7	7	7	7	7	7	7	7	7
32) Existência de Estratégias de articulação entre a coordenação da AF e as coordenações da ESF e da EACS.	7	7	7	7	0	7	7	7	7
33) Existência de parceria entre a coordenação de AF do município e a coordenação estadual.	0	0	0	0	0	0	0	0	7
34) Tipo (diversidade) de recursos incorporados à AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual.	0	0	0	0	0	0	0	0	7
35) Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 anos.	2,5	5	2,5	2,5	0	2,5	2,5	2,5	10
36) Elaboração participativa dos objetivos e das diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde.	10	10	0	0	0	10	0	0	10
37) Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva/saúde pública ou áreas afins nos últimos dois anos.	7	5,25	7	1,75	7	7	7	7	7
38) Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	7	0	7	0	0	0	0	0	7
39) Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos.	7	0	7	7	7	7	7	7	7
40) Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	3,5	7	7	0	0	0	0	0	7

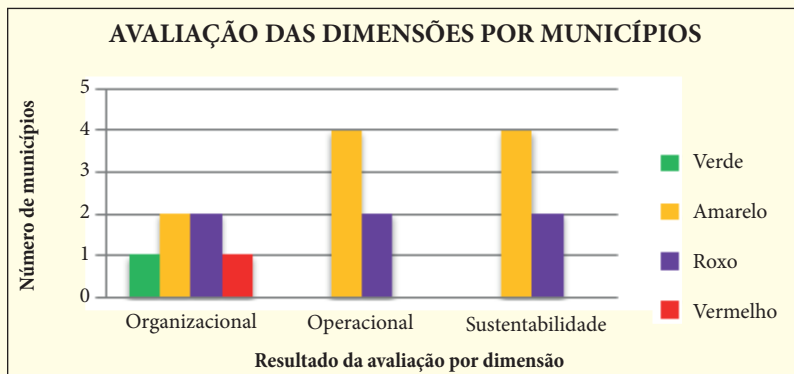
41) Existência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços de AF, segundo usuários.	0	0	0	0	0	0	8	4	8
42) Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	3	3	4	4	4	4	4	4	4
43) Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos.	4	4	4	4	4	4	4	4	4
44) Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	3	4	3	4	4	4	4	3	4
Pontuação total	61	52,25	55,5	27,75	59,5	45,5	96		

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica. CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica. SMS: Secretaria Municipal de Saúde. US: Unidade(s) de Saúde com serviços de atenção primária de saúde.

Fonte: Mendes, 2013.

6.1 Resultados por dimensão

Figura 6.1 – Resultados por dimensão da avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica municipal



Fonte: Mendes, 2013.

6.1.1 Análise da dimensão organizacional

Os resultados da avaliação da amostra catarinense em aspectos organizacionais foram os que distinguiram realmente os municípios entre si, variando da cor verde até a cor vermelha.

Os aspectos contemplados na dimensão organizacional refletem o grau de desenvolvimento do sistema de saúde municipal, não sendo, portanto, um resultado da gestão da assistência farmacêutica isoladamente. As questões organizacionais, que, para Guimarães et al., 2004, referem-se à capacidade da gestão da assistência farmacêutica de decidir e planejar de forma participativa, autônoma e transparente, aparecem nos resultados de forma mais clara, demonstrando que, para os municípios, as questões organizacionais da gestão estão mais estabelecidas.

Os indicadores da dimensão organizacional que se destacaram para revelar esse resultado em Santa Catarina e que demonstram a realidade desse estado para a gestão da assistência farmacêutica serão apontados em seguida.

Os indicadores 1 e 4 que avaliam a coordenação da assistência farmacêutica, sua condição de existência e o reconhecimento por outros profissionais têm posição de destaque. Na amostra estudada, 50% dos municípios (os mais populosos) têm coordenação. Em alguns municípios, as funções de gestão dos serviços farmacêuticos são desempenhadas por coordenações que não estão estabelecidas formalmente. Apenas em 33,3% dos municípios, em que a coordenação estava instituída por norma, havia o reconhecimento desta pelos farmacêuticos e coordenadores das unidades de saúde. Esse fato pode demonstrar uma falta de visibilidade das ações de gestão da assistência farmacêutica.

A autonomia decisória da coordenação da assistência farmacêutica existe nos municípios onde a coordenação é instituída formalmente e em um município onde as funções de gestão são reconhecidas, mesmo sem sua formalização. Porém, as coordenações ainda não têm autonomia sobre todos os aspectos de gestão da assistência farmacêutica, demonstrando que, em relação à capacidade de decidir, são necessários avanços.

A seleção de medicamentos ainda não é um serviço de excelência nos municípios, pois a existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica não é realidade na maioria deles, destacando-se a falta de reconhecimento sobre a importância desta comissão para os municípios.

O nível de conhecimento sobre o Plano Municipal de Saúde pelos farmacêuticos dos municípios é baixo; em apenas um dos municípios estudados este plano é conhecido por todos os farmacêuticos entrevistados.

A participação da coordenação da assistência farmacêutica nas decisões de outros programas da Secretaria de Saúde acontece em todos os municípios estudados. Ressalta-se, porém, que esse indicador pode ter gerado um falso positivo e não ter sido tão claro no questionamento realizado na coleta de dados.

As atividades técnicas e operacionais, como a programação para aquisição, baseada em critérios para a sua elaboração, foram as que tiveram melhor desempenho. A assistência farmacêutica tem, tradicionalmente, sido considerada uma área técnica, com foco nas atividades relacionadas apenas ao medicamento, não utilizando

esses aspectos técnicos em prol da valorização do principal ator de todo o processo, o usuário.

Não existe sistema informatizado em 50% dos municípios da amostra, e somente em um ele é integrado à Rede de Atenção à Saúde do município, com prontuário disponível à assistência farmacêutica. A informatização da assistência farmacêutica já evoluiu, porém ainda precisa ser aperfeiçoada. Atualmente, os municípios já veem a necessidade de informatizar os serviços, e as políticas de incentivo, como a efetivação do sistema Hórus, vêm sendo apresentadas aos gestores.

6.1.2 Análise da dimensão operacional

A Figura 6.1, antes apresentada, indica que, na dimensão operacional, os municípios ficaram entre as cores amarela e roxa, demonstrando que, embora sejam observados avanços na gestão, alguns aspectos precisam ser enfatizados.

A dimensão operacional trata de indicadores que revelam aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da assistência farmacêutica (GUIMARÃES et al., 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010). Essas questões da dimensão operacional, de forma geral, devem acontecer nos municípios, pois existem políticas como a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004), além de normativas, diretrizes e recomendações do Ministério da Saúde, que fazem a execução da assistência farmacêutica acontecer. O acesso aos medicamentos é garantido, pois o financiamento existe e os municípios têm que disponibilizá-los, mesmo não utilizando recursos próprios, somente os do Estado e da União. A estruturação mínima das farmácias no SUS já é, atualmente, objeto de importância entre as gestões municipais e é amparada por diretrizes do Ministério da Saúde e normas da Vigilância Sanitária. A execução pode não ser de forma participativa, compartilhada, com autonomia, transparente e sustentada, mas, mesmo de forma simplista, ela funciona. O sistema de saúde não existe sem medicamentos, o que justifica o resultado mediano na amostra catarinense na dimensão operacional.

O resultado encontrado neste estudo é reflexo do que tem acontecido no Brasil com a chamada descentralização tutelada.

Segundo Trevisan e Junqueira (2007), as decisões operacionais sobre a saúde pública dos brasileiros foram descentralizadas, mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi. É fato que, a partir de 1993, o governo central conseguiu “[...] reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal, a partir dos mecanismos de financiamento”. Apesar das determinações constitucionais, o objetivo do governo central sempre foi o de operar essa política de saúde através de atos administrativos federais sustentados, essencialmente, pela realidade do “orçamento autorizativo”. A Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, de 1993, marca tanto os primeiros passos de uma descentralização administrativa do sistema de saúde como também estabelece formas rígidas de manutenção das estruturas de financiamento em instância federal. Desde os primeiros momentos da implantação do SUS, consolidou-se o exercício da “descentralização tutelada”, expressão cunhada ainda no início dos anos 1990 por Viana (1992).

A existência da Remume, institucionalizada por meio de norma, ainda não é fato em todos os municípios. Em metade dos que foram estudados, a lista padronizada existe, mas não de forma oficial. A característica encontrada na maioria dos municípios é que a Remume não é baseada, em 90%, na Rename ou em elencos pactuados pela CIB, conforme parâmetro usado neste estudo, resultando na baixa do juízo de valor para essa dimensão.

No indicador que avalia a existência de medicamentos fracionados sem a data de validade, em 66,6% dos municípios da amostra, essa situação foi encontrada. A Vigilância Sanitária, estabelecida como a existente no sistema de saúde brasileiro, ainda não consegue fiscalizar e estabelecer normas eficientes para o controle dessa atividade, demonstrado na realidade encontrada em Santa Catarina.

As unidades de saúde que contam com farmacêuticos em todos os municípios da amostra ficaram abaixo de 50%, e, em consequência, atribuiu-se juízo de valor roxo a todos, o que alerta que esse aspecto indicado precisa ser melhorado. Essa situação demonstra a realidade de muitos municípios catarinenses, onde a presença do farmacêutico ainda não é fato nas unidades de saúde, nem mesmo nos de maior população ou que ficaram com uma avaliação muito boa nesta dimensão. Mesmo quando o município tem farmacêutico, esse profissional está em

atividades da coordenação da assistência farmacêutica, no NASF ou em unidades que dispensam medicamentos controlados ou de outros programas, como saúde da criança, tuberculose, DST/AIDS. A presença do farmacêutico na unidade básica de saúde, junto a equipe de Saúde da Família, é algo que precisa avançar. Somente no ano de 2013 todos os 295 municípios catarinenses registraram a presença do profissional farmacêutico, segundo dados do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina (CRF-SC, 2014), ação resultante de uma maior fiscalização do CRF/SC em parceria com o Ministério Público e com a Vigilância Sanitária Estadual.

Uma situação crítica encontrada em todos os seis municípios é a falta de mecanismos que registrem a produtividade do farmacêutico. Essa não é uma prática tradicional, como é para outros profissionais do SUS, mas requer o início de uma discussão sobre a importância desse registro para a gestão e para a manutenção dos processos de trabalho dos farmacêuticos.

O abastecimento de medicamentos das unidades de saúde, na maioria dos municípios, é estabelecido por um cronograma e elevou o juízo de valor na dimensão operacional nas questões técnicas e operacionais que dão condição à execução da gestão da assistência farmacêutica, e, assim como os questionamentos feitos aos profissionais de saúde com relação à sua percepção sobre a adequabilidade da quantidade e dos tipos de medicamentos disponíveis nas unidades de saúde, gerou juízo de valor na coloração verde e na amarela.

Os indicadores 26 e 27, na maioria dos municípios, têm um juízo de valor na coloração verde ou amarela, demonstrando que a relação da coordenação da assistência farmacêutica com os prescritores está acontecendo na disseminação de informações sobre os medicamentos. Mesmo assim, outras formas de articulação com esses profissionais podem acontecer, diminuindo as lacunas entre as duas áreas e formando, em conjunto, uma equipe mais sustentada para receber os usuários.

6.1.3 Análise da dimensão da sustentabilidade

A dimensão da sustentabilidade avalia o potencial que a gestão tem de sustentar as ações da assistência farmacêutica, o grau elevado de

inter-relação da assistência farmacêutica com outros setores da saúde e a satisfação com a qualidade dos serviços pelos usuários e trabalhadores (GUIMARÃES et al., 2004; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Os aspectos que influenciam a sustentabilidade estão relacionados a: (i) alternância política nos entes federados que proporcionam mudanças de gestão em descompasso, considerando que esse fato se dá de dois em dois anos em municípios e estados alternadamente; (ii) frequentes mudanças nas gerências de programas e projetos em uma mesma gestão, favorecendo mudanças na condução destes e colocando em perspectiva os diferentes interesses; e (iii) lento processo de adaptação das instâncias gestoras a novos instrumentos, decorrentes do permanente estágio de ‘aprimoramento’ do SUS (FELISBERTO et al., 2009).

Esse tipo de abordagem para a gestão da assistência farmacêutica é algo inovador. A sustentabilidade das ações para obter melhores resultados é um tema pouco avaliado na área, e os indicadores utilizados por Manzini (2013), adaptados do NEPAF/UFBA, foram pouco modificados.

A dimensão da sustentabilidade da matriz avaliativa é a mais semelhante ao material produzido pelo NEPAF/UFBA. Os resultados obtidos são os menos utilizáveis pelos municípios, para argumentação nas tomadas de decisão. Os farmacêuticos participantes das oficinas tiveram menor argumentação para modificação na matriz avaliativa. Isso pode ser explicado pela formação tecnicista imposta ao profissional e pela prática da gestão, restrita, em muitos casos, a ações logísticas da assistência farmacêutica (MANZINI, 2013).

Os resultados dos indicadores um e quatro apontaram para coloração verde em todos os municípios, demonstrando uma avaliação favorável, porém esses indicadores tratam de estratégias de comunicação, e as formas relatadas nos municípios não são institucionalizadas, não sendo uma forma real de sustentar as ações.

Os dois indicadores antes relatados elevam o resultado geral para os municípios.

A falta de parceria e apoio por parte da coordenação estadual da assistência farmacêutica é resultado em todos os municípios, sendo um fato que deveria acontecer rotineiramente e que diminui a capacidade de sustentar a gestão da assistência farmacêutica municipal.

A maioria dos usuários entrevistados mostrou satisfação nos indicadores de sustentabilidade direcionados a eles; porém, pode acontecer um desvio de resultados, pois nem todas as pessoas que usam os serviços farmacêuticos no município participaram da pesquisa. Além disso, alguns podem acreditar que receber o medicamento é uma caridade, e não um direito, e desviar seus conceitos do que está bom ou ruim, interferindo na sua satisfação. Esse resultado elevou o juízo de valor dos municípios.

Por outro lado, a satisfação dos principais motivadores, os usuários, com os serviços de saúde deixa a gestão em situação favorável para conduzir, decidir e executar as ações, construindo uma capacidade de sustentar a assistência farmacêutica.

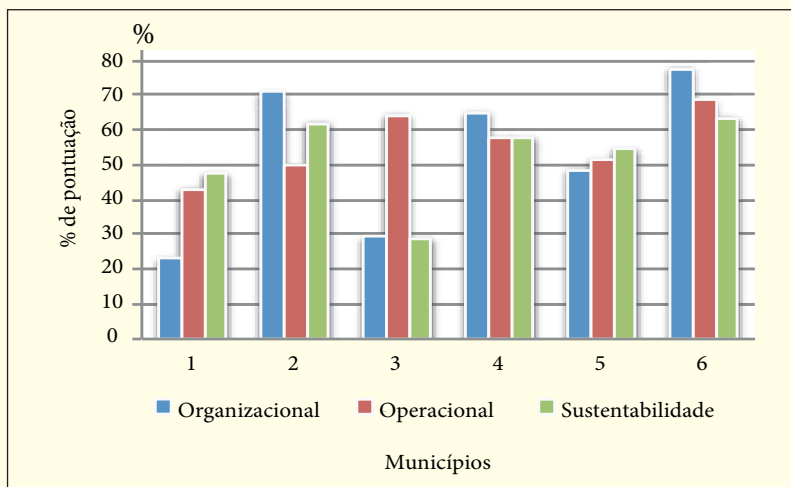
6.2 Diferentes realidades no desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica no estado de Santa Catarina

Na Figura 6.2 pode-se visualizar os diferentes resultados obtidos em cada município avaliado, nas diferentes dimensões. Apesar de a comparação entre os municípios não ser o objetivo deste estudo, as diferenças dos resultados obtidos entre os municípios do mesmo agrupamento ficam evidentes e merecem algumas reflexões.

Os municípios 1 e 2, que pertencem ao agrupamento A (municípios de pequeno porte), revelaram diferenças importantes: (a) a avaliação evidenciou grandes deficiências organizacionais no município 1, onde a assistência farmacêutica não está formalizada e os processos de gestão e de trabalho não são profissionalizados; (b) as estruturas para o desenvolvimento da gestão não são suficientes, tanto em estrutura física quanto de pessoal; (c) os resultados para a dimensão operacional não são muito afetados em todos os municípios, por serem todos definidos por regulamentações federais e pactuações estaduais, garantindo o mínimo de efetividade de acesso aos medicamentos para a população. Mesmo assim, no município 1, atividades estratégicas para garantir o uso adequado dos medicamentos não são observadas. Já os indicadores de sustentabilidade são considerados altos devido à proximidade pessoal entre os profissionais e destes

com a população, permitindo que a comunicação, o conhecimento e a confiança não sejam totalmente inviabilizados pelas deficiências de gestão apresentadas. Do mesmo grupo de municípios, no entanto, o município 2 obteve resultados mais avançados na maioria dos indicadores, destacando-se as diferenças organizacionais em relação ao primeiro, mesmo contando, também, com apenas um farmacêutico. A gestão da assistência farmacêutica desse município demonstra alta profissionalização e reconhecimento, apesar de não ser formalizada no organograma da prefeitura.

Figura 6.2 – Resultado do desempenho de cada município avaliado para cada uma das dimensões, considerando o percentual de pontos obtidos sobre o total de pontos possíveis em cada dimensão



No agrupamento B, representado pelos municípios 3 e 4, tais diferenças também se observam: (a) o município 3 apresenta uma estrutura organizacional deficiente, com fluxos e responsabilidades pouco definidas e reflexos na sustentabilidade da gestão, mesmo tendo os indicadores operacionais com resultados mais avançados para o cumprimento das prerrogativas que são esperadas de um município. O segundo município amostrado no mesmo grupo, no entanto, apresenta estruturação bem definida, programas e projetos em execução e resultados mais avançados em todas as dimensões.

Para o agrupamento C, de municípios de mais alto porte populacional do estado, também evidenciam-se diferenças, ainda que não sejam tão marcantes. O grau de organização, formalização e padronização das ações apresenta maior diferenciação nas dimensões organizacional e operacional, mas na dimensão da sustentabilidade os dois municípios apresentam resultados mais próximos.

De posse desses resultados, é preciso discutir que fatores agregaram inicialmente os municípios em três grandes *clusters*, no trabalho desenvolvido por Veber et al., 2011, e como eles se refletem nos resultados do atual estudo. A pesquisa de Veber et al., 2011 utilizou, para a análise de *clusters*, o porte populacional, o número de farmacêuticos envolvidos com a assistência farmacêutica, o número de medicamentos na Remume e a presença de farmacêuticos na dispensação de medicamentos no município. Partindo de dados de planos municipais de saúde de 2005-2006, os agrupamentos revelaram similaridades mais gerais entre os municípios, tendo a maior parte deles se agrupado com municípios de semelhante porte populacional. Nos anos recentes, o número de farmacêuticos nos serviços públicos de saúde aumentou significativamente em Santa Catarina (LEITE, et al. 2013). O financiamento para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica aumentou e passou a destinar parte dos recursos para a estruturação (até 15% da contrapartida municipal e estadual, conforme Portaria nº 1555/2013). A atenção básica de forma geral teve seu processo de descentralização e estruturação evoluído e consolidado em muitos municípios brasileiros. A formação e qualificação dos farmacêuticos para a assistência farmacêutica tem sido amplamente incentivada, tanto na graduação como na pós-graduação. Em Santa Catarina, três edições do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica, financiadas pelo Ministério da Saúde e desenvolvidas pela Universidade Federal de Santa Catarina, já foram desenvolvidas, atingindo cerca de 140 farmacêuticos atuantes, principalmente, no nível municipal de gestão. As condições atuais desses municípios, portanto, pode estar diferente da encontrada há cerca de 7 ou 8 anos antes da coleta de dados e refletir nos resultados tão diferenciados encontrados atualmente entre os municípios.

É preciso considerar, também, que indicadores muito gerais foram aplicados no primeiro estudo. A aplicação de indicadores

mais específicos, coordenados entre si e sensíveis aos aspectos técnicos, sociais e políticos da gestão no segundo estudo permitiram evidenciar com maior detalhamento e fidedignidade as reais condições da gestão da assistência farmacêutica nos municípios.

De qualquer forma, o presente estudo revela que, dentro de um mesmo estado, municípios com algumas características populacionais semelhantes podem ter níveis de desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica muito díspares, especialmente quanto aos aspectos organizacionais/estruturais da assistência farmacêutica e dos serviços farmacêuticos prestados para a população. Tais resultados alertam para a real necessidade de investimentos em formação de profissionais para implantar e desenvolver processos de gestão da assistência farmacêutica mais qualificados e condizentes com as premissas do SUS e também de investimentos em infraestrutura dos serviços, definição e aprimoramento do papel da assistência farmacêutica enquanto área importante e inserida definitivamente no processo de atenção à saúde nos municípios.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de outubro de 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. do C. L. Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- CRF-SC. CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. *O farmacêutico faz a diferença no SUS: orientações aos gestores/Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina*. Florianópolis: CRF-SC, 2014. 23 p.
- FELISBERTO, E.; FREESE, E.; BEZERRA, L. C. A.; ALVES, C. K. 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 Mater. Infant.*, Recife, v. 9, n. 3, p. 339-357, jul./set. 2009.

GUIMARÃES, M. do C. L.; SANTOS, S. M. C. dos; MELO, C.; FILHO, A. S. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov./dez. 2004.

LEITE, S. N.; TIERLING, H.; ARAUJO, P.; SANTOS, R. F.; HUBER, E. Pharmacies and pharmacists in public health services in Santa Catarina State (Brazil): growth and working conditions. INTERNACIONAL CONGRESS OF FIP, 73., 2013, Dublin. *Anais...* Dublin, 2013. v. 1. p. 1-2.

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

MENDES, S. J. *Capacidade de Gestão Municipal da Assistência Farmacêutica: avaliação no contexto catarinense*. 2013. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

TREVISAN L.; JUNQUEIRA L. A. P. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. *Rev. Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 638-652, jul./set. 2010.

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

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

SOBRE OS AUTORES

Fernanda Manzini

Graduada em Farmácia, especialista em Saúde da Família/modalidade residência e mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Farmácia da UFSC – PGFAR/UFSC. Farmacêutica da coordenação técnico-pedagógica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a distância –, e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC.

Françiane de Souza Santos

Graduada em Farmácia, Especialista em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e graduada em Licenciatura em Química Aplicada pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Atualmente é farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, desenvolvendo as atividades na Coordenação Estadual da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Joslene Barreto

Especialista em Assistência Farmacêutica e mestre em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutoranda em administração na UFBA. Professora da graduação da Faculdade de Farmácia da UFBA. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica – NEPAF da Faculdade de Farmácia da UFBA.

Lúcia Noblat

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mestre em *Clinical Pharmacy* pela *University of London* e doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Associada IV da UFBA.

Márcio Galvão de Oliveira

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), com aperfeiçoamento em Farmácia Clínica pela *Universidad de Chile*. Especialista em Assistência Farmacêutica pela Faculdade de Farmácia da UFBA, mestre e doutor em Medicina e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde da UFBA. Professor adjunto do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS/UFBA).

Maria do Carmo Lessa Guimarães

Especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro, mestre em Saúde Comunitária e doutora

em Administração Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do curso de graduação em Farmácia da UFBA e professora permanente do Núcleo de Pós-graduação em Administração da Escola de Administração da UFBA – NPGA/UFBA. Coordenadora do grupo de Estudo e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF), da Faculdade de Farmácia da UFBA, do Grupo de Pesquisa Gestão da Assistência Farmacêutica, e do Grupo de Gestão e Descentralização de Políticas Públicas.

Marina Raijche Mattozo Rover

Graduada em Farmácia-Bioquímica, com habilitação em Análises Clínicas e mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Farmácia da UFSC. Farmacêutica da Farmácia Escola da UFSC.

Mareni Rocha Farias

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestre em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS, doutora em Ciências Naturais pelo *Pharmazeutisches Institut – Universität Bonn*, na Alemanha e pós-doutora na *Health & Life Sciences University – UMIT* – em Hall in Tirol, na Áustria. Professora Associada IV da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenadora do Curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica – modalidade EAD, edição 2010-2015 e do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços farmacêuticos. Subcoordenadora e tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família UFSC/PMF.

Pablo Moura Santos

Graduado em Farmácia e especialista em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre e doutor em Medicina e Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde pela UFBA. Coordenador do Serviço de Farmácia do Complexo Hospitalar Universitário da UFBA.

Rosa Martins

Graduada em Farmácia pela Faculdade de Farmácia Universidade Federal da Bahia (UFBA), especialista em Assistência Farmacêutica e mestre em Medicina e Saúde pela Faculdade de Medicina pela UFBA. Acumula experiência na área de Assistência Farmacêutica, com ênfase em informação sobre medicamento, atuando principalmente nas seguintes áreas: farmácia hospitalar, centro de informação sobre medicamentos e atenção farmacêutica. Trabalhou no Serviço de Farmácia Hospitalar e Ambulatorial do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos da UFBA e no ambulatório de HIV-Aids do Hospital Geral Roberto Santos. Foi professora do Curso de Farmácia da Faculdade de Ciência e Tecnologia e da UFBA.

Samara Jamile Mendes

Graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e mestre pelo Programa de Pós-graduação em Farmácia da UFSC. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em FÁRMACO e MEDICAMENTOS (USP). Farmacêutica da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a distância (parceria entre UFSC e Ministério da Saúde).

Silvana Nair Leite

Graduada em Farmácia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e colaboradora do Programa de Pós-graduação em Farmácia da UnB. Membro do Comitê Gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Inovação Farmacêutica (CNPq/INCT-IF).

Este livro foi editorado com as fontes Minion Pro e ITC Serif Gothic Std. Miolo em papel pólen *soft* 80 g; capa em cartão supremo 250 g. Impresso na Gráfica e Editora Copiart em sistema de impressão *offset*.

Espera-se que, ao conhecer este livro, o leitor possa entender e inovar os conceitos de gestão da assistência farmacêutica e gestão em saúde, além de refletir sobre os processos e avanços por que a assistência farmacêutica tem passado no estado de Santa Catarina, auxiliando na consolidação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil.

Apoio:

