

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa-PB:
contexto, desafios e perspectivas”***

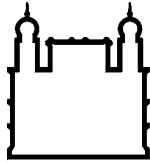
por

Suelma de Fátima Bruns

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Vera Lucia Luiza
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Eglúbia Andrade de Oliveira*

João Pessoa, junho de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

***“Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa-PB:
contexto, desafios e perspectivas”***

apresentada por

Suelma de Fátima Bruns

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz

Prof. Dr. Isac Almeida de Medeiros

Prof.^a Dr.^a Maria Auxiliadora Oliveira

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza – Orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 27 de junho de 2013 .

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

B899 Bruns, Suelma de Fátima
Política de assistência farmacêutica no município de João
Pessoa-PB: contexto, desafios e perspectivas. / Suelma de
Fátima Bruns. -- 2013.

xvii,258 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Luiza, Vera Lucia
Oliveira, Egléubia Andrade de

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Política Nacional de
Medicamentos. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Políticas
Públicas. 5. Implementação de Políticas. I. Título.

CDD – 22.ed. – 615.1

Dedico este trabalho à minha queridíssima mãe, Terezinha Maracajá, que dedicadamente sempre me estendeu seu apoio, incentivo, amor e exemplo. Por sua força e coragem ao enfrentar os desafios da vida, inspirar-me a buscar a felicidade e realizar meus sonhos.

Às minhas filhas, Rebeca e Sarah, razão da minha vida, pela compreensão, apoio, paciência e amor.

Aos meus queridos irmãos Suelene, Suenildo e Suedilson, que sempre estiveram presentes nos momentos importantes, pelo apoio, amizade, carinho e companheirismo eternos.

E ao meu querido Tio Raulino (in memoriam), que sempre esteve presente nos momentos especiais da minha vida.

Agradecimentos

A Deus, por guiar-me durante todo o percurso de construção do conhecimento e me acalantar nos momentos de desânimo.

Em especial às minhas orientadoras, Prof^ª Dr^ª. Vera Lucia Luiza e Prof^ª Dr^ª. Egléubia Andrade de Oliveira, por seus preciosos ensinamentos. O avanço do meu desenvolvimento profissional foi acompanhado com sabedoria, competência, generosidade, carinho e, além da construção de um projeto, laços de uma grande amizade foram criados e fortalecidos. A vocês, o meu agradecimento de coração por tudo!

À ENSP/FIOCRUZ/UFPB, pela oportunidade de fazer parte do projeto de expansão e fortalecimento da Saúde Pública deste país. E à Capes, pelo apoio recebido.

Aos coordenadores do DINTER: Prof^ª Dr^ª Maria Helena Barros, Prof^ª Dr^ª Cristina Guilam, Prof^º Dr Cezar Cavalcanti, Prof^ª Dr^ª Ana Maria Gondim e a Prof^ª Dr^ª Vera Amaral (in memorian), que planejaram e regeram este projeto com tanta garra, dedicação e carinho, bem como aos funcionários, pelo apoio e presteza sempre presente.

Aos membros da banca examinadora, Profs. Drs. Vera Lucia Luiza, Maria Auxiliadora Oliveira, José Mendes Ribeiro, Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz e Isac Almeida de Medeiros pela disponibilidade, atenção, carinho e pelas valiosas contribuições para o aperfeiçoamento do presente estudo.

Aos membros suplentes da banca examinadora Drs. Pedro Paulo Magalhães Chispim e Maria Cristina Guilam, pela disponibilidade, atenção e contribuição para essa tese.

Aos professores que contribuíram para o aperfeiçoamento de conhecimentos e ampliação dos horizontes.

À Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB, que permitiu o acesso às unidades de saúde para a realização da pesquisa.

Aos profissionais de todas as unidades de saúde (GEMAF, DS, USF), pelo acolhimento, disponibilidade e apoio com a coleta de dados.

A todos os entrevistados, gestores, farmacêuticos, médicos, entregadores de medicamentos e usuários que concederam parte do seu tempo para contribuir com a construção desse estudo.

Aos pesquisadores de campo Julio Abrantes, José Anderson, Bruna Caldas, Anna Alyne, Camila Gomes, Bruna Laísa, Vinicius Lins, Juliana Rocha e Mayara Cabral, por terem colaborado com a coleta de dados quantitativa deste trabalho, com tanta dedicação, entusiasmo, ética e apreço. E, em especial, à minha colega de Departamento, Prof^ª Zélia Pontes, por ter feito parte dessa equipe e pelas valiosas contribuições que tanto me ajudaram na condução do trabalho de campo.

A Bruna Caldas, pela dedicação, paciência e esmero no auxílio das transcrições das entrevistas.

Aos meus colegas do Departamento de Ciências Farmacêuticas, pelo apoio e incentivo, principalmente a Margareth Diniz, Lauro Santos, Zélia Pontes, Núbia Rodrigues e Tênio Araújo.

A Frank Bartl, pelas preciosas contribuições, apoio, compreensão, doação e carinho sempre presentes.

Ao CRF, pela reprodução dos Formulários de Pesquisa e dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ao NAF, especialmente a Isabel Emmerick, Luiz Villarinho, Luiza e Vivian, por serem tão prestativos e atenciosos.

A minha amiga Aurilene que foi minha companheira por 4 meses no Rio, dividindo angustias, inquietações e alegrias.

A todos os colegas da turma DINTER, por compartilharem informações e dividirem as dificuldades, risos, choros e pela amizade construída. Em especial aos amigos Nilza, Claude, José Dapaz, Gigliola, Ana Suerda, Liza, Soninha (in memória), Cristina, Wanessa e Jorge, pela amizade construída, regada com muito carinho e que se fizeram presentes, mesmo que distantes, nos momentos mais difíceis dessa caminhada, o meu muito obrigado de coração!

Aos meus queridíssimos amigos de longas datas José Augusto Barros, Renato Simões e Paulo Ortiz, pelas contribuições, generosidade, disponibilidade e por tão carinhosamente estarem sempre presentes em minha vida, me dando apoio e incentivo para novas conquistas.

Aos meus estimados amigos Solange Costa, Fabrício Gomes, Thiago Cavalcante, Sibeleduarte, Bruna Candeia, Dimas Lasmar, Ana Célia, Vitorias Gomes, Ângela Ruberg, Islani Medeiros, Odon Leite e Katia Gomes, que, de forma direta ou indireta, contribuíram, com sua ajuda, força e estímulo, para que eu conseguisse completar este percurso.

A todos, muito obrigado!

A vida anda tão intolerante, que as pessoas não se importam mais umas com as outras, e as culpas se confundem num horizonte de nada. A gentileza do perdão, agora razão de sobrevivência, reclama espaço para afastar a loucura.

Dor de pouca saúde que não teria remédio, se o ser humano não fosse capaz de superar, dentro de cada contexto, os desafios e criar as perspectivas do amanhã ...

Suelma de Fátima Bruns

Resumo

A política de Assistência Farmacêutica na gestão contemporânea, apesar de alguns avanços, ainda se constitui num desafio de governo, impondo nova ordem acerca da percepção da necessidade premente de mudanças que abrangem o contexto social, político-institucional, técnico-administrativo, econômico e cultural, para a efetivação e a inserção dessa política como parte integrante do processo de construção do modelo de atenção à saúde, garantido na Constituição Federal. As políticas farmacêuticas têm como princípios basilares o acesso e o uso racional de medicamentos de qualidade, sendo a execução desses princípios responsabilidade dos entes federados para a consolidação do SUS. Em um país com realidades tão díspares como o Brasil, surgem desigualdades regionais na implementação da Assistência Farmacêutica (AF), nos diferentes contextos locais, com objetivos e interesses muitas vezes conflitantes entre os entes federados. O presente estudo tem por objetivo avaliar a implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB. Trata-se de uma pesquisa avaliativa descritiva, com utilização de métodos mistos. A base metodológica foi composta por três etapas distintas, porém complementares. Inicialmente, foi desenvolvido um Modelo Lógico da AF Municipal, e, posteriormente, foi dado andamento aos procedimentos concernentes às abordagens quantitativa e qualitativa, respectivamente. Assim, na abordagem quantitativa, foram utilizados os indicadores da OMS (2007) e o Método de Avaliação Rápida (MSH, 1995), sendo os Formulários de Pesquisa aplicados em 32 Unidades de Saúde da Família (USF), cinco Farmácias Distritais, na Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (GEMAF) e na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), assim como foram entrevistados 937 pacientes e analisadas 960 prescrições médicas. Para a obtenção dos dados qualitativos, foram entrevistados 22 profissionais (gestores, farmacêuticos, médicos e entregadores de medicamentos) envolvidos diretamente com a AF básica. Os dados foram analisados através de elementos da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), e a análise dos resultados encontrados, à luz do Modelo de Ambiguidade-Conflito proposto por Matland (1995). Para inferência e análise dos resultados do estudo, optou-se pelo uso da ferramenta de “Triangulação de Métodos”. O estudo evidenciou que o grau de implementação da AF alcançado pelo município obteve um escore médio de 53,12%, resultado que indicou um grau de implementação médio ou parcialmente adequado da política de AF no município de João Pessoa-PB. Assim como, de acordo com os tipos de implementação proposto por Matland (1995), puderam-se detectar características de ‘Implementação Administrativa’, com baixos níveis de ambiguidade e conflito no que concerne aos objetivos e metas, bem como foram observados atributos do tipo de ‘Implementação Política’, em que os resultados da implementação são decididos pela esfera central, sofrendo influências do contexto político, condicionadas por um alto nível de conflito em relação aos meios/recursos (humanos, estruturais, tecnológicos e financeiros) para o cumprimento das diretrizes da política. No caso estudado, os objetivos da política, em termos gerais, estavam claros para a grande maioria dos implementadores, mas o grau de conflito sobre os meios foi significativo.

Palavras chave: Assistência Farmacêutica; Política de Medicamentos; Atenção Básica à Saúde; Implementação de Políticas Públicas; Avaliação

Abstract

The pharmaceutical assistance policy in contemporary management, despite some progress, still constitutes a challenge to government. One must recognize the need of changes that include social, political, institutional, technical, economic and cultural aspects, so that this sort of policy be effective as part of the constitutionally guaranteed health care model. Its basic principles are access and use of quality drugs; for the consolidation of the national health care system, the states must put them into practice. In such uneven country like Brazil, there are regional differences in implementation of pharmaceutical assistance and disputes between federative units. The present study aims, thus, at evaluating the implementation of this policy in João Pessoa through an evaluative descriptive research that uses mixed methods. Methodologically, there were three steps. Initially, a logic model of the local assistance was built, followed by qualitative and quantitative studies. In regard to quantitative, WHO indicators (2007) and Quick Evaluation Method (MSH, 1995) have been used. The surveys have been applied in 32 Family Health Units (USF), 5 district Pharmacies, Management Unit of Drugs and Pharmaceutical Assistance (GEMAF) and Central Pharmaceutical Supply (CAF). Furthermore, 937 patients have been interviewed and 960 medical prescriptions have been analyzed. Data concerning quality were obtained in interviews of 22 professionals directly involved with pharmaceutical assistance, such as administrators, pharmacists, doctors and drug deliverers. Data were analyzed using elements of content analysis (Bardin, 2011), and analysis of results, in the light of Ambiguity-Conflict Model proposed by Matland (1995). The Method Triangulation tool has been used to infer and analyze the study results. The study highlighted that the implementation degree of Pharmaceutical Assistance (PA) had a 53,12% score, which means a medium degree of implementation, that is, partial adequacy of the city's policy. In this way, according to the types of implementation proposed by Matland (1995), one could detect administrative implementation characteristics with low levels of ambiguity and conflict regarding goals and objectives. Implementation policy attributes have also been observed; here implementation results are decided centrally in terms of resources and means, of various types: human, structural, technological and financial in order to attain the policy directives. In the present case the policy goals generally speaking were clear to the vast majority of implementer but the degree of conflict about means was significant.

Key words: Pharmaceutical Assistance; Medical Drugs Policy; Basic Health Care; Public Policy Implementation; Evaluation

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVEIANM	Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Atos Não Médicos
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAIS	Centros de Atenção Integral a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEME	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CFE	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGU	Controladoria Geral da União
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CQ	Controle de Qualidade
CRF	Conselho Regional de Farmácia
DAF	Diretoria Administrativa Financeira
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCF	Departamento de Ciências Farmacêuticas
DCI	Denominação Comum Internacional
DM	Diabetes mellitus
DS	Distrito Sanitário
ENAFPM	Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Políticas de Medicamentos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FP	Formulários de Pesquisa
GAB	Gerência da Atenção Básica
GEMAF	Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
GERESE	Gerência da Rede de Serviços Especializados
GT	Grupo de Trabalho
HAI	Health Action International
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano do município
LME	Lista de Medicamentos Essenciais
MAR	Método de Avaliação Rápida
MPR	Median Price Ratio
MS	Ministério da Saúde
MSH	Management Sciences for Health
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais de Atenção à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOBS	Normas Operacionais Básicas
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMJP	Prefeitura Municipal de João Pessoa
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PTP	Protocolos Terapêuticos Padrão

REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URM	Uso Racional de Medicamentos
USF	Unidades de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

Quadros, Figuras e Tabelas

Lista de Quadros

Quadro 1: Modelo ambiguidade-conflito	31
Quadro 2: Conceitos e tipos de implementação do modelo ambiguidade-conflito	32
Quadro 3: Despesa com saúde em João Pessoa.....	45
Quadro 4: Equipamentos de Saúde do Município de João Pessoa-PB, Brasil	47
Quadro 5: Indicadores, unidades de observação, estratégia de coleta utilizada e respectivos formulários de pesquisa	53
Quadro 6: Amostra da quantidade de unidades a serem estudadas, por Distrito Sanitário	56
Quadro 7: Matriz de Julgamento para averiguação do grau de implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB, 2013	63
Quadro 8: Sujeitos selecionados para pesquisa	68
Quadro 9: Dimensões, componentes e atividades propostas para a análise da implementação da Assistência Farmacêutica no Município de João Pessoa-PB.....	75
Quadro 10: Matriz de Julgamento final para averiguação do grau de implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB, 2013	92

Lista de Figuras

Figura 1: Apresenta de forma concisa o trajeto metodológico empreendido e o emprego da Triangulação de Métodos.....	42
Figura 2: Mapa do Brasil e do Estado da Paraíba com destaque para a localização dos principais municípios, situando o município de João Pessoa – PB	44
Figura 3: Unidades de Saúde da Família distribuídas em cinco Distritos Sanitários.....	47
Figura 4: Apresenta as diferentes fases da Análise de Conteúdo.....	71
Figura 5: Resultado do MPR das seis piores e seis melhores aquisições de medicamentos chave realizada pela SMS-JP, João Pessoa-PB, 2012	82
Figura 6: Percentual de economia obtida, quando comparados os valores dos tratamentos para as doenças traçadoras (Pneumonia, Hipertensão e asma) com os custos dos medicamentos genéricos e os custos dos	

	medicamentos de referência, adquiridos em farmácias privadas, João Pessoa-PB, 2012	84
Figura 7:	Dias de trabalho necessários para custear os tratamentos de Pneumonia, Hipertensão e asma, tendo como base o salário mínimo, João Pessoa-PB, 2012	86
Figura 8:	Profissionais que estavam entregando os medicamentos no momento da visita as farmácias das USF, João Pessoa-PB, 2012	91

Lista de Tabelas

Tabela 1:	Indicadores, unidades de observação, valor médio observado e pontuação obtida para os componentes seleção, programação e aquisição de medicamentos, João Pessoa-PB, 2012.....	78
Tabela 2:	Preços dos medicamentos adquiridos pela SMS-JP, preços constantes do International Drug Indicator Guide (WHO, 2012) e o resultado do MPR, João Pessoa-PB, 2012.....	81
Tabela 3:	Valores dos tratamentos para as doenças traçadoras (Pneumonia, Hipertensão e asma), considerando a aquisição pelo serviço público ou farmácias privadas e a comparação de custos desses tratamentos, João Pessoa-PB, 2012	83
Tabela 4:	Dias de trabalho necessários para custear os tratamentos das doenças traçadoras (Pneumonia, Hipertensão e asma), tendo como referência o salário mínimo, João Pessoa-PB, 2012	85
Tabela 5:	Indicadores, unidades de observação, valor médio observado e pontuação obtida para o componente armazenamento e distribuição de medicamentos, João Pessoa-PB, 2012.....	86
Tabela 6:	Indicadores, unidades de observação, valor médio observado e pontuação obtida para o componente controle de dispensação e orientação farmacêutica, João Pessoa-PB, 2012	88
Tabela 7:	Indicadores, unidades de observação, valor médio observado e pontuação obtida para o componente gestão, João Pessoa-PB, 2012.....	90

Sumário

Resumo	VII
Abstract	VIII
Lista de Abreviaturas e Siglas	IX
Quadros, Figuras e Tabelas	XII
1 Introdução	1
2 Objetivos.....	7
2.1 Geral	7
2.2 Específicos	7
3 Perguntas do estudo	8
4 Referencial Teórico	9
4.1 Assistência Farmacêutica no Brasil: breve histórico e desenho.....	9
4.2 Federalismo e Políticas de Saúde	19
4.3 Políticas Públicas.....	24
4.4 Implementação	27
4.5 O modelo de Matland – ambiguidade e conflito	29
4.6 Avaliação em saúde	33
4.6.1 Modelo Lógico.....	36
5 Material e Método.....	39
5.1 Desenho do estudo.....	39
5.2 Cenário – O município de João Pessoa – PB	43
5.2.1 Secretaria Municipal de Saúde	46
5.2.2 Assistência Farmacêutica	48
5.3 Estratégias metodológicas.....	50
5.3.1 Modelo Lógico da Assistência Farmacêutica no nível Municipal, com base na PNAF	50
5.3.2 Abordagem Quantitativa	51
5.3.2.1 Amostra.....	55
5.3.2.2 Seleção, Treinamento e Pré-teste.....	58
5.3.2.3 Coleta de Dados.....	59

5.3.2.4 Codificação e Ordenação dos Dados	60
5.3.2.5 Matriz de Julgamento.....	61
5.3.2.6 Análise dos Dados	65
5.3.3 Abordagem Qualitativa	67
5.3.3.1 Técnica de Coleta de Dados	68
5.3.3.2 Coleta de Dados.....	69
5.3.3.3 Técnica de Análise dos Dados.....	70
5.3.3.4 Considerações Éticas	75
5.3.3.5 Limitações do Estudo.....	76
6 Resultados	77
6.1 Sobre o funcionamento da assistência farmacêutica em João Pessoa – olhando a implantação.....	77
6.1.1 Seleção, Programação e Aquisição	78
6.1.2 Armazenamento e Distribuição.....	86
6.1.3 Controle de Dispensação e Orientação Farmacêutica	88
6.1.4 Gestão.....	90
6.2 Implementação da Política de Assistência Farmacêutica em João Pessoas na perspectiva dos sujeitos / atores	93
6.2.1 Caracterização dos Sujeitos	94
6.2.2 Identificação das categorias de análise.....	94
6.2.2.1 Contextualização da implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB.....	95
6.2.2.2 Desenvolvimento do Ciclo da Assistência Farmacêutica local.....	102
6.2.2.2.1 Seleção de Medicamentos.....	102
6.2.2.2.2 Programação de Medicamentos	103
6.2.2.2.3 Aquisição	105
6.2.2.2.4 Armazenamento e Distribuição.....	108
6.2.2.2.5 Controle de Estoque	110
6.2.2.2.6 Dispensação e Orientação Farmacêutica	111
6.2.2.3 Meios para consecução da implementação da AF municipal (recursos humanos, financeiros e estruturais)	113
6.2.2.4 Percepções dos atores sobre a política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa-Pb.	122

6.2.2.5 Grau de integração entre as ações e sua articulação com a esfera decisória.....	128
7 Discussão	130
7.1 A implementação – o ciclo da assistência farmacêutica como campo de ação	130
7.2 Percepção dos atores sobre a política de AF municipal – ambiguidade e conflito quanto aos objetivos.....	136
7.3 Meios para materialização e execução da política de AF – ambiguidade e conflito existentes na percepção dos atores.....	146
7.4 Integração entre as ações e sua articulação com a esfera decisória.....	152
8 Considerações Finais.....	157
9 Referências	161
Apêndice A – Modelo Lógico – Assistência Farmacêutica no Município de João Pessoa-PB Contexto municipal da organização da saúde.....	176
Apêndice B – Indicadores – Quantitativos	178
Apêndice C – Informações de interesse para análise ambiguidade-conflito – Indicadores Qualitativos	184
Apêndice D – Matriz de Julgamento (panorama parcial) para averiguação do grau de implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB, 2013	185
Apêndice E – Roteiro semi-estruturado de entrevista (gestores).....	186
Apêndice F – Roteiro semi-estruturado de entrevista (farmacêuticos, médicos e entregadores de medicamentos)	187
Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (GEMAF/CAF).....	188
Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuário)	189
Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (farmacêuticos, médicos e entregadores de medicamentos)	190
Apêndice J – Artigo submetido à Revista de Administração Pública (RAP) em 13/02/2013.....	191
Apêndice K – Judicialização da Assistência Farmacêutica: dois pesos e uma medida (cap. livro / prelo).....	213

Apêndice L – Carta ao Conselho Municipal de Saúde	236
Anexo 1 – Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento do Projeto	237
Anexo 2 – Parecer do CEP/ENSP aprovando o Projeto	238
Anexo 3 – Formulários de Pesquisa	239
Anexo 4 – Carta de encaminhamento para as Unidades de Saúde.....	253
Anexo 5 – Carta de encaminhamento para as Unidades de Saúde.....	254
Anexo 6 – Declaração do Presidente do Conselho Municipal de Saúde	255
Anexo 7 – Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013	256
Anexo 8 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde (parte da GEMAF)	258

1 Introdução

No Brasil, as últimas décadas foram marcadas por mudanças relevantes no Sistema Nacional de Saúde, em busca de conformá-lo ao novo ideário de saúde pública gestado pelo movimento da reforma sanitária e expresso na Constituição Federal (CF) de 1988, na qual está estabelecido que a saúde é direito de todos e dever do Estado, tendo sido, nesse contexto, criado o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2008a).

O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Lei nº 8.080/90, tem como princípios a universalidade e a igualdade no atendimento, a integralidade das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, o controle social, a descentralização político-administrativa e a hierarquização do sistema. O artigo 6º da mencionada Lei estabelece que estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de várias ações, entre elas, a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990a).

Entretanto, desde a publicação da referida Lei até o final dos anos 90, não houve avanços quanto ao cumprimento dos princípios norteadores do SUS, no que diz respeito à descentralização da assistência farmacêutica, pois a mesma continuou sob o comando centralizador da Central de Medicamentos (CEME), que perdurou até sua extinção em 1997. Ademais, o contexto da época, devido a vários problemas detectados na gestão da CEME, tais como pouca utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) pelos prescritores, desperdício de medicamentos decorrente, principalmente, do pouco conhecimento do perfil epidemiológico das populações atendidas, dificuldades de logística, com grandes perdas de medicamentos devido ao prazo de validade vencido, insuficiência de recursos financeiros e atritos entre a instituição e os laboratórios oficiais (ACÚRCIO, 2003), contribuíram para a desarticulação da assistência farmacêutica, no Brasil, conduzindo a um grave cenário de comprometimento da qualidade de vida do cidadão (PIANETTI, 2003).

Houve um lapso de dez anos após a promulgação da CF e as primeiras iniciativas concretas para integrar a assistência farmacêutica aos princípios do SUS, de forma que as demandas para sua estruturação se mantiveram reprimidas nesse período (VIEIRA, 2008a).

Segundo Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005: 525), “valendo-se desses novos princípios de reestruturação da atenção à saúde, tornou-se necessário repensar a assistência farmacêutica”. Portanto, na conjuntura do Brasil contemporâneo, surge a necessidade

premente de regulamentar a área de medicamentos para efetivar os princípios constitucionais, incluindo a assistência farmacêutica.

Nesse contexto, a assistência farmacêutica passou a integrar a agenda de governo e, em 1998, foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM), propondo garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos ao menor custo possível, promover o seu uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais, cabendo aos entes federados – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – a responsabilidade pela gestão e pelo financiamento compartilhado. Foram estabelecidas diretrizes e prioridades para implementação dessa política (BRASIL, 1998a).

A assistência farmacêutica foi definida pela PNM como um “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”.

Nesse sentido, Marin *et al.* (2003: 123) comentam que a assistência farmacêutica

“envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde”.

Uma das diretrizes da PNM é a reorientação da assistência farmacêutica, a qual constitui fator preponderante para o deslocamento do foco do medicamento como bem de consumo, passando a ser entendido como bem essencial no processo de promoção da saúde, transferindo-se a ênfase do produto para focar o usuário dos serviços (MARIN *et al.*, 2003).

A partir da PNM, foram desencadeados processos de normatização, formando um arcabouço jurídico-institucional para o setor farmacêutico, em que se pode destacar a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, que estabelece a regulamentação sanitária para garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, cabendo-lhe inclusive as atividades de registro e fiscalização dos mesmos (BRASIL, 1999a); a promulgação da Lei dos genéricos, garantindo a oferta de medicamentos de qualidade e baixo custo no mercado e promovendo o acesso da população a estes medicamentos (BRASIL, 1999b); e a criação, em 2003, do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, atualmente vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, como parte da estrutura do Ministério da Saúde (MS).

Em 2004, foi publicada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), que redefine a assistência farmacêutica como um “conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional”. Essa política explicita a necessidade de qualificação dos serviços de assistência farmacêutica nos diversos níveis de atenção, assim como a atenção farmacêutica e a promoção do uso racional de medicamentos como seus principais eixos estratégicos para melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, é importante destacar a recente publicação da Lei nº 12.401 de 28/04/11, que altera a Lei nº 8.080/90, e tem como objetivo regulamentar a questão da assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a). Segundo Reis (2011), “ao regulamentar a entrada de novos produtos e procedimentos na rede pública, a Lei nº 12.401 beneficiará o cidadão e fortalecerá a atuação do Ministério da Saúde, [...] em prol das necessidades em saúde”. A mencionada lei também irá subsidiar o Poder Judiciário – com definição de parâmetros – nas decisões das ações envolvendo o medicamento, sendo, assim, outro dispositivo importante para a efetivação da assistência Farmacêutica. Como afirma Vieira (2008b: 99), “não é possível falar em efetividade da atenção à saúde sem que a assistência farmacêutica cumpra o seu papel com qualidade”.

Apesar dos avanços das políticas nacionais de medicamentos e assistência farmacêutica – uma vez que elas representam importantes referenciais para a reorientação e qualificação dos serviços de assistência farmacêutica – muitos problemas perduram, comprometendo a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos e seu uso racional (VIEIRA, 2010). Nesse sentido, estudos demonstram dificuldades de acesso da população aos medicamentos essenciais, o que se reflete em prejuízo à saúde do cidadão (OPAS, 2005; OLIVEIRA, 2007a; SIQUEIRA; GAUDARD, 2009).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), intitulada “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil”, apontou para deficiências na gestão, nos mecanismos de financiamento e na integração das ações de assistência farmacêutica às ações de saúde, deixando clara a necessidade de se investir para qualificação dos serviços (OPAS, 2005).

A referida pesquisa demonstrou que, nas unidades de saúde, a disponibilidade em estoque de medicamentos considerados principais foi de 73%, nas centrais de abastecimento farmacêutico dos municípios (CAF-M), de 76%, e nas estaduais (CAF-E), de 77%. Os resultados revelam a falta de medicamentos nos serviços considerados imprescindíveis à saúde da população.

Além disso, o resultado encontrado para existência de registros de estoque foi de 32% para as unidades de saúde, 32% nas CAF municipais e 61% nas CAF estaduais, insuficiente, portanto, em todos os casos. O registro constitui uma informação fundamental para o controle de estoque. Se essa informação não é de qualidade, seguramente a programação de medicamentos será prejudicada, trazendo prejuízos para a saúde da população, pelo não atendimento das demandas necessárias.

Outro dado relevante constatado diz respeito à porcentagem de medicamentos prescritos, dispensados ou administrados, que foi de 66% nas unidades de saúde, indicando duas situações: ou os medicamentos prescritos não foram dispensados ou administrados porque não estavam disponíveis, ou os prescritores não aderiram às relações de medicamentos selecionados para os serviços de saúde. Além disso, segundo o estudo, o tempo de desabastecimento dos medicamentos principais, medido por meio de fichas de controle de estoque, foi, em média, de 84 dias nas unidades de saúde, 74 dias nas CAF-M e 128 dias nas CAF-E.

No que concerne à qualidade dos serviços, numa escala de 0 a 100 pontos, metade das unidades de saúde alcançou entre 40 e 69 pontos quanto às boas práticas de estocagem nas centrais de abastecimento farmacêutico, o que evidenciou que os medicamentos poderiam estar sujeitos a condições não adequadas, em alguns aspectos, nesses serviços (OPAS, 2005).

Corroborando esses achados, estudo realizado por Vieira (2008a) quanto à qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil, baseado nos relatórios de auditoria da Controladoria Geral da União (CGU), revelou que 71,4% dos municípios estudados apresentaram “controle de estoque ausente ou deficiente”; em 39,0% deles, foram observadas “condições inadequadas de armazenamento” e, em 23% dos municípios estudados, foi evidenciada a falta de medicamentos selecionados para o programa, caracterizando problemas graves de gestão, com prejuízo ao acesso, à efetividade e à garantia da integralidade da assistência à saúde apregoada pelo SUS, o que revela a dimensão do problema (VIEIRA, 2008b).

Ratificando essas constatações, estudo realizado pelo Banco Mundial sobre a governança no SUS certifica, em relatório publicado em 2007, que o gerenciamento da logística de medicamentos consome cerca de 20% dos recursos financeiros da saúde, podendo ser a causa principal de ineficiência e perda, assinalando, ainda, que há deficiência na qualidade dos serviços, atribuída a problemas de gestão (BANCO MUNDIAL, 2007).

Ao analisarem a situação da assistência farmacêutica no Brasil, Mayorga *et al.* (2004) concluíram que os municípios e estados enfrentam problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na infraestrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos.

Nesse enfoque, Fraga (2005) demonstra que apesar de alguns progressos, a assistência farmacêutica desenvolvida nos municípios brasileiros pode ser considerada incipiente, uma vez que a mesma continua centrada na aquisição e distribuição de medicamentos. Sem dúvida, tendo como referência o modelo federativo do país, com municípios que variam de 805 (Borá-SP) a 11.244.669 (São Paulo-SP) de habitantes e Produto Interno Bruto (PIB) que se situa entre 6.492 e 357.116.681 – em R\$ 1000 – (IBGE, 2010a), a descentralização da assistência farmacêutica constitui desafio importante, uma vez que o tema envolve questões econômicas, sanitárias e culturais.

Em um país com realidades tão díspares, envolvendo elementos políticos, culturais, sociais e econômicos, como o Brasil, surgem as desigualdades regionais na implementação da assistência, nos diferentes contextos locais, entre os entes federados. Segundo Almeida (1996: 14), o federalismo é um sistema de governo “baseado na distribuição territorial – constitucionalmente definida e assegurada – de poder e autoridade entre instâncias de governo, de tal forma que os governos nacional e subnacionais são independentes em sua esfera própria de ação”, afirmando ainda que “a existência de competências legislativas comuns e concorrentes na oferta de bens e serviços é a essência do federalismo” e que, entre as três esferas de governo, a distribuição das responsabilidades ocorre de maneira desigual, uma vez que não leva em conta a capacidade financeira e administrativa das unidades subnacionais (ALMEIDA, 2001).

Dourado e Elias (2011: 205) afirmam que “a organização institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) reproduz essa disposição tríplice e legitima a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios ao constituir o sistema nacional de saúde”. Nesse contexto, os referidos autores destacam, ainda, a entrada, de forma definitiva, dos municípios na estrutura trina do país, ficando consolidada a ascensão do poder local na estrutura político-administrativa do Estado brasileiro. Portanto, a política implementada em nível local, além de ser dependente de regras e transferências de recursos nacionais, tem uma conformação local variada, em virtude da diversidade dos municípios brasileiros, com suas influências culturais, histórico-político-institucionais, bem como da atuação dos atores locais, configurando-se, portanto, realidades distintas entre os municípios brasileiros, o que se expressa na heterogeneidade da oferta de serviços de assistência farmacêutica à população. Justifica-se, portanto, a realização de uma pesquisa sobre a política de assistência farmacêutica de um determinado município, conforme explicitado, adicionalmente, em seguida.

O contexto descrito nos remete à preocupação da possível problemática da assistência farmacêutica apresentar-se no município de João Pessoa-PB, visto que a assistência farmacêutica ainda se constitui um desafio de Governo para a consolidação do SUS, e o conhecimento de que os problemas advindos deste setor se constituem em problemas de saúde pública.

Levando-se em consideração o processo de implementação da Política de Saúde, em particular, da Política de Assistência Farmacêutica, na perspectiva de contribuir para a consolidação do SUS, alguns estudos vem sendo realizado no sentido de analisar e avaliar esse processo, em particular no âmbito municipal, a exemplo de alguns trabalhos anteriormente já referenciados.

Assim, entendemos que a presente pesquisa, dada sua relevância, poderá contribuir significativamente para o aperfeiçoamento de uma das mais importantes questões de saúde pública no nosso país – a assistência farmacêutica –, ao mesmo tempo que a realização da mesma poderá oportunizar a integração, articulação e sinergia de competências técnicas e gerenciais, indiscutivelmente necessárias à busca da excelência na implementação da Política da Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB.

2 Objetivos

2.1 Geral

Avaliar a implementação da Política de Assistência Farmacêutica (AF) no município de João Pessoa-PB.

2.2 Específicos

- ✓ Analisar os níveis de ambiguidade e conflito em relação aos objetivos e recursos (meios) necessários à obtenção dos efeitos esperados com a implementação das ações da AF;
- ✓ Identificar, na fala dos atores chave, a percepção da influência do contexto político, social e organizacional no processo de implementação da política de AF;
- ✓ Verificar o grau de implementação da Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB;
- ✓ Verificar o nível de ambiguidade e de conflitos existentes, segundo as opiniões de atores relevantes;
- ✓ Identificar os principais componentes da Assistência Farmacêutica no nível municipal, seus respectivos produtos e resultados esperados, assim como os atores envolvidos, expressando tais relações por meio de um modelo lógico.

3 Perguntas do estudo

- Qual o grau de implementação da Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa?
- Como se caracteriza o processo de implementação, segundo o modelo de ambiguidade-conflito proposto por Matland (1995)?

4 Referencial Teórico

4.1 Assistência Farmacêutica no Brasil: breve histórico e desenho

A assistência farmacêutica começa a ser percebida como política pública a partir dos anos 70, quando o governo federal, com o intuito de promover uma política de medicamentos articulada com o sistema de saúde vigente à época, cria a CEME, instituída como órgão da Presidência da República, através do Decreto nº 68.806/71, cujo modelo de gestão era centralizado e o nível central definia as diretrizes de sua execução, para a promoção, organização e ampliação das atividades de assistência farmacêutica. O novo órgão tinha como objetivo promover o acesso aos medicamentos essenciais para a população de reduzido poder aquisitivo, assim como regular a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos estatais, e também tinha como missão a aquisição e distribuição dos medicamentos de programas estratégicos para os estados (BRASIL, 1971). Em 1975, a CEME foi vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio do Decreto nº 75.985/75, e, dez anos depois, passou para o âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação do Decreto nº 91.439/85 (BRASIL, 2002a).

O governo, buscando fortalecer o setor farmacêutico, na expectativa de resolver a questão do abastecimento dos medicamentos básicos para atender à população, lançou, em 1973, através do Decreto nº 72.552/73, o Plano Diretor de Medicamentos, o qual explicitava as diretrizes para o controle do sistema de produção, distribuição e comercialização de produtos farmacêuticos, bem como determinava o estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos, a qual deveria ser “orientada em função dos problemas sanitários de maior vulto e de grupos populacionais mais vulneráveis ou susceptíveis, consideradas as diferenças regionais” (BRASIL, 1973).

A elaboração e a instituição da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) têm como princípios norteadores apresentar as opções terapêuticas mais adequadas, seguras e acessíveis para as doenças mais prevalentes e servir como referência para a elaboração de listas de medicamentos para estados e municípios. A publicação da primeira RENAME ocorreu em 1975, através da Portaria MPAS nº 233/75, seguindo as seguintes recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997):

1. Selecionar medicamentos cuja eficácia e inocuidade sejam comprovadas por estudos clínicos ou pelos resultados já reconhecidos pelo amplo uso;
2. Os medicamentos selecionados devem estar disponíveis na forma em que se garanta sua qualidade, biodisponibilidade e estabilidade, sob as condições de armazenamento e uso estabelecidos;
3. Deve ser considerado o custo total do tratamento e a relação custo/benefício. Em alguns casos, a escolha pode ser influenciada por fatores como propriedades farmacocinéticas, ou considerações locais, como disponibilidade de laboratórios e almoxarifados;
4. Os medicamentos essenciais selecionados devem possuir apenas uma substância ativa. Os medicamentos com combinações fixas só deverão ser aceitos quando adequados à maioria da população e quando sua combinação tenha vantagens sobre a administração isolada, quanto a efeitos terapêuticos, inocuidade ou cumprimento da prescrição;
5. Revisão e atualização periódica da relação de medicamentos.

Entretanto, não houve revisão e atualização de forma sistemática da relação de medicamentos por especialistas, o que dificultou a sua aceitação.

Cumprir assinalar que a centralização dos processos de programação, aquisição e distribuição de medicamentos por parte da CEME se refletiu na insatisfação, tanto de usuários, como de gestores locais, em virtude da falta de medicamentos e/ou pelas volumosas perdas de medicamentos por prazo de validade vencido, o que era resultante do pouco conhecimento da CEME com relação às doenças prevalentes no país e do fato de que grande parte dos insumos adquiridos não correspondiam à realidade das demandas dos serviços de saúde dos estados e municípios.

Nesse sentido, buscando racionalizar o uso dos medicamentos na atenção primária à saúde, a CEME criou, em 1987, o programa Farmácia Básica, composto por uma seleção padrão de 48 medicamentos pertencentes à RENAME, de uso ambulatorial, a serem distribuídos aos municípios para atender a cerca de 3000 habitantes, por um período de seis meses. O programa não obteve êxito, porém, foi reimplantado, com algumas alterações, na segunda metade da década de 90. Contudo, em virtude da grande descontinuidade quanto ao fornecimento dos medicamentos, bem como por não seguir ao perfil epidemiológico

regional, ocasionou problemas de excesso de determinados medicamentos e, em decorrência de prazo de validade expirado, desperdícios de outros nos serviços de saúde (COSENDEY *et al.*, 2000).

No contexto do movimento da Reforma Sanitária, um dos assuntos discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e considerada o acontecimento político-sanitário mais importante da década foi a questão dos medicamentos, constando em seu relatório final as seguintes proposituras: maior presença estatal na produção farmacêutica; proibição da propaganda comercial de medicamentos; fiscalização rigorosa da qualidade e comercialização dos medicamentos através de uma adequada vigilância sanitária; formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, contemplando, particularmente, a produção de insumos e medicamentos, entre outros; ampliação do espaço de atuação e de investimento público nesses setores estratégicos, especialmente no referente à pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e soros para uso humano (BRASIL, 1986).

Outro evento de destaque foi o 1º Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Políticas de Medicamentos (1º ENAFPM), realizado em 1988, que representou um importante marco político para definir as principais diretrizes para a edição da atual PNM, no qual se aprofundaram as discussões “sobre uma prática necessariamente articulada de diferentes áreas e sobre a utilização do medicamento como expressão que transcende uma sucessão de eventos técnicos isolados – uma expressão da realidade política, social e cultural de uma população dada” (PERINI, 2003). O referido encontro produziu a “Carta de Brasília”, que sugeriu o rompimento com a condição de pura mercadoria que o medicamento assumira no processo de acumulação de capital (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

É importante mencionar que o ideário de saúde como direito social, defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária, foi acatado na Carta Magna de 1988, que reconhece o direito do acesso universal à saúde a toda a população (BRASIL, 2008a).

Considerada como uma grande conquista da sociedade, pelo seu caráter de política estatal que promoveu ampla inclusão social e um grande avanço para um país em desenvolvimento como o Brasil, esta Lei determina que cabe ao Estado, como parte integrante do direito à saúde, garantir assistência terapêutica integral, na qual inclui-se a assistência farmacêutica, através da elaboração e implementação de políticas públicas que possam garantir o direito social à assistência farmacêutica.

Cumprir assinalar que a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 define orientações para a organização da assistência farmacêutica, estabelecendo, portanto, como linhas gerais de atuação para o gestor federal a orientação e a implementação de uma política nacional de assistência farmacêutica e, para as esferas estaduais e municipais, a função de estruturar, organizar e operacionalizar as atividades de assistência farmacêutica, para prestar os devidos serviços à população.

Nesse contexto, se inicia a concretização das mudanças previstas, desencadeando o processo de descentralização das ações nos serviços públicos de saúde, como preconizado pela legislação, com a participação efetiva dos estados e municípios. Tal processo de mudança alcança a assistência farmacêutica a partir de 1997, com a extinção da CEME, através do Decreto nº 2.283/97, por não ter conseguido cumprir os pressupostos da sua criação, ou seja, articulação entre as demandas da sociedade, a assistência farmacêutica, o medicamento e o sistema de saúde. Suas atribuições são transferidas para a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, durante este período de transição (1997–1998).

Diante do processo de mudança e dos problemas crescentes com a instabilidade da assistência farmacêutica a nível nacional, têm início as discussões para elaboração de uma nova PNM, cujo processo foi coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde (SPS).

Desse modo, tornou-se premente a necessidade da elaboração de uma nova política de medicamentos, e, assim, com base nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), nas diretrizes constitucionais, na Lei Orgânica da Saúde e após ampla discussão com vários segmentos e representações da sociedade, em 1998, foi instituída a PNM, através da Portaria GM nº 3.916/98, que define assistência farmacêutica como sendo um “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”, tendo como objetivo primordial “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” e como diretrizes balizadoras da atuação dos gestores do SUS: adoção da relação de medicamentos essenciais; regulação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998a).

Dessa forma, confere-se à população um importante instrumento de garantia de acesso ao medicamento, acesso este que não podia ser restrito unicamente ao fornecimento,

mas, acrescido, agora, de características a que eles devem corresponder, quais sejam, segurança, eficácia e qualidade, ao menor custo possível, além de conferir um novo conceito para assistência farmacêutica:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade.

Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998a).

Para implementação da PNM, foi utilizada como diretriz prioritária a Reorientação da Assistência Farmacêutica, com ênfase na descentralização da gestão e na definição de responsabilidades das esferas de governo no âmbito do SUS, para o desenvolvimento de planos, programas, e atividades. Essa descentralização, ao mesmo tempo em que promove o fortalecimento dos princípios do SUS, traz desafios aos gestores estaduais e municipais na promoção das mudanças para o novo modelo de gestão voltada ao cidadão. Portanto, para uma real efetivação da descentralização, faz-se necessário o aperfeiçoamento e a busca de novas estratégias por parte dos gestores, com o intuito de promover a eficiência de suas ações e a consolidação e integralização dos vínculos entre os serviços e a população (BRASIL, 1990b).

Assim, a Assistência Farmacêutica constitui-se importante elemento da eficácia e resolutividade dos serviços de saúde. Para tanto, o acesso, no caso específico dos medicamentos, se refere à relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, ou seja, significa ter o produto adequado, para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar requeridos pelo usuário, com a garantia de qualidade e a disponibilidade de informação suficiente para o uso adequado, tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde (BERMUDEZ *et al.*, 1999).

Segundo a OPAS (2009: 9), “a possibilidade ou não de ter acesso a um medicamento constitui uma das manifestações mais claras das desigualdades e injustiças entre países na Região e entre populações dentro dos países”. Afirma, ainda, que são muitas as barreiras de acesso ao medicamento, podendo ser citadas: limitações dos serviços de saúde; problemas de disponibilidade, de pesquisa e desenvolvimento; limitações no sistema de fornecimento e na acessibilidade.

Nesse sentido, várias iniciativas tem sido implementadas pelas diferentes esferas da federação, no sentido de regular o acesso aos medicamentos. Entre as iniciativas do nível federal, pode-se citar a instituição do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFB), através da Portaria nº 176 de 1999, em que foram estabelecidos os critérios e os requisitos para a habilitação dos estados e municípios a receberem esse incentivo financeiro do governo federal (BRASIL, 1999c).

Posteriormente, a fim de aprimorar a legislação para viabilizar a instituição do programa e definir responsabilidades entre os entes federados, outras portarias foram instituídas, a exemplo da Portaria nº 2.982 de 2009, que, posteriormente, foi revogada pela Portaria nº 4.217 de 2010, a qual aumenta e define normas para o financiamento e estabelece critérios para a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, assim como define o Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. De acordo com essa Portaria, a parte que cabe ao nível federal é de R\$ 5,10/habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de, no mínimo, R\$ 1,86/habitante/ano cada, sendo que esses recursos devem ser usados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na RENAME 2010 (BRASIL, 2010a).

Outra medida de grande impacto foi a aprovação da Lei nº 9.787/99, que ficou conhecida como a ‘Lei dos Genéricos’, a qual dispõe sobre a instituição de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e define o medicamento genérico como sendo:

similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI; (Art.1º)

Cabe assinalar que essa Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 3.181/99, o qual estabelece a obrigatoriedade do uso do nome genérico (Denominação Comum Brasileira – DCB/ Denominação Comum Internacional – DCI) em rótulos, embalagens, bulas e toda e qualquer informação e divulgação a respeito de medicamentos. A lei propiciou um maior acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais, garantidas as condições de segurança e eficácia por um preço reduzido (COSENDEY *et al.*, 2000).

Outro marco foi a publicação do Decreto Federal nº 7.508/11, que dispõe sobre a organização do sistema público de saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, regulamentando, portanto, a Lei nº 8.080/90. Assim, poderão os estados e municípios adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo fornecimento e financiamento de medicamentos e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011a).

Buscando ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais, o governo cria o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), em 2004, através da Lei nº 10.858/04, a qual autorizou a Fiocruz a disponibilizar medicamentos com ressarcimento (BRASIL, 2004a). Em 2006, foi realizada uma ampliação do PFPPB, e este passou a credenciar estabelecimentos privados com financiamento público, para disponibilizar medicamentos à população, sendo, portanto alguns medicamentos distribuídos de forma gratuita e outros sob a forma de copagamento (ACÚRCIO, 2013).

Outra ação do governo nessa direção foi a promoção da campanha ‘Saúde não tem preço’, criada em 2010, cujo objetivo foi disponibilizar de forma gratuita os medicamentos para o tratamento de Hipertensão, Diabetes e Asma nas farmácias vinculadas ao Programa ‘Aqui tem Farmácia Popular’ (BRASIL, 2011c).

Considerados como princípios básicos das políticas farmacêuticas (PNM e PNAF), o acesso e uso racional de medicamentos de qualidade é o maior compromisso do governo com a sociedade para garantir uma assistência terapêutica integral. É importante afirmar que, para se conseguir o uso racional de medicamentos, é necessário que os diferentes atores envolvidos tenham como foco principal a saúde da população, uma vez que o incentivo ao consumo do uso irracional de medicamentos gera gastos desnecessários, intoxicações e eventos adversos. Em contrapartida, medicamentos racionalmente selecionados e usados adequadamente propiciam benefícios individuais, institucionais e nacionais (BRASIL, 2012b).

Cabe ressaltar que a publicação da Lei nº 12.401/11 é considerada um marco legal de grande importância. A mesma altera o artigo sexto da Lei nº 8.080/90, acrescentando o inciso VIII, o qual dispõe que a assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em dispensa de medicamentos cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico ou, na falta do protocolo, com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal, pelos

gestores estaduais e pelos gestores municipais do SUS. Dispõe também que os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. Os medicamentos ou produtos serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que trata o protocolo (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, a referida Lei tem como objetivos colocar alguns limites à questão da terapêutica integral e estabelecer critérios para incorporação de novas tecnologias e a elaboração de protocolos clínicos. Portanto, a integralidade não é um conceito que admite toda e qualquer terapêutica existente ou demandada por um paciente ou profissional de saúde. Há que se ter critérios técnicos, atualizados cientificamente, para embasar a incorporação desta ou daquela tecnologia, desta ou daquela terapêutica ou medicamento (SANTOS, 2006 apud BORGES; UGÁ, 2010). Essas questões, de grande complexidade, completam o quadro de projeção das ações judiciais que demandam o acesso a medicamentos. Exemplo disso fica evidenciado em uma pesquisa realizada por Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005: 526), a qual revela que,

os registros de mandados judiciais na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) iniciam-se em 1991. Desse ano até 1999, o ritmo de entrada das ações é paulatino e as indicações direcionadas a algumas enfermidades. No entanto, a partir de 2000, percebe-se um grande aumento no número de ações impetradas contra a gestão estadual solicitando medicamentos para todos os tipos de indicações terapêuticas, inclusive de atenção básica. Ao final de 2002, somavam-se 2.733 ações judiciais contra o Estado.

No entanto, o marcado problema da judicilização da saúde no Brasil, em que a maioria dos processos dizem respeito a medicamentos, denunciam esta como uma agenda definitivamente inconclusa. Sobre esse tema foi desenvolvida uma discussão específica, publicada como capítulo da obra Direito e Saúde - Cidadania e Ética na Construção de Sujeitos Sanitários, aqui apresentada no Apêndice K.

No Brasil, o nível federal é responsável pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a qual teve sua última atualização em 2010 e é tida como documento estratégico para a organização, estruturação e efetivação da AF. Portanto, todos os procedimentos ofertados pelo SUS devem estar contidos na RENAME, a qual serve

como instrumento básico e norteador para garantir o acesso e uso racional de medicamentos com qualidade, bem como serve de parâmetro para a elaboração das listas estaduais e municipais de medicamentos (BRASIL, 2010c).

São notórios, também, avanços importantes em termos de iniciativas para melhorar a gestão da AF, como o QUALIFAR-SUS, que foi instituído pelo MS, através da Portaria nº 1.215/12/GM, e cuja finalidade é colaborar com o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, objetivando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2012a), além dos cursos de Gestão da AF financiados pelo DAF/SCTIE/MS, que têm ampliado a capacitação dos profissionais envolvidos com a AF.

Vale ressaltar o lançamento, em 2009, do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS), cujo objetivo é cooperar no sentido de qualificar a gestão da AF nas três esferas da Saúde, promovendo o acesso e a melhoria do atendimento nos serviços e da qualidade de vida dos usuários. Essas são iniciativas fundamentais, tendo em vista a magnitude dos problemas existentes. No Apêndice J, apresentamos artigo (ainda em apreciação pela revista), que explora o perfil de problemas da gestão da AF em 52 municípios do Estado da Paraíba no período 2003-2010, com base nos relatórios do TCU. No capítulo de discussão do artigo, esses dados são cotejados com os achados de outros autores quanto ao cenário nacional.

Marin *et al.* (2003) aponta que, no Brasil, uma visão fragmentada dos serviços quanto à questão dos medicamentos foi desenvolvida, valorizando-se as ações de aquisição, armazenamento e distribuição, e afastando-se a equipe de saúde, em especial o profissional farmacêutico, das questões que integram a Assistência Farmacêutica. Entretanto, a visão sistêmica surge como estratégia para superar esta fragmentação, estabelecendo fluxos na construção de um conjunto integrado, que influencia e é influenciado por cada um dos seus componentes, sendo conceituado como Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Esse Ciclo é constituído pelas etapas organizacionais de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (prescrição, dispensação e uso) de medicamentos, permeadas por mecanismos de gestão, aos quais podemos chamar de governança. e tem sido adotado como princípio norteador da assistência farmacêutica no SUS (MARIN *et al.*, 2003).

Nesse contexto, a visão sistêmica é identificada no Ciclo de Assistência Farmacêutica, onde as atividades obedecem a uma sequência que apenas se completam conforme a atividade anterior tenha sido adequadamente realizada, iniciando-se pela seleção de medicamentos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

A seleção é considerada o eixo do Ciclo de Assistência Farmacêutica e tem por objetivo decidir quais medicamentos devem ser disponibilizados aos usuários. Deve ter por base critérios como perfil epidemiológico, eficácia, segurança e efetividade, assim como qualidade dos fármacos para que atendam às necessidades. Critérios como comodidade posológica, custo, disponibilidade no mercado, não devem ser esquecidos; ao contrário, devem ser considerados como critérios de ordem prática (OMS, 2002).

A segunda etapa, também considerada estratégica, é a programação de medicamentos, quantificando o que deverá ser adquirido de acordo com a demanda, e, concomitantemente, elaborando especificações para os medicamentos selecionados. Dessa maneira, deve-se empreender a quantificação dos medicamentos, elencar as necessidades, priorizá-las e compatibilizá-las com recursos disponíveis, levando ainda em consideração a necessidade de se evitar a descontinuidade no abastecimento (MARIN *et al.*, 2003; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

O processo de aquisição de medicamentos segue-se à etapa de programação, representando um importante e delicado componente do sistema, haja vista constituir-se num conjunto de procedimentos e atores envolvidos, que precisam estar articulados para o êxito do processo. Seleciona-se a modalidade de licitação mais oportuna, selecionando-se o fornecedor com a proposta mais vantajosa que se adeque à necessidade, contribuindo-se para o abastecimento de medicamentos em quantidade adequada e qualidade assegurada, em tempo hábil, assim como ao menor custo possível. Todavia, para que se cumpram esses requisitos, é importante ter discriminadas todas as especificações técnicas dos produtos, a programação para aquisição de medicamentos e o cadastro e seleção dos fornecedores, conforme avaliação de desempenho.

Garantida a compra do medicamento, segue-se então para o armazenamento - atividade bem complexa, por envolver o recebimento, a guarda (levando em consideração a segurança e manutenção das características qualitativas dos medicamentos), o controle de estoque e a distribuição. Faz-se necessário frisar que, para que haja um bom armazenamento, são imprescindíveis conhecimentos técnicos sobre os produtos e sobre a

gestão de estoques, além do respeito às Boas Práticas de Armazenamento (MARIN *et al.*, 2003).

A atividade de distribuição compreende o abastecimento das unidades no tempo certo, seguindo um cronograma estabelecido, sendo capaz de atender a situações de urgência e de emergência que porventura possam surgir. As palavras-chave para um sistema de distribuição racional de medicamentos são: rapidez, segurança, transporte, sistema de informação e controle eficiente (MARIN *et al.*, 2003).

A utilização de medicamentos engloba a prescrição e a dispensação. A prescrição envolve a avaliação das características do indivíduo e sua enfermidade e do tratamento a que será submetido, observando-se a real necessidade do medicamento para aquele paciente. Envolve ainda a orientação ao paciente, a explicação, pelo prescritor, dos motivos da prescrição, entre outras informações que se façam necessárias.

No que tange à dispensação farmacêutica, está é privativa do profissional farmacêutico, a quem compete orientar quanto ao uso correto do medicamento, que dispense o medicamento certo, em dose correta e no momento indicado. Deve ser assegurado que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto e que sua embalagem preserve e garanta a qualidade do produto, encerrando-se assim, o Ciclo de Assistência Farmacêutica (MARIN *et al.*, 2003; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

4.2 Federalismo e Políticas de Saúde

No Brasil, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por grandes transformações na busca do restabelecimento do Estado democrático, que culminou com as reformas das instituições políticas, o retorno das eleições diretas para todas as esferas de governo em 1982, a descentralização fiscal e a promulgação da Constituição Federal de 1988, reconstruindo-se, portanto, no final dos anos 80, as bases federativas do Estado brasileiro, abolidas durante o regime militar.

Almeida (1996) aponta a existência de três tipos de federalismo: o federalismo dual, considerado o modelo originário, onde, apesar das instâncias federais e estaduais exercerem poder nos mesmos alcances territoriais, possuem independência para atuarem em suas próprias esferas de governo de forma diferente e soberana; o modelo centralizado, que é caracterizado pela ingerência do governo federal sobre os governos estaduais e

municipais, visto que centraliza o processo decisório e os recursos; e o modelo cooperativo, onde a atuação dos governos se dá, predominantemente, de forma conjunta, resguardadas a autonomia decisória, bem como a capacidade própria de financiamento das unidades subnacionais.

Para Dourado e Elias (2011: 205), o Estado federal “é aquele que melhor corresponde à necessidade de manutenção da unidade na diversidade, sem concentrar o poder em um único núcleo, nem tampouco pulverizá-lo”.

Com base na Constituição Federal, Costa (2004: 177-178) identifica as principais características do federalismo brasileiro, apontando a existência de três tipos de competências que os entes federativos podem desempenhar: as exclusivas da União; as comuns (que podem ser exercidas pelos governos federal, estadual e municipal); e as concorrentes, sobre as quais tanto a União como os estados estão aptos a legislar.

O arcabouço federativo do Brasil – federalismo cooperativo – está estruturado por três esferas autônomas de governo - Federal, Estadual e Municipal - o qual foi consagrado na Carta Magna de 1988, que definiu as competências de atuação de todos os entes federados. Ficou, assim, estabelecida a responsabilidade compartilhada dos Estados em promover o bem-estar social, através da colaboração mútua entre as unidades federadas, como forma de atingir os objetivos sociais e econômicos (BONAVIDES, 2007).

Desse modo, segundo Dourado e Elias (2011: 205), “a organização institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) reproduz essa disposição tríplice e legitima a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios ao constituir o sistema nacional de saúde”, compondo, assim, o arcabouço do federalismo sanitário brasileiro.

Nesse contexto, com a ascensão do poder local na estrutura político-administrativa do Estado brasileiro, foi possível a descentralização das políticas públicas de saúde, com o objetivo de torná-las mais eficientes e eficazes, uma vez que as mesmas seriam desenvolvidas pelo ente mais próximo dos cidadãos, ou seja, os municípios. Para viabilizar tais ações, se faz necessária a transferência de recursos para que os municípios possam assumir a responsabilidade pelo provimento de bens e serviços, em prol do bem-estar coletivo.

Vale relembrar que a grande atuação do movimento da reforma sanitária junto à Assembleia Constituinte e outros fóruns teve papel fundamental na construção das

Políticas Social e de Saúde brasileiras. É considerado um marco o debate ocorrido na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que buscou uma ampla reestruturação financeira, organizacional e institucional do setor público de saúde. Esse movimento almejava uma reforma sanitária que, adequada aos limites financeiros impostos pela crise econômica, efetivamente pudesse oferecer melhores condições de saúde à maioria da população (MERHY; QUEIROZ, 1993).

De acordo com Mendes (1999), as políticas de saúde encaminhadas pelo projeto de Reforma Sanitária foram: a criação de um SUS, com notável predomínio do setor público; a descentralização do sistema e a hierarquização de unidades de atenção à saúde; a participação e o controle da população na reorganização dos serviços; e a readequação financeira do setor.

Dessa maneira, grandes reivindicações da sociedade se materializaram com a promulgação da Constituição da República de 1988 - também conhecida como Constituição-Cidadã, por “direcionar a atuação do Estado brasileiro para a consecução do bem-estar social e da plena cidadania, instituindo determinados direitos sociais no ordenamento jurídico, como o direito à saúde e à educação, direcionando a atuação do Estado para garanti-los” (MARQUES; DALLARI, 2007: 102).

Nesse sentido, Silva (1999a: 289–290) nos lembra que os direitos sociais

são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade.

Portanto, para o alcance dos direitos sociais, cabe ao Estado a elaboração e implementação de políticas públicas bem planejadas, assim como o provimento das condições para sua efetivação, através dos serviços ofertados a população.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi criado o SUS, que foi posteriormente regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições, a organização, a descentralização, o funcionamento dos serviços de saúde, a municipalização da gestão, bem como estabelece as atribuições dos gestores nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), a forma de financiamento e a hierarquização do sistema. Essa mesma Lei define o SUS, em seu artigo 4º, como sendo “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas

federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a).

A saúde, então, é tida como um direito universal e passou a ser dever constitucional. Assim, conforme o artigo 196 da Carta Magna, a saúde tornou-se um “direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2008a).

Cabe aqui destacar que as diretrizes do SUS indicadas na Constituição de 1988 baseiam-se, essencialmente, na tríade de princípios: universalidade, equidade e integralidade, além da participação popular. O princípio da participação popular busca democratizar as decisões na saúde, efetivando o controle sobre o planejamento e a execução dos serviços do SUS, através das instâncias colegiadas previstas na Lei nº 8.142/90. De acordo com essa Lei, há duas instâncias colegiadas de Controle Social: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (BRASIL, 1990b).

O SUS passa, então, a agregar todos os serviços públicos mantidos pelos governos municipais, estaduais e federal, bem como os serviços privados contratados e ou conveniados. A rede de serviços inclui desde unidades de atenção básica até centros hospitalares de alta complexidade (BRASIL, 2001b).

Nesse contexto, e com a institucionalização do Estado federativo, foi possível a implementação, na década de 1990, da descentralização das políticas sociais, particularmente da política de saúde, tendo a construção do SUS como norma constitucional. Portanto, a base legal da descentralização encontrava amparo na Constituição de 1988, bem como sua regulamentação foi reconhecida pela legislação infraconstitucional, através da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, e da Lei nº 8.142/90, que estabelecem de que forma seria feita a transferência de recursos aos estados e municípios (BRASIL, 1990a, b).

Contudo, apesar do imediato direito universal à saúde estar garantido com a promulgação da Constituição, impasses políticos e procedimentos técnico-administrativos para o processo de estruturação ou reestruturação dos serviços de saúde precisavam ser equacionados para dar concretude à municipalização.

É importante mencionar que o processo de descentralização dos serviços de saúde alterava a lógica da gestão, até então vigente, e fortalecia o sistema de referência e contrarreferência, o controle social, enfim, o poder local.

Assim, em 1991, o MS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, em 1994, instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como principal finalidade reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, recebendo a denominação 'Estratégia de Saúde da Família' (ESF) desde 1996, visto que o termo programa denota ideia de uma atividade com início, desenvolvimento e finalização.

Em suas premissas, a estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Visa, dessa forma, à criação de vínculos de corresponsabilidade entre os profissionais e a população assistida, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Assim, tem papel preponderante a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBS) e das Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAS), que vieram preencher uma lacuna, no sentido de normalização dessas ações, ao definir estratégias para a operacionalização do processo de descentralização da política de saúde e estabelecer os critérios de transferência de recursos federais a estados e municípios. Tais normas definem, ainda, responsabilidades entre os entes federados, estabelecendo o financiamento a cargo das três esferas de governo e a provisão dos serviços a cargo dos municípios.

Destarte, a questão da municipalização da gestão dos serviços estava em definitivo na agenda governamental ao longo da década de 1990, situação que fica evidenciada com as edições das NOBS, como estratégia para o aprofundamento do processo de descentralização e para consecução de uma maior adesão por parte dos municípios. Nesse sentido, a publicação da NOB 01/91, de 07 de janeiro de 1991, e da NOB 01/92, de 07 de fevereiro de 1992, regulamentaram o princípio da habilitação do SUS, possibilitando aos estados e municípios aderirem à política federal de descentralização e, conseqüentemente, receberem as transferências de recursos da União (BRASIL, 1991, 1992).

Então, em 20 de maio de 1993, foi publicada a NOB 01/93, a qual, respeitando a diversidade organizativa e funcional do SUS, proporcionou alternativas de escolha, para

que os municípios fizessem a opção por uma das três modalidades de gestão (incipiente, parcial e semiplena) e duas para os estados (parcial e semiplena), para que os mesmos pudessem se habilitar ao SUS, conforme sua capacidade administrativa, recebendo os recursos de forma proporcional às funções de gestão assumidas (BRASIL, 1993). A proposta foi considerada um grande avanço, visto que a grande maioria dos municípios brasileiros aderiu ao SUS nesse momento.

E, assim, a edição da NOB 01/96, de 05 de novembro de 1996 (BRASIL, 1993), veio como forma de conclusão desse processo, pois, depois da mesma, a adesão dos municípios chegou a quase 100%, superando, inclusive, as expectativas do próprio governo. Os motivos principais para esse resultado foram, em primeiro lugar, as novas regras para as transferências de recursos federais, que acrescentavam recursos aos cofres de 66% dos municípios brasileiros e eram fiscalmente neutras para 22% (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999: 45), e, em segundo lugar, a credibilidade passada pelo Ministério da Saúde, quanto às transferências serem realmente efetivadas.

Convém mencionar que, em 2001, foi publicada a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS 01), para aperfeiçoamento do processo de descentralização e a promoção da equidade, e, em 2002, a edição da NOAS 02, para definir a regionalização da Atenção (BRASIL, 2001b, 2002b).

Nesse sentido, como se tinha dado prioridade à descentralização, retoma-se um dos princípios constitucionais, que é a regionalização dos serviços de saúde, partindo-se da premissa de que, com a regionalização dos serviços, a população terá um acesso efetivo para todos os níveis de atenção, de forma articulada, através da construção de redes de atenção, otimizando, dessa forma, os recursos disponíveis e promovendo a equidade.

4.3 Políticas Públicas

A crescente preocupação para com as políticas públicas nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento, se deve a um contexto marcado pela velocidade com que grandes transformações vêm ocorrendo nas relações socioeconômicas, políticas e institucionais, bem como à pressão advinda de uma série de demandas geradas pela sociedade.

Os ministros da função pública dos países que compõem a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) explicitaram, em um simpósio

realizado em Paris – *Ministerial Symposium on the Future of Public Services* –, as principais razões para reexaminar o papel do governo, tendo como foco as políticas públicas, assim consideradas: a mudança profunda e rápida do contexto econômico e institucional; os problemas de complexidade crescente vinculados à globalização; a diversificação das necessidades da sociedade; a crescente participação dos usuários e grupos de pressão nos processos decisórios; e a exigência de maior transparência e provisão de informação em todas as áreas de ação governamental (OCDE, 1996).

A formulação, implementação e avaliação das políticas públicas são elementos de alta relevância estratégica, quando se trata de nortear as ações dos governos. A maioria dos países em desenvolvimento e recém-democratizados, particularmente os da América Latina, ainda não conseguiram produzir políticas que consigam, ao mesmo tempo, conciliar o desenvolvimento econômico e promover a inclusão social de grande parte de sua população. Entretanto, a forma como são desenhadas e as regras que condicionam suas decisões, podem influenciar os resultados dos conflitos inerentes ao tema (SOUZA, 2003).

As decisões políticas não são atos singulares tomados em determinado momento do tempo; ao contrário, constituem o resultado final de uma sequência de decisões, articuladas por diferentes atores situados em distintas posições institucionais. Requerem acordos em vários pontos ao longo de uma cadeia de decisões que ocorrem em diferentes arenas políticas, cujo resultado, positivo ou negativo, segundo a perspectiva dos interesses em disputa, depende da existência de ‘pontos de veto’ ou de ‘janelas de oportunidades’, que irão permitir alterações, no curso do projeto, favoráveis aos seus proponentes. Nesses termos, os ‘pontos de veto’ dependem tanto das regras constitucionais quanto dos resultados eleitorais. Eles não constituem entidades físicas, mas momentos de incerteza estratégica, decorrentes da própria lógica do processo decisório, que podem mudar de lugar ou importância, conforme alterações nas regras do jogo. Dessa forma, as instituições, com suas regras e mecanismos, impõem limites às instâncias de decisão, possibilitando o exame de propostas alternativas, independentemente de seu mérito social ou de suas vantagens econômicas (IMMERGUT, 1996).

Almeida, Costa e Ribeiro (1996) pontuam que é possível, no âmbito governamental, uma substituição da política formal pelo discurso técnico do aparelho estatal, composto por especialistas capazes de influir de forma decisiva no processo de tomada de decisões.

A expressão “política pública” refere-se a todo um leque de políticas implementadas pelo Estado, as quais podem ser definidas como:

Um conjunto de ações e omissões que manifestam uma modalidade de intervenção do Estado em relação a uma questão que chama a atenção, o interesse e a mobilização de outros atores da sociedade civil. Desta intervenção, pode-se inferir uma determinada direção, uma determinada orientação normativa, que, presumivelmente, afetará o futuro curso do processo social desenvolvido, até então, em torno do tema. (OSZLAK; O'DONNELL, 1976: 21)

Do ponto de vista analítico, existe consenso entre diversos autores quanto ao ciclo ou às fases de composição das políticas públicas. Nesse sentido podemos citar:

- Formação da agenda, definida de acordo com a percepção dos problemas ou questões relevantes para o governo e para os cidadãos. Caso o assunto seja considerado uma prioridade, será incluído na agenda governamental;
- Elaboração de programas e decisão, fase de apresentação de alternativas – destinada a solucionar o problema ou a questão, envolvendo os entes públicos e outros segmentos da sociedade civil organizada;
- Implementação de políticas, fase da execução das ações planejadas; e
- Avaliação.

Vale salientar que o sucesso ou fracasso de uma política está na dependência da atenta observação e acompanhamento de todas as suas fases (LABRA, 1999; SANTOS *et al.*, 2007; VIANA, 1996) desde a sua elaboração, além da definição sobre ‘quem decide o quê’, ‘quando’, ‘com que consequências’ e ‘para quem’. É importante frisar que, quando do processo de elaboração, deve-se ater-se a alguns preceitos normativos básicos, ou seja, na estruturação da política, ela deverá ter como conteúdo básico:

- a justificativa e as bases legais para o seu estabelecimento, que são explicitadas logo na introdução do documento;
- o propósito, que delimita o raio de ação da política e constitui a base para a avaliação de sua efetividade ou impacto;
- as diretrizes para o alcance de seu propósito;
- as responsabilidades institucionais em que são apresentadas as parcerias a serem buscadas com vistas à intersectorialidade das intervenções necessárias; e
- os parâmetros para o seu acompanhamento e avaliação. (BRASIL, 2009a: 17)

Na realidade, fica difícil estabelecer o início e o término de cada uma das etapas do ciclo das políticas públicas, devido às suas tênues e imprecisas fronteiras, assim como pelos conflituosos interesses envolvidos. Nesse sentido, Oliveira (2007a), relata tratar-se de um processo eminentemente político e conflituoso, por envolver surdas lutas pelo poder entre atores com interesses antagônicos, que pode ser abortado em qualquer uma de suas fases. De fato, esses atores vão tentar influenciar, por meios legítimos (ou mesmo ilegítimos), nas decisões que estão sendo tomadas e, portanto, no desenho final da política, o qual será, por isso mesmo, produto de intrincadas barganhas e negociações, até serem alcançados consensos apenas satisfatórios, nunca ótimos.

Considerando-se que o governo representa um conjunto de programas e projetos que são propostos por uma parcela da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros), as políticas públicas podem ser entendidas, portanto, como o “Estado em ação”, ou seja, “o Estado implantando um projeto de Governo, a partir de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade” (HÖFLING, 2001: 31).

4.4 Implementação

Para que o processo de formulação e implementação de políticas públicas tenha sucesso, é condição *sine qua non* o apoio e a mobilização governamentais, a formação de coalizões de sustentação, a construção de arenas de negociação, bem como a capacidade financeira, instrumental e operacional do Estado (SANTOS, 1997). Contudo, segundo alguns autores, os obstáculos não estão centrados na capacidade dos governos de formular as políticas públicas, mas sim na sua baixa capacidade de implementá-las (FIGUEIREDO; LIMONGI NETO, 1999; SANTOS, 1997).

O processo de implementação de políticas públicas é considerado complexo, devido ao envolvimento de diversos atores dentro de um dado contexto, permeado por valores, crenças e ideias que modificam a concepção original das políticas (LOTTA, 2010).

Para Mény e Thoenig (1992), “a implementação é a fase da política pública na qual se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, de textos e de discursos”. “É o ato de colocar em prática, executar, dirigir, administrar”. Para os autores, “o processo de implementação se constitui em múltiplas atividades ao longo do tempo e que põe em cena vários atores, pessoas e organizações, não sendo fácil seu estudo”.

Hogwood e Gunn (1993) explicitam que a implementação é possível se as circunstâncias externas ao agente implementador não impõem obstáculos paralisantes; se o programa dispõe de tempo adequado e recursos suficientes; se a combinação precisa de recursos está efetivamente disponível; se a política a ser implementada baseia-se numa teoria de causa-efeito válida; se a relação entre causa e efeito é direta e se existem poucos ou nenhum vínculo de interferência; se as relações de dependência são mínimas; se existem compreensão e acordo sobre os objetivos; se as tarefas estão totalmente especificadas e na sequência correta; se há perfeita comunicação e coordenação; e se as autoridades podem pedir e obter perfeita obediência. Basta esse enunciado para se perceber que essas precondições serão muito dificilmente satisfeitas na prática.

É recente a mudança do paradigma de que a implementação da política se dava como consequência direta e natural dos recursos econômicos ou da vontade política. Tal concepção ficou frustrada, mediante constatação do grande volume de políticas fracassadas e de recursos desperdiçados em virtude de falhas na implementação das mesmas (STEIN *et al.*, 2005). Marcada por ambiguidades e conflitos, esta etapa da implementação da política não pode ser tomada apenas nos seus aspectos normativos.

Outro aspecto que vem sendo ressaltado na produção recente é o papel da compreensão do processo de implementação para a identificação dos entraves e potencialidades verificados entre a etapa de formulação de um programa ou política e a obtenção dos efeitos esperados. Neste fulcro de análise, destacam-se a contribuição de Sabatier e Jekins no desenvolvimento do modelo de coalizões de defesa (*Advocacy coalition framework*), cujo ponto de partida são as coalizões construídas em torno de crenças e valores que servirão de base de sustentação da nova política (FARIA, 2003; LABRA, 1999).

Uma discussão cada vez mais presente entre os diferentes autores que tratam do tema 'políticas públicas' se volta para duas linhas de análise, representadas pelos modelos: *top-down* e *bottom-up*. O primeiro enfatiza tanto o papel dos níveis centrais como o dos *policy designers* no processo de implementação da política, buscando responder questões relativas ao grau de alcance dos objetivos da política, ao equacionamento dos impactos e os objetivos aos principais fatores que afetam o impacto e a própria política e às reformulações obtidas ao longo do tempo. A abordagem *bottom-up*, por sua vez, focaliza a importância do estudo de realidades locais e da prestação de serviços ao público na compreensão da implementação (MATLAND, 1995 apud CARVALHO, 2006).

O modelo *top-down* tem como principal característica o enfoque de que a implementação se dá em decorrência do processo de decisão de maneira natural, ou seja, é a ocasião em que metas e objetivos dos formuladores coincidem com as ações dos implementadores. Nessa visão, o conflito não é algo intrínseco ao processo de implementação. A perspectiva normativa reduz o conflito a uma questão operacional, ficando assim justificadas as diferentes estratégias utilizadas pelos formuladores para a adesão dos implementadores ao seu projeto, sendo consideradas ajustes à situação inicialmente proposta (MATLAND, 1995 apud CARVALHO, 2006).

Segundo Sabatier (1986), nos primórdios dos anos 80, concomitantemente às reflexões sobre os processos decisórios de políticas e programas, os analistas têm contemplado a rede de atores locais e suas conexões nos processos de implementação, bem como os interesses da população-alvo e as características dos serviços envolvidos. Por outro lado, ao analisar a utilização da abordagem *bottom-up*, Matland (1995) chama a atenção para o fato de que trabalhos nessa perspectiva ressaltam o baixo poder decisório das instâncias centrais de governo em relação às instâncias locais que, por sua vez, teriam dificuldades na absorção das regras definidas no nível central, adaptando-as à sua realidade. Esta relação dicotômica conduziria a alguns fracassos nos processos de implementação de políticas (CARVALHO, 2006).

A possibilidade de balizar estes dois campos de análise representa um avanço, na medida em que permite a compreensão de fatores macro-institucionais – que orientam o desenvolvimento das políticas –, bem como destaca a importância de fatores micro-institucionais em sua conformação (CARVALHO, 2006).

4.5 O modelo de Matland – ambiguidade e conflito

No Brasil, apesar do reconhecido avanço analítico na área de políticas públicas, pode-se considerar recente a ênfase dos estudiosos quanto às características gerais da implementação, o que fica evidenciado pela pouca produção científica encontrada (PIOVESAN, 2009). Em decorrência dessa lacuna, questões fundamentais, como o melhor conhecimento do que ocorre quando da execução das políticas públicas, têm sido negligenciadas (SOUZA, 2007).

Segundo Carvalho (2006), a fase de implementação de uma política ou programa é composta por um processo de ambiguidades e conflitos, divergindo, portanto, das linhas de

análises que destacam os aspectos racionais e normativos como sendo o curso natural da implementação. Para Alves (2009), é exatamente na existência do conflito que se mantém a dinâmica da sociedade, tendo-se como resultado a busca permanente de negociação dos interesses dos diversos segmentos sociais, objetivando-se a participação e a organização da sociedade civil. A autora (*ibid*) destaca, ainda, o papel que o conflito e a ambiguidade exercem sobre o processo de decisão nas organizações. O conceito de ambiguidade é um dos eixos centrais no modelo de ambiguidade – conflito (*Ambiguity-Conflict Model*), desenvolvido por Matland (1995).

Conforme propõe o sentido literal da própria palavra, a ambiguidade desperta a possibilidade de uma mensagem apresentar sentidos distintos em um mesmo contexto.

Apesar de, por vezes, apresentar-se como um fator provocador de incertezas, a ambiguidade nem sempre apresenta uma correlação negativa perante a adesão de ideias, programas e práticas, sobretudo por despertar interpretações diferentes, facilitando, assim, a adesão da ideia principal.

Do mesmo modo, é possível perceber que o conflito, como agente impulsionador de desajuste temporário na lógica de funcionamento de um processo de implementação, contribui, sobremaneira, para uma perceptível inclinação à aceitação de premissas consideradas.

De acordo com a análise de MATLAND (1995), o conflito parte da afirmação de que desempenha papel fundamental na caracterização de modelos de decisão. Assim, a existência dessas duas fontes de reflexão, durante o processo de implementação de um programa, viabiliza sua legitimidade e aderência aos seus objetivos.

Sua utilização visa incorporar as perspectivas analíticas dos modelos *top-down* e *bottom-up*, de maneira a contemplar “tanto o ponto de vista dos formuladores e agentes dos níveis centrais de decisão quanto o papel dos grupos-alvo da política ou programa e seus implementadores locais” (CARVALHO, 2006: 30).

Na concepção de Matland, o conceito de ambiguidade materializa-se através de duas dimensões: a *ambiguidade nos objetivos* (*ambiguity of goals*) e a *ambiguidade nos meios* (*ambiguity of means*). Ele destaca que, embora a ambiguidade de objetivos possa contribuir para o grau de incertezas, sua presença permite que novos programas ou políticas sejam legitimados e afirma que “a linguagem das políticas ao apresentar algum grau de ambiguidade dá margem a interpretações diferentes de seus objetivos facilitando a adesão a

elas” (MATLAND, 1995 apud CARVALHO, 2006). Ressalta, entretanto, que o grau de ambiguidade em uma política ou programa afeta diretamente o processo de monitoramento das atividades e a padronização de ações em ambientes distintos.

A ambiguidade de meios, por sua vez, está relacionada à tecnologia utilizada no processo. Esta abrangeria os insumos necessários, concebidos de forma ampla, a serem utilizados nos processos de implementação.

O conflito, tal como previsto em Matland (1995) é fundamental na caracterização de modelos de decisão, ou seja, “o conflito na área de políticas existirá quando mais de uma organização vê a política como diretamente relevante para seus interesses e quando as organizações têm pontos de vista incongruentes” (MATLAND, 1995: 156 apud CARVALHO, 2006: xxxi). Ao gerar uma longa negociação, pode produzir resultados inesperados sobre os meios ou ações a serem mobilizados. A paralisação ou não ação – quando os atores são incapazes de produzir consensos, mesmo que temporários – pode ser outro efeito produzido pelo conflito. Desse modo, quanto mais importante a decisão, maior a agressividade dos atores envolvidos, com consequências para o processo de implementação.

Para Matland (1995), a ambiguidade é um dos eixos explicativos do seu trabalho, o *Ambiguity-Conflict Model*, cujo objetivo é elaborar um modelo de análise de implementação que supere a antinomia existente entre os modelos *top-down* e *bottom-up*, incorporando à análise tanto o ponto de vista dos formuladores e agentes dos níveis centrais de decisão quanto o papel dos grupos-alvo da política ou programa e seus implementadores locais. Seu modelo se estrutura a partir de duas variáveis centrais: ambiguidade e conflito, as quais foram dispostas em uma matriz com intuito de explicar o processo de implementação, conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Modelo ambiguidade-conflito

		Conflito	
		Baixo	Alto
Ambiguidade	Baixa	Implementação administrativa Recursos	Implementação política Poder
	Alta	Implementação experimental Recursos Contextuais	Implementação simbólica Força da coalização

Fonte: Matland (1995: 161)

Tomando por base o modelo de Matland (1995), Carvalho (2006) desenvolveu quadro explicativo, relacionando os conceitos e o tipo de implementação, à luz do modelo ambiguidade e conflito, como detalhado no Quadro 2.

Quadro 2: Conceitos e tipos de implementação do modelo ambiguidade-conflito

Conceitos	Dimensões	Tipos de Implementação			
		Administrativa	Política	Experimental	Simbólica
Ambiguidade	De objetivos De meios	Baixa	Baixa	Alta	Alta
Conflito	Interdependência entre atores Incompatibilidade de objetivos / meios	Baixo	Alto	Baixo	Alto

Fonte: Modelo de Matland (1995), adaptado por Carvalho (2006: xxxi)

Para efeito de melhor compreensão, serão apresentadas de forma sintética as principais características dos quatro tipos de implementação desenvolvidos por Matland (1995), citado por Carvalho (2006: xxxi – xlvi). São eles:

Implementação Administrativa: política com baixos níveis de ambiguidade e de conflito (*low policy ambiguity and low policy conflict*) – se caracteriza por centrar o foco nos recursos; tem conhecimento dos objetivos e meios; padronização das operações para cumprir os objetivos pré-estabelecidos; concordância quanto aos mecanismos normativos; resultados definidos pelos recursos; baixo uso de coerção e incentivos; ações em ambiente estável; pouca ou nenhuma influência externa; fluxo de orientação ordenado hierarquicamente; falhas vistas como problemas técnicos, inadequação dos recursos, má compreensão, escassez de tempo, coordenação inadequada (MATLAND, 1995: 160–161).

Implementação Política: política com baixo nível de ambiguidade e alto nível de conflito (*low policy ambiguity and high policy conflict*) – A ideia de que “os resultados da implementação são decididos pelo poder” caracteriza a Implementação Política. A mesma apresenta ainda, como características centrais: foco no poder; baixa ambiguidade e alto conflito; objetivos definidos, mas incompatíveis, ou disputas sobre os meios de implementação; forte influência do contexto político; uso de coerção e incentivo característico deste tipo de implementação; boicote e recusa em participar – pode ocorrer no nível local; implementador nem sempre mantém contato direto com a hierarquia superior.

Implementação Experimental: política com alto nível de ambiguidade e baixo nível de conflito (*high policy ambiguity and low policy conflict*). O princípio que orienta este tipo de implementação está formulado da seguinte maneira: “*as condições contextuais dominam o processo*”. Guarda como principais características o foco nos recursos contextuais; alta ambiguidade e baixo conflito; objetivos e meios não são claros ou objetivos claros e meios não; aprendizagem como meta, mas não obrigatoriamente; resultado depende dos atores e de recursos do ambiente da micro implementação; implementação, portanto, mais aberta a influências locais; há casos em que as preferências são problemáticas e a tecnologia é incerta; enfatiza oportunidades para os atores locais na implementação, mas pode ocorrer baixo nível de responsabilização.

Implementação Simbólica: política com alto nível de ambiguidade e alto nível de conflito (*high policy ambiguity and high policy conflict*). “*O curso da política é determinado pela coalizão de atores do nível local que tiver o controle dos recursos disponíveis*” (MATLAND, 1995: 168). Suas principais características são: o foco se encontra na força da coalizão; alta ambiguidade e alto conflito; tem como papel firmar compromissos, valores e princípios; provisão de recursos; superação do conflito: coerção ou barganha; ambiguidade dificulta estruturação e monitoramento local; ambiguidade pode levar a resultados diferentes, em locais diferentes; conflito provoca decisão local de natureza política; conflito pode ser positivo, para busca de solução; em geral, pouco efeito, mas muita exposição.

Ressalta-se que, ao contrário da Implementação Administrativa, a Implementação Política pode sofrer influência do contexto local.

As variáveis aqui adotadas parecem adequadas para a análise e compreensão dos mecanismos que orientam a implementação do caso em estudo. Além da flexibilidade para explorar os limites do modelo, o mesmo utiliza apenas duas variáveis – ambiguidade e conflito – cruzadas com duas dimensões – alto (a) e baixo (b) – e com as possíveis combinações existentes entre elas. Dessa forma, possibilita maior inteligibilidade dos processos estudados.

4.6 Avaliação em saúde

A avaliação de um serviço, geralmente, aponta para os novos rumos que o mesmo poderá tomar, visto que fornece informações úteis, as quais poderão subsidiar a

implementação de medidas tanto para melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade como para otimização dos recursos da saúde, já tão escassos.

O desenvolvimento e a implementação de práticas de avaliação, historicamente, teve início nos Estados Unidos e no Canadá, na década de 50, com a produção de pesquisas e métodos de intervenção.

Na América Latina, alguns países como Chile, Costa Rica e Colômbia vêm procurando desenvolver indicadores de gestão para avaliar as suas organizações, programas e políticas públicas; entretanto, ainda não existe uma utilização sistemática dos mesmos.

Contandriopoulos *et al.* (1997: 31) assim definem a avaliação:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)

Para Rossi e Freeman (1995 apud CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997: 35), as avaliações normativas se amparam na premissa de uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção. É uma atividade que guarda similitude com as funções de controle e de acompanhamento, bem como aos programas de garantia de qualidade (CLEMENSCHAGEN; CHAMPAGNE, 1986).

Quanto à pesquisa avaliativa, esta se detém em examinar ex-post, por meio de procedimentos científicos, as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção, com o fim de orientar a tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Apesar da existência de inúmeras definições sobre avaliação, seus contornos no campo da saúde se delimitam no âmbito das políticas e programas sociais, versando, fundamentalmente, sobre a aplicação de julgamento de valor a uma dada intervenção, através de um preceito, que possibilita a obtenção de informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, possibilitando, assim, aos diferentes atores envolvidos, ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Esse julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas

– avaliação normativa –, ou ser elaborado a partir de um procedimento científico – pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A avaliação no campo das políticas públicas, em especial nas políticas de saúde, vem, a cada dia, ganhando mais destaque como foco de interesse nas organizações.

No Brasil, particularmente no sistema de saúde, a implementação das atividades de avaliação, fiscalização, controle e auditoria do sistema caracteriza-se como um dos setores mais deficientes da administração, devido a indefinições e superposição de papéis. Portanto, a avaliação é um tema ainda pouco explorado na saúde pública brasileira, embora, a partir da década de 90, venha sendo observado o seu desenvolvimento, principalmente após a implantação do SUS.

Com a municipalização, os gestores locais ambicionavam o desenvolvimento de instrumentos capazes de responder-lhes no que diz respeito à avaliação do sistema de saúde, de maneira orientada. Entretanto, até hoje, isso se dá de forma bastante genérica (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Contudo, cabe assinalar que é crescente o interesse em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil, apontando-se como fatores determinantes desse interesse as mudanças legais e administrativas na gestão do SUS, o processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos, a maior complexidade do perfil epidemiológico do país, com demandas e problemas distintos, requerendo a incorporação de novas abordagens e de novas tecnologias, a escassez de recursos e a necessidade de contenção de gastos em saúde (FIGUEIRÓ; THULER; DIAS, 2008).

Entretanto, como observado por Vasconcelos (2002), a cultura avaliativa ainda é pouco legitimada no campo das políticas públicas no Brasil, de modo que, para a autora (*ibid*), é de suma importância, no atual contexto, o processo de construção de uma gestão pública transparente, participativa e eficiente, na perspectiva da luta popular democrática, e, para consecução de tal empreitada, é fundamental o desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa adequada e de qualidade.

A pesquisa avaliativa combina elementos de ação normativa cotidiana das organizações com elementos mais sofisticados da pesquisa científica, visando subsidiar decisões e o gerenciamento de programas e projetos.

Chen (1990 apud HARTZ, 1997: 30) “propõe distinguir as avaliações que são baseadas nos métodos das que são orientadas por uma discussão teórica sobre as relações entre a intervenção, o contexto no qual ela é inserida e os resultados obtidos”.

4.6.1 Modelo Lógico

A proposta de Contandriopoulos *et al.* (1992) é distinguir as avaliações, as quais são baseadas nos métodos e orientadas por uma discussão teórica sobre as relações entre a intervenção, o contexto no qual ela é inserida e os resultados obtidos.

Os modelos teóricos ou lógicos propiciam a visualização de um programa através de seus componentes, identificando os objetivos de cada componente e seus produtos mensuráveis. Posteriormente, são investigadas as relações entre a intervenção e o alcance dos objetivos propostos, possibilitando o entendimento da fundamentação lógica da referida intervenção ou programa. Geralmente o modelo é apresentado por meio de um fluxograma ou quadro, discriminando as etapas que levam aos resultados esperados.

A sequência dos eventos é apresentada, no modelo lógico, de forma sintética, em um quadro, mostrando como o programa teoricamente funciona. Assim, tem como vantagem a capacidade de resumir o mecanismo de funcionamento do programa conectando o processo aos resultados através de uma sequência de passos, o que possibilita avaliar a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do programa, tendo, ainda, como vantagem o benefício de possibilitar alterações no decorrer do processo avaliativo, pois poderá haver necessidade de incorporação de novos indicadores, assim como a modificação dos previamente escolhidos (CDC, 1999).

Os elementos que compõem um modelo lógico podem variar. No entanto, habitualmente, incluem as atividades – procedimentos do programa que são direcionados à obtenção dos resultados desejados; os insumos (*inputs*) – recursos utilizados nos programas, tanto financeiros, como humanos e materiais; os produtos (*outputs*) – consequências das atividades do programa; e os efeitos (*outcomes*), imediatos, de médio e longo prazo, produzidos no público alvo (HARTZ, 1997).

Medina *et al.* (2005: 47) salienta que:

a elaboração de um modelo teórico/lógico deve ser convincente, apresentando plausibilidade das associações estabelecidas. Isto significa, necessariamente, que sua construção não despreza o acúmulo produzido pelas experiências e conhecimentos prévios e que as possibilidades colocadas pelo processo de

investigação, orientadas pela teoria, podem contribuir significativamente para a redução das incertezas sobre o impacto atribuível ao programa, bem como uma razoável estimativa desse impacto.

O referido modelo permite definir um conjunto de indicadores quanti-qualitativos relevantes que compreendem as atividades do programa e seus efeitos esperados. Tais indicadores podem ser desenvolvidos para cada passo no modelo, de modo que os dados e as informações possam ser utilizados de maneira sistemática, em conformação com o conceito em questão, a informação disponível e o uso planejado dos dados (CDC, 1999).

De acordo com Hartz (1997), a elaboração de um modelo lógico propõe-se a expressar, de forma prática e sintética, as estratégias pretendidas de avaliação e pesquisa. Assim sendo, esse modelo tende a aumentar tanto a validade interna do estudo, ao buscar segurança nas relações de casualidades construídas para explicar os resultados, como a validade externa, ao considerar a influência do contexto nos resultados alcançados.

Para garantir a credibilidade da informação obtida em uma avaliação, se faz necessário estar atento para vários aspectos, entre eles, os indicadores utilizados e as fontes de informação.

Na definição de Donabedian (1984), indicador é um componente da estrutura, do processo ou do resultado com relação à qualidade. São expressões objetivas de critérios para a apreciação da qualidade, critérios estes compostos por atributos que dizem respeito às questões que estão sendo avaliadas dentro de uma medida específica que pode ser interpretada, isto é, correspondem a um nível de qualidade desejado ou esperado (LUIZA, 2003; MARIN *et al.*, 2003).

Os indicadores definem predicados que dizem respeito às questões da avaliação, porque traduzem conceitos considerados no programa, seu contexto e seus efeitos esperados, dentro de uma medida específica que pode ser interpretada. Eles fornecem uma base para a coleta de evidências, que são válidas e confiáveis para os usos propostos para a avaliação (CDC, 1999).

O estabelecimento da quantidade de indicadores a ser empregado no estudo também é uma questão que deve ser ponderada, visto que, com muitos indicadores, corre-se o risco de perder o objetivo da avaliação. Entretanto, indicadores múltiplos são necessários para avaliar a implantação e os efeitos de um programa. Portanto, uma abordagem que é

utilizada para o desenvolvimento de múltiplos indicadores é baseada no modelo lógico do programa (CDC, 1999).

Cabe assinalar que é fundamental explicitar o critério utilizado para selecionar as fontes de informação, de forma que se permita clara visualização e interpretação com acurácia da evidência, avaliando-se o grau de viés que ela possa conter. Dessa forma, neste estudo, a construção do modelo lógico orientou a seleção dos indicadores. Assim, os indicadores de estrutura e processo foram selecionados a partir da proposta da Organização Mundial da Saúde e adaptados pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica (WHO, 2007).

5 Material e Método

5.1 Desenho do estudo

A presente pesquisa caracterizou-se como sendo do tipo avaliativa descritiva, com uma abordagem quantitativa-qualitativa. Tal escolha deveu-se ao grau de complexidade do objeto em estudo e por ser esta uma abordagem metodológica que buscou apreender questões subjetivas que não poderiam ser analisadas tão somente a partir da operacionalização de variáveis quantitativas.

Para Contandriopoulos et al. (1997), a pesquisa avaliativa é a aplicação sistemática de procedimentos originários das ciências sociais, utilizados para se proceder a julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando-se as bases teóricas, o processo operacional e a implementação dos mesmos em sua interface com o contexto no qual se constituem.

De acordo com Figueiró, Frias e Navarro (2010), na pesquisa avaliativa, faz-se necessária, frequentemente, a apropriação de várias estratégias de pesquisa, e é premente considerar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção. Ressaltam ainda que, quanto mais bem-sucedido seja o processo avaliativo, mais ele oportunizará a abertura de novas perguntas, em virtude de se tratar de uma atividade dinâmica no tempo, apelando para grande quantidade de atores, utilizando diversos métodos e envolvendo competências variadas.

Gil (2002) pontua que as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, aquelas realizadas habitualmente pelos pesquisadores, no âmbito das ciências sociais, preocupados com a atuação prática, tendo como objetivo principal o aprimoramento de idéias, a construção de hipóteses ou a descoberta de intuições, enfoques e percepções, que possibilitem o conhecimento da variável de estudo tal como ela se apresenta, seu significado e o contexto no qual está inserida.

Um dos tipos de pesquisa de campo é a pesquisa quantitativo-descritiva. Para Lakatos e Marconi (2003), essa abordagem consiste em investigações empíricas, que objetivam o delineamento ou análise das características principais ou decisivas de um fenômeno, a avaliação de programas ou ainda o isolamento de variáveis principais ou chave. São empregadas técnicas como entrevistas e questionários, além de procedimentos de amostragem. O interesse da pesquisa de campo está voltado para o estudo de indivíduos,

grupos, comunidade, instituições e outros campos, visando à compreensão de vários aspectos da sociedade. É uma investigação empírica, que se realiza no local onde ocorre um fenômeno, com o emprego das estratégias metodológicas já mencionadas (VERGARA, 1998).

Para Minayo (2010), as metodologias de pesquisa qualitativa são compreendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. O método qualitativo tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares. Propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimentos até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses e para a construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias.

Figueiredo (2008) convida a refletir sobre o tipo de abordagem (quanti-quali), pois, cada vez mais, torna-se frequente a integração de dados qualitativos e quantitativos em um único estudo, permitindo que cada método ofereça o que tem de melhor e evitando as limitações de cada abordagem.

Neste contexto, Gomes e Araújo (2005) propõem que, se levarmos em conta o campo das ciências sociais, sobretudo a administração, veremos que já é uma realidade a utilização de abordagens “mistas” e afirmam que há um contexto favorável à utilização de metodologias de pesquisa que adotem um enfoque múltiplo. Ressaltam ainda que o cenário organizacional é, ao mesmo tempo, complexo e mutante. Se estudar o ser humano, isoladamente, já é uma tarefa desafiadora, entendê-lo no ambiente organizacional é uma tarefa ainda mais árdua. Para os autores citados, o meio organizacional já possui uma riqueza de conhecimento considerável. Contudo, grande parte desse legado foi construído apenas com pesquisas empíricas, mediante uma visão racional da organização.

Por outro lado, segundo Mark Waysman e Riki Savaya (1997), apesar do crescente interesse da utilização desses métodos em pesquisas de avaliação, são poucos os exemplos documentados descrevendo como devem ser implantados na prática. Para os referidos autores, tal interesse pela aplicação de métodos mistos se dá devido à complexidade dos

fenômenos sociais, os quais poderão ser bem melhor compreendidos se observados pela ótica de ambas as lentes, quantitativas e qualitativas.

Por conseguinte, uma abordagem metodológica mais completa, utilizando várias ferramentas, por vezes se torna obrigatória para avaliação de programas, frente aos inevitáveis desafios organizacionais, políticos e interpessoais que permeiam a sociedade (COOK, 1985; MATHISON, 1988). Para May (2004: 146) a importância dos dois enfoques, ou seja, o quanti e o quali, consiste em:

[...] ao avaliar esses diferentes métodos, deveríamos prestar atenção, [...], não tanto aos métodos relativos a uma divisão quantitativa-qualitativa da pesquisa social, como se uma destas produzisse automaticamente uma verdade melhor do que a outra, mas aos seus pontos fortes e fragilidades na produção do conhecimento social. Para tanto é necessário um entendimento de seus objetivos e da prática.

Nesse sentido, de acordo com Greene, Caracelli e Graham (1989), o uso de métodos mistos necessita ser fundamentado em uma teoria que forneça o suporte necessário para orientar a concepção e a implementação destes para fins de avaliação na prática. Assim, a partir do referencial teórico, prática e análise de uma amostra intencional de 57 estudos empíricos de métodos mistos de avaliação, os autores desenvolveram um quadro conceitual sobre métodos mistos para projetos de avaliação, no qual identificaram cinco propósitos para uso de métodos mistos no processo de avaliação: triangulação, a complementaridade, o desenvolvimento, a iniciação e a expansão.

Como a presente pesquisa fez uso de métodos mistos para obtenção dos dados quantitativos e qualitativos, optou-se pelo uso da ferramenta de “Triangulação de Métodos”, como forma de integrar os resultados alcançados, na medida de convergência deles. Segundo Greene, Caracelli e Graham (1989: 256)

A premissa central da triangulação como uma estratégia de design é que todos os métodos têm preconceitos e limitações inerentes, por isso o uso de apenas um método para avaliar um determinado fenômeno, inevitavelmente, produzirá resultados parciais e limitados. No entanto, quando dois ou mais métodos que têm tendências de compensação são utilizadas para avaliar um dado fenômeno, e os resultados destes métodos convergem ou corroborar um com o outro, em seguida, a validade dos resultados do inquérito é reforçada.

A triangulação tem como finalidades precípua a corroboração, a convergência e a correspondência dos resultados entre métodos diferentes sobre o mesmo fenômeno, propiciando, assim, uma maior compreensão, por meio de inferências válidas e defensáveis

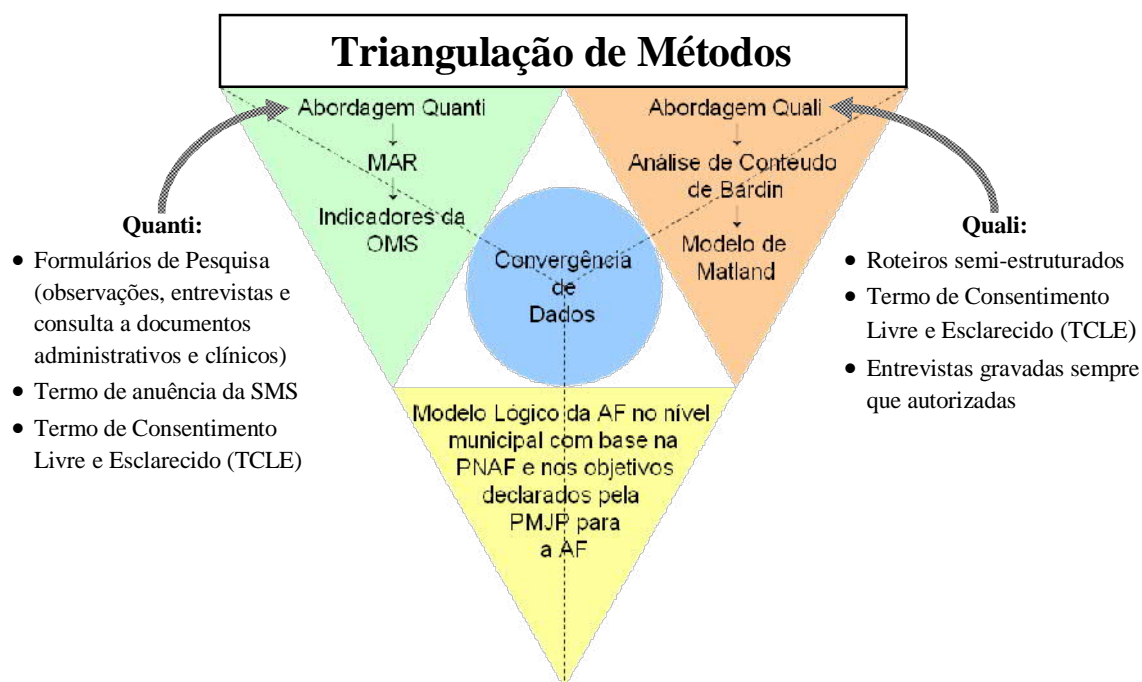
(CAMPBELL; FISKE, 1959; WEBB *et al.* 1966 apud CARACELLI; GREENE, 1993: 196; COOK, 1985; DENZIN, 1978; SHOTLAND; MARK, 1987).

Na triangulação, o status do método utilizado tem peso igual e as abordagens quantitativas e qualitativas são implementadas de forma independente e simultânea, propiciando a comparação de resultados e possibilitando a integração apenas durante o processo de interpretação dos resultados (GREENE; CARACELLI; GRAHAM, 1989).

Para Minayo (2010), a triangulação de métodos tem a finalidade de produzir um informe único como resultado do diálogo entre disciplinas e abordagens, onde tais informações não sejam justapostas e sim, haja o intercâmbio de teorias e métodos, em prol do esclarecimento e do aprofundamento dos vários aspectos da realidade.

Assim, para a consecução dos objetivos da presente pesquisa, a utilização da abordagem de triangulação de métodos foi considerada adequada, pois propiciou uma melhor compreensão acerca dos resultados das análises produzidas, oportunizando uma maior aproximação da realidade do fenômeno estudado, uma vez que representou o elo, a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1: Apresenta de forma concisa o trajeto metodológico empreendido e o emprego da Triangulação de Métodos



Fonte: Elaboração própria, tendo como base o modelo de Triangulação de Métodos de Yin (2005)

Portanto, considerando esses enfoques metodológicos, propôs-se, inicialmente, desenvolver o modelo lógico municipal, com base na PNAF e nos objetivos e metas declarados pela PMJP para AF, incluídos no Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013, e, em seguida, verificar o grau de implementação da Política de Assistência Farmacêutica no nível municipal, com base, principalmente, nos indicadores sugeridos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) e, paralelamente, através de entrevistas realizadas com atores relevantes no contexto da AF local. Propôs-se, além disso, caracterizar o processo de implementação com base no modelo de ambiguidade-conflito proposto por Matland (1995).

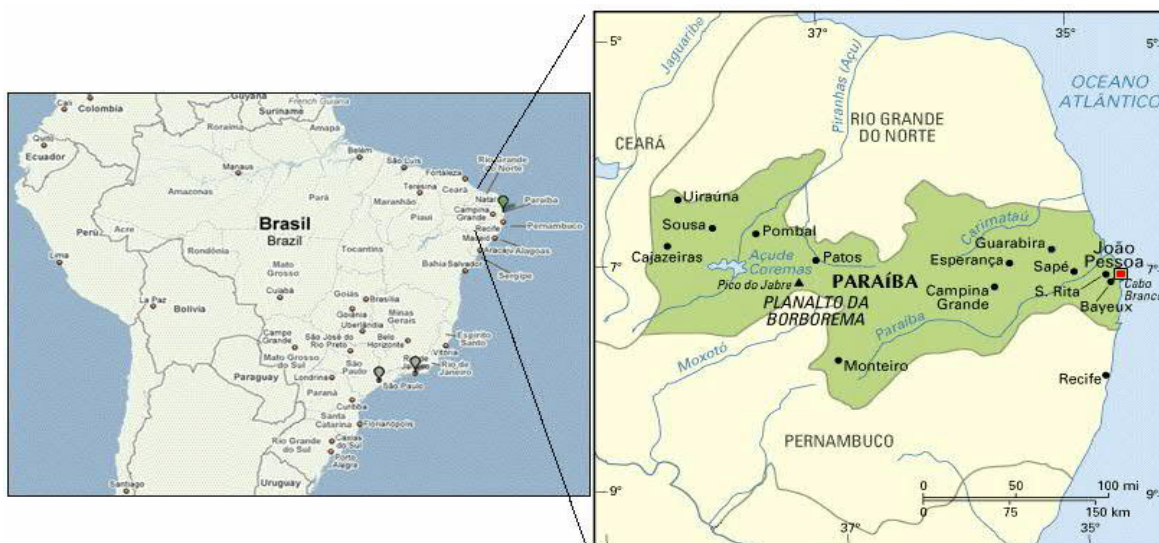
5.2 Cenário – O município de João Pessoa – PB

Cabe assinalar que João Pessoa é o município de residência e de trabalho da autora.

Buscando uma primeira aproximação com o objeto do estudo, procedeu-se um breve histórico para caracterização do local da pesquisa, tendo como base as informações contidas no Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013 e no Relatório de Gestão 2010, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa, que representavam os documentos mais atualizados da Gestão Municipal à época da pesquisa.

O município, capital do Estado da Paraíba, com uma área geográfica de 210,80 km² (0,3% da superfície do Estado), possui um clima quente e úmido e uma altitude de 37 a 74m acima do nível do mar. Localizado na porção mais oriental da Paraíba, limita-se ao norte com o município de Cabedelo, pelo rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde, pelo rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste, com os municípios de Bayeux, pelo rio Sanhauá e Santa Rita, pelo rio Mumbaba (Figura 2).

Figura 2: Mapa do Brasil e do Estado da Paraíba com destaque para a localização dos principais municípios, situando o município de João Pessoa – PB



Fonte: Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB, 2010

A economia da capital paraibana está amparada no comércio e na indústria. A pesca também é uma das principais atividades econômicas, além da extração de caju e de coco. O turismo faz-se presente na busca, principalmente, por um litoral privilegiado, com 30 km de belas praias.

Contava com população total, estimada no ano de 2010, de 716.042 habitantes, sendo 51% de mulheres. Dessa população, 22,1% têm até 14 anos, 67,5%, entre 15 a 59 anos, e 10,3%, 60 anos ou mais (BRASIL, 2010b); 85% da população é alfabetizada; 95% dos domicílios são beneficiados com a coleta de lixo, sendo que 98% têm banheiros ou sanitários.

No que diz respeito aos aspectos socioeconômicos, segundo o IBGE, o Produto Interno Bruto (PIB) municipal em 2007 atingiu R\$ 6.8 bilhões, o que significava um PIB pc médio de R\$ 10.018,00. A renda nominal média mensal das pessoas residentes, no ano 2000, foi de R\$ 684,75, mas, segundo a evolução verificada no período, a renda média mensal atualmente está acima dos R\$ 900,00. A renda mensal de 21% dos domicílios situa-se na faixa de um salário mínimo. Contudo, são índices que apresentam grandes desigualdades entre os segmentos da sociedade e entre os bairros de alta renda e os de baixa renda. Os bairros de alta renda atingem atualmente níveis de renda per capita média superiores a R\$ 3.000,00, enquanto os bairros de menor renda não chegam a 50% do atual salário mínimo (R\$ 622,00).

No ano 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH do município (IDH-M) de João Pessoa estava calculado em 0,783, estando situado um pouco acima do índice nacional (0,766). Entre as capitais do Nordeste, ocupava um nível intermediário, superada apenas por Salvador, Recife, Fortaleza, Aracaju e Natal. No conjunto de capitais nacionais de porte médio, entre os anos de 1991 e 2000, a cidade foi a que mais cresceu no seu IDH-M.

Reitera-se, no entanto, que os índices, dentro do contexto urbano, diferem bastante entre os bairros, indo de índices máximos, como no bairro Cabo Branco (o de mais alta renda da cidade), aos índices das antigas comunidades ou periferias da borda semi-rural, que apresentam os mais baixos IDH no contexto intra-urbano.

A partir de 1998, o município de João Pessoa habilitou-se na Gestão Plena do Sistema, passando a administrar os recursos da saúde, estabelecendo prioridades e definindo as formas de dispor os recursos, incluindo sobre a média e alta complexidade.

No que concerne ao financiamento e orçamento da Saúde, é importante assinalar que o financiamento do SUS é, em parte, regido pela Emenda Constitucional 29/2000. Nela estão definidos os limites mínimos que cada esfera de governo deve investir em saúde: a União investe o equivalente ao ano anterior mais a variação do PIB nominal, que considera a inflação (aproximadamente 1,75% do PIB); o estado, 12%, e o município, 15% dos recursos próprios.

No município de João Pessoa, acompanhando a evolução dos “gastos” com a saúde, observa-se que eles vêm sendo crescentes de 2004 a 2009, representando 38% de gasto com recursos próprios em 2009, como pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3: Despesa com saúde em João Pessoa

Período Anual	Despesa total Valor Nominal – R\$ milhares	Despesa com recursos próprios Valor Nominal – R\$ milhares
2004	212.024	42.510
2005	246.059	63.133
2006	247.763	99.627
2007	320.566	106.250
2008	335.651	115.523
2009	387.432	145.623

Fonte: SIOPS-DATASUS/MS/Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB, 2010

Parte do orçamento do município é decidida em audiências do Orçamento Democrático, em que a população elege as prioridades. Sendo assim, considerando-se o Plano Municipal de Saúde (PMS), a cada ano há audiências setoriais para (re) definição da proposta orçamentária (LDO e LOA), bem como para a definição do Plano de ações, investimentos e serviços, consolidando a Programação Anual de Saúde.

5.2.1 Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é ligada diretamente à Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP) e tem por responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal.

A gestão atual enuncia seu compromisso em assumir a responsabilidade constitucional com as necessidades e direitos dos usuários do SUS e, para tanto, o de buscar desenvolver uma política centrada no usuário e na gestão do cuidado, com humanização, acolhimento, produção de vínculo e participação popular.

A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) é crescente, correspondendo a 88,3% da população residente em 2010, quando a ESF alcançou 180 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 119 unidades de saúde da família, conforme Quadro 4, que, por sua vez se encontram distribuídas em cinco Distritos Sanitários (DS), conforme Figura 3.

Figura 3: Unidades de Saúde da Família distribuídas em cinco Distritos Sanitários



Fonte: Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB, 2010

Quadro 4: Equipamentos de Saúde do Município de João Pessoa-PB, Brasil

Serviços	Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário IV	Distrito Sanitário V	TOTAL
ESF (equipes)	45	38	53	26	18	180
PACS	1	1	1	0	0	3
Total USF	29	26	34	16	14	119
USF Individuais	21	21	26	11	12	91
USF Geminadas	4	1	1	3	1	10
USF Integradas	4	4	7	2	1	18
Centros de Saúde	0	0	0	3	2	5
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	0	1	1	1	1	4
Centro de Atenção integral a Saúde – CAIS	1	1	1	1	0	4
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	1	1	1	0	1	4
Laboratório Central	1	0				1
Farmácia Popular	2	1	1	2	0	6

Serviços	Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário IV	Distrito Sanitário V	TOTAL
Hospitais	1	0	2	1	0	4
Unidade de Pronto Atendimento – UPA					1	1
Pronto Atendimento em Saúde Mental – PASM			1			1
Residência Terapêutica				1		1

Fonte: Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB, 2011

Dados do Relatório de Gestão/2010 registram que, em João Pessoa, nos últimos anos, o grupo das Doenças Cardiovasculares é o que concentra o maior número de óbitos, com o coeficiente de 172,2 no ano de 2009, destacando-se entre as mais comuns o Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). As Neoplasias malignas representam o segundo grupo de causa de mortes em João Pessoa, com tendência crescente a cada ano. Outro aspecto importante é o aumento de óbitos no grupo das causas externas. Os homicídios foram a principal causa das mortes não naturais ocorridas em João Pessoa em 2009. A violência que atualmente ocorre nos centros urbanos é um fenômeno de múltipla determinação. Nessa perspectiva, novos paradigmas estão sendo desenvolvidos no sentido de incorporar nas abordagens tanto os aspectos individuais como os fatores que envolvem o grupo. Também têm sido desenvolvidas ações intersetoriais para reduzir a violência no trânsito, a segunda causa de morte neste grupo.

5.2.2 Assistência Farmacêutica

A Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (GEMAF) é vinculada à Diretoria de Atenção à Saúde (DAS).

A DAS tem por objetivos a formação e o desenvolvimento da rede de cuidados progressivos em saúde no SUS municipal. Assim, essa diretoria é a principal responsável pela ligação entre o sistema de saúde e a população local, através de competências instituídas para atender demandas e necessidades do usuário-cidadão e demais regiões, de forma integral e humanizada. O ponto de partida das ações da Diretoria de Atenção à Saúde é a análise-ação dos problemas que impedem a integralidade dos atos de saúde, realizados pelos setores e unidades do município, observando sempre a forma como os atores/agentes estabelecem o ambiente de trabalho e as práticas que permeiam o cotidiano

de atividades da saúde. A DAS propõe constituir práticas de proximidade, vínculo, acolhimento, responsabilização e transparência com o usuário do SUS de João Pessoa.

A DAS está subdividida em três gerências: Atenção Básica, Rede de Serviços Especializados e Assistência Farmacêutica.

A **Gerência da Atenção Básica (GAB)** tem sob sua responsabilidade as ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família (USF), as quais compreendem o primeiro nível de organização da rede de serviços de saúde. Essas ações são complementadas por uma rede de cuidados progressivos à saúde, de acordo com os princípios da integralidade, da equidade e da universalidade, seguindo as diretrizes da hierarquização e da regionalização dos serviços de saúde, preconizados pelo SUS. Dessa forma, a organização da rede de cuidados do município de João Pessoa passa pela capacitação das Equipes de Saúde da Família, estruturação física das Unidades de Saúde da Família, organização da rede de serviços de referência para essas unidades e hierarquia dos serviços especializados e da rede hospitalar. A rede da Atenção Básica do município de João Pessoa é composta pelos seguintes serviços: Saúde Bucal; Saúde da Mulher; Saúde da Criança e do Adolescente; Diabetes e Hipertensão; Tuberculose e Hanseníase; Saúde do Idoso; e Saúde Mental.

A **Gerência da Rede de Serviços Especializados (GERESE)** é composta pelas seções de Saúde Mental, Medicina Natural e Práticas Complementares, bem como pelo Núcleo de Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais, divididos entre necessidades motoras e necessidades auditivas e visuais. As especialidades estão distribuídas pelas unidades de saúde.

A **Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (GEMAF)** é o órgão responsável pela padronização, planejamento, aquisição, armazenamento, controle e distribuição dos medicamentos, incluídos os fitoterápicos e homeopáticos, além dos materiais médico/hospitalares. Tem ligada a si três Seções: Seção de Atenção Básica; Seção Hospitalar; e Seção de fitoterápicos.

Segundo o Relatório de Gestão (2011) da PMJP, cabe à GEMAF a gestão da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), a seleção dos medicamentos básicos, de acordo com o perfil de morbidade local, o processo de aquisição de produtos farmacêuticos, o acondicionamento e controle dos estoques de medicamentos, o controle dos medicamentos

de regime especial (psicotrópicos e entorpecentes) e a distribuição de medicamentos e monitoramento do consumo das UBS.

O mesmo documento estabelece como objetivos do trabalho da GEMAF: garantir o uso racional dos medicamentos dentro do sistema; otimizar e racionalizar o uso dos recursos (humanos e financeiros); instituir um sistema planejado, flexível e compatível com os objetivos gerais da Secretaria de Saúde; garantir a provisão de medicamentos com qualidade, no tempo e quantidade corretos aos usuários.

Nesse contexto, a GEMAF atende, de forma geral, as demandas de medicamentos e insumos farmacêuticos provenientes dos diversos serviços ofertados pela SMS, tanto no nível hospitalar (Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burity – Mangabeira, Hospital Municipal Santa Isabel, Hospital Municipal Valentina e Instituto Cândida Vargas) como no nível ambulatorial (todas as UBS e as USF), bem como aos Programas da Atenção Básica; DST/AIDS; Hipertensão e Diabetes; Saúde da Mulher, do idoso, da criança e do Homem; Saúde Mental, Antitabagismo, entre outros.

5.3 Estratégias metodológicas

Como exposto anteriormente, para o desenvolvimento da pesquisa, lançou-se mão da utilização da abordagem quanti-quali, bem como de métodos, técnicas e procedimentos que melhor respaldassem sua operacionalização. Cabe realçar que a base metodológica foi composta por três etapas distintas, porém complementares. Inicialmente, foram desenvolvidos um modelo lógico da Assistência Farmacêutica Municipal e os procedimentos concernentes às abordagens quantitativa e qualitativa, respectivamente, que iremos descrever a seguir.

5.3.1 Modelo Lógico da Assistência Farmacêutica no nível Municipal, com base na PNAF

O modelo lógico da AF aqui apresentado tem como ponto de partida a proposta desenvolvida por Luiza (2003) e Silva (2011). Esta, ao analisar a implantação da PNM em municípios do estado do Rio de Janeiro, identifica, para cada um dos seus componentes, os seguintes elementos: objetivo, atores diretamente envolvidos, principais recursos necessários, processos ou etapas críticas, produtos e evidências de resultados e impacto.

O desenvolvimento da proposta de modelo lógico da assistência farmacêutica para o município de João Pessoa tomou como base, além dessas contribuições, os componentes da PNAF (BRASIL, 2004b) e os objetivos estabelecidos pela SMS/GEMAF para a Assistência Farmacêutica municipal incluídos no Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013 (Anexo 7). O modelo lógico elaborado é composto pelos componentes da política de AF (seleção; programação/aquisição; armazenamento/distribuição; dispensação, uso racional de medicamentos e gerenciamento), tendo sido instituído, para cada componente, os elementos sugeridos por Silva (2011). O desenvolvimento deste modelo lógico teve como propósito apresentar uma descrição da AF municipal, objetivando uma melhor compreensão das etapas, do fluxo, das evidências de resultado e do impacto da política de AF local (Apêndice A).

5.3.2 Abordagem Quantitativa

Diante da complexidade que envolve o setor farmacêutico e os desafios para o século XXI na questão do acesso, da qualidade e do uso racional de medicamentos essenciais, a OMS, vislumbrando o fortalecimento das políticas nacionais de medicamentos, desenvolveu um conjunto de indicadores para o monitoramento da formulação e implementação de políticas nacionais farmacêuticas e programas, podendo os mesmos serem usados para uma avaliação da capacidade instalada do país, como a infra-estrutura disponível, logística e recursos humanos para apoio ao setor farmacêutico na implementação das políticas nacionais de medicamentos e assistência farmacêutica, e também para monitorar a implementação das políticas farmacêuticas, medir o impacto de estratégias de implementação e avaliar o progresso em relação aos objetivos identificados nas políticas (WHO, 2007).

A OMS estruturou os referidos indicadores em três níveis, assim discriminados: O Nível I, que corresponde a um questionário respondido pelas autoridades sanitárias nacionais, contemplando a avaliação das estruturas e processos existentes no setor farmacêutico nacional, tratando-se, portanto, de um método rápido para avaliar a implementação das políticas farmacêuticas e de seus componentes; O Nível II, que corresponde aos indicadores de avaliação de resultados, os quais proporcionam coleta sistemática de dados sobre acesso e uso racional de medicamentos de qualidade, sendo essa coleta proveniente de inquérito realizado com pesquisa de campo; e o Nível III, que é

constituído por indicadores específicos, aplicados de acordo com as necessidades e conveniências dos países membros.

Nesse sentido, para o desenvolvimento da parte quantitativa da pesquisa, foi feita a opção pela utilização do conjunto de indicadores do Nível II da OMS, considerados como uma parte muito importante e fundamental para avaliação e monitoramento do setor farmacêutico, ou seja, avaliação dos serviços, visto que esses indicadores medem o resultado e o impacto dos programas farmacêuticos. Sendo assim, os mesmos se mostraram adequados para consecução dos fins propostos- avaliar a implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB. A técnica de coleta de dados desses indicadores envolve a observação direta, consulta a documentos clínicos e administrativos e entrevista estruturada a pacientes e profissionais da saúde (WHO, 2007).

Para proceder com a coleta dos indicadores, o método de avaliação escolhido foi o Método de Avaliação Rápida (MAR), desenvolvido pela OMS, objetivando-se disponibilizar um instrumento gerencial que pudesse tanto ter um melhor acompanhamento da rotina dos serviços para buscar a melhoria da qualidade do cuidado e do desempenho do programa, como facultar à sociedade, de forma simples e compreensível, o acesso a informações consideradas fundamentais ao processo decisório (WHO, 1993). Cabe assinalar que essa ferramenta foi adaptada pelo Management Sciences for Health para ser utilizada nas avaliação de serviços farmacêuticos (MSH, 1995).

Assim, a utilização do MAR propiciou a produção de relatórios objetivos e de fácil compreensão, cujos dados foram expressos sob a forma de frequência simples, porcentagens e proporções. Segundo a OMS, o método sistemático de coleta de dados, o MAR, é de grande importância para avaliar a qualidade, o acesso e uso racional de medicamentos (WHO, 2007), e, para a OPAS, esse método, além de proporcionar a coleta do conjunto de dados em curto espaço de tempo com baixos custos, propicia também uma aplicação metodológica simplificada, sem prejuízo da qualidade dos dados obtidos, no que tange ao uso dos mesmos para subsidiar decisões política e gerencial (OPAS, 2005).

Nesse contexto, para atender ao objeto da pesquisa, foram selecionados os indicadores considerados estratégicos para avaliar a implementação da AF municipal, através dos quais foram obtidos os dados empíricos. Portanto, não foram todos os indicadores que compõe o Nível II os selecionados para o presente estudo, visto que o mesmo é constituído por um conjunto de 17 Formulários de Pesquisa (FP), que abrangem o setor farmacêutico no âmbito público e privado, e a presente pesquisa teve como foco o

setor público de saúde e, especificamente, a assistência farmacêutica básica. Dessa forma, foram selecionados os seguintes FPs para serem aplicados no presente estudo: FP 1; FP 2; FP 3; FP 4; FP 5; FP 6; FP 7; FP 8; e FP 9.

Contudo, segundo orientação da OMS, há de se observar uma série de itens nos FP que precisam ser analisados para possíveis adaptações, de acordo com as características específicas de cada país, as quais devem ser pré-impressas nos FP, como lista de medicamentos chave, protocolos de tratamento ou outras informações adicionais cuja inclusão se faça necessária para o desenvolvimento da pesquisa, sem afetar os resultados dos indicadores (WHO, 2007).

Por conseguinte, utilizaram-se os FP que foram adaptados pela OPAS, em parceria com o OMS e com o Ministério da Saúde (MS), para realização da pesquisa ‘Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultado’, a qual também utilizou os indicadores da OMS para ancorar o referido estudo a nível nacional (OPAS, 2005). Após avaliação dos referidos PF, foi observado que os mesmos se encontravam adequados e atuais para aplicação ao sistema de saúde local do município de João Pessoa-PB.

O Quadro 5 apresenta, de forma sumária, indicadores, unidade de observação, principal estratégia de coleta e o respectivo FP utilizado. Cabe assinalar que as informações de coleta de dados e método de cálculo dos referidos indicadores podem ser encontrados nos respectivos FP (Anexo 13).

Quadro 5: Indicadores, unidades de observação, estratégia de coleta utilizada e respectivos formulários de pesquisa

	Indicador	Unidades de observação	Estratégia de coleta
FP 1	Percentual de disponibilidade dos medicamentos chave; Percentual de medicamentos com data de validade vencida.	USF; CAF e Farmácias distritais	Observação direta
FP 2	MPR (Median Price Ratio) dos preços de compra de medicamentos praticados pela SMS-JP	GEMAF	Observação direta
FP 3	Preço do tratamento de adultos e crianças menores de cinco anos de idade para o setor público (protocolos de tratamento para pneumonia moderada, hipertensão moderada e asma moderada)	GEMAF	Observação direta
FP 4	Tempo médio de desabastecimento; Existência de registro de movimentação de estoque	USF; CAF e Farmácias distritais	Observação direta

	Indicador	Unidades de observação	Estratégia de coleta
FP 5	Condições adequadas de conservação de medicamentos; O estabelecimento conta com farmacêutico responsável técnico?; O estabelecimento possui licença de funcionamento sanitário e certificado de inspeção emitido pela VISA (estadual ou municipal) válido?; A farmácia realiza fracionamento com violação da embalagem primária?; Quem estava dispensando no momento da visita? (farmacêutico, auxiliar de farmácia, enfermeira ou profissional leigo e sem treinamento).	USF; CAF e Farmácias distritais	Observação direta
FP 6	Número médio de medicamentos por prescrição; Percentual de medicamentos dispensados ou administrados; Percentual de pacientes que sabem como usar os medicamentos; Percentual de medicamentos adequadamente rotulados; Acessibilidade geográfica da unidade de dispensação; Escolaridade do entrevistado; e Grau de satisfação com a farmácia.	Paciente / prescrição médica (USF / após atendimento da farmácia)	Entrevista + observação da prescrição médica
FP 7	Número médio de medicamentos prescritos; Percentual de prescrições de antibióticos; Percentual de prescrições de injetáveis; Percentual de medicamentos prescritos da RENAME; e Percentual de medicamentos prescritos por nome genérico.	USF	Observação da prescrição médica (arquivada)
FP 8	Disponibilidade de Protocolo Terapêutico Padrão (PTP) para Tuberculose (TB) e para Diabetes Mellitus (DM); Percentual de unidades com disponibilidade da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME); Percentual de USF com Atenção Farmacêutica implantada; Percentual de Farmácias das USF com Procedimento Operacional Padrão (POP) atualizado; Percentual de profissionais Farmacêuticos e dispensadores submetidos à educação continuada.	USF	Entrevista + Observação direta
FP 9	Percentual de casos traçadores tratados conforme protocolo/guia de tratamento recomendado (diarréia não bacteriana, pneumonia moderada, otite média e febre).	USF	Observação direta

Fonte: Elaboração própria

Portanto, quanto à relação dos ‘medicamentos chave’, entendidos como aqueles básicos destinados a atender as necessidades prioritárias da Atenção Primária à Saúde da população (WHO, 2007), foi utilizada a lista estabelecida pela OPAS, composta por 15 medicamentos para o FP 1, com vistas à verificação dos indicadores representativos de acesso e qualidade dos medicamentos - esse último critério cotejado através dos cuidados concernente à preservação da integridade dos medicamentos disponíveis nas USF, nas farmácias distritais e na CAF -, além de uma segunda lista com quatro medicamentos a mais, totalizando 19 ‘medicamentos chave’, que foi utilizada para o FP 2, o qual foi aplicado na GEMAF para avaliar a diferença média de preço de compra do setor público, através do “MPR (Median Price Ratio)”, como forma de averiguar a qualidade dos

processos administrativos e a capacidade de negociação com relação aos preços dos medicamentos adquiridos pela prefeitura.

No FP 3, a OPAS selecionou como doenças traçadoras, além da pneumonia, sugerida pela OMS (WHO, 2007), a hipertensão arterial, por ser uma das prioridades de governo quanto à linha do cuidado, e a asma, por ser uma patologia de alta prevalência e o custo para o seu tratamento ser considerado bastante elevado (OPAS, 2005). Assim, os protocolos eleitos pela OPAS (2005) foram os utilizados no presente estudo - pneumonia moderada, hipertensão moderada e asma moderada para verificação do indicador 'preços do tratamento de adultos e crianças menores de cinco anos de idade para o setor público', expressos também em dias de trabalho, correspondentes ao salário mínimo vigente à época da pesquisa.

Como aqui no Brasil os pacientes recebem os medicamentos de forma gratuita no SUS, este indicador procurou inferir quanto custa cada tratamento para os respectivos protocolos selecionados e sua representatividade em dias de trabalho do paciente. Portanto, é fundamental a disponibilidade dos referidos tratamentos no sistema público, sob pena de comprometer, sobremaneira, o orçamento doméstico e a qualidade de vida desse contingente populacional.

Para a aplicação do FP 8, foram selecionados os protocolos de tratamento para tuberculose (TB) e diabetes mellitus (DM), os quais são prioridade de governo e considerados de importância estratégica para estarem disponíveis nas USF e nos consultórios médicos, uma vez que as referidas doenças são consideradas um problema de saúde pública de grande relevância no Brasil e no mundo. Portanto, cabe registrar que a tuberculose foi a quarta maior causa responsável, em 2008, pelos óbitos por doenças infecciosas, e a primeira entre pacientes com AIDS no Brasil (BRASIL, 2011d). Já a diabetes mellitus encontra-se em expansão, atingindo cerca de 347 milhões de pessoas no mundo, sendo que 3,4 milhões de mortes se encontram associadas a essa doença crônica, com 80% ocorrendo em países de média e baixa renda (MEDICINA TV, 2013).

5.3.2.1 Amostra

Quanto à amostra do estudo, segundo a OMS, faz-se necessária a seleção de 30 unidades de saúde, a partir de cinco áreas geográficas, podendo estas serem distrito, município ou província, sendo pré-requisito obrigatório que os estabelecimentos de saúde tenham atendimento ambulatorial geral e disponham de uma farmácia para dispensação

dos medicamentos. Ressalta, ainda, que os nomes das unidades de saúde a serem visitadas podem ser determinados a nível central, o que poderá facilitar uma eventual substituição se a unidade selecionada na amostra não estiver disponível, tiver um número insuficiente de pacientes para serem entrevistados ou possuir casos de registros totalmente inadequados (WHO, 2007).

Assim, foram considerados, para compor a amostra, as Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas nos cinco Distritos Sanitários (DS). A subdivisão e distribuição por DS foi uma estratégia que visou melhor captar a variabilidade quanto à AF instituída no município de João Pessoa-PB.

A amostra foi calculada com nível de significância de 5% e erro de 15%. Apesar do erro ter sido questionado na qualificação, preferimos mantê-lo por considerá-lo aceitável para um estudo de política – situação diferente de um estudo clínico onde uma maior precisão é mandatória. É uma precisão melhor que a resultante da metodologia padrão da OMS (que trabalha com precisão média de 20%) e é a que tem sido usada pela maioria dos países que aplicam o método em que nos baseamos para esta abordagem. A representatividade é no nível municipal para as unidades que fazem a Atenção Básica.

A distribuição do total de USF para serem visitadas em cada um dos DS foi realizada proporcionalmente ao total de unidades do Distrito e estes posteriormente indicaram quais unidades iriam participar do presente estudo, tendo sido observada a PPT (probabilidade proporcional ao tamanho), considerando-se o volume de atendimento de cada um dos serviços. O Quadro 6 apresenta a amostra da quantidade de USF do município de João Pessoa, distribuídas nos cinco Distritos Sanitários.

Quadro 6: Amostra da quantidade de unidades a serem estudadas, por Distrito Sanitário

Distrito Sanitário (DS)	Total de unidades de Saúde	%	Número de unidades da amostra
Distrito Sanitário I	31	24	8
Distrito Sanitário II	26	20	7
Distrito Sanitário III	35	27	9
Distrito Sanitário IV	21	16	5
Distrito Sanitário V	17	13	4
Total	130		
Total da amostra	33		

Fonte: Elaboração própria

Cabe assinalar que, após obtenção da autorização da SMS-JP para o desenvolvimento da pesquisa no município, foram contatados pessoalmente todos os DS, para explanação do projeto e seus objetivos, bem como foi solicitado que os mesmos indicassem quais as USF que iriam compor a amostra, observando-se os seguintes critérios de inclusão, conforme orientação da OMS: maior número de atendimento entre as USF de cada DS; concordância em participar no estudo; disponibilidade de prontuários; registro de atendimento ambulatorial; e arquivamento das prescrições médicas, as quais podem ser utilizadas como fonte dos dados retrospectivos de prescrição (WHO, 2007).

Dessa forma, cada Distrito Sanitário autorizou a proceder com a pesquisa e forneceram os nomes das respectivas USF, endereço, telefones, e indicou um apoiador para cada unidade de saúde, o qual foi o elo entre a autora, os pesquisadores de campo e as unidades pesquisadas. A distribuição espacial das USF de João Pessoa-PB encontra-se demonstrada no mapa da cidade (Figura 3).

Além das 32 USF, fizeram parte da amostra para avaliação dos serviços as cinco Farmácias Distritais, a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e a Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (GEMAF).

Ademais, a pesquisa inclui tanto uma amostra prospectiva, para avaliar os indicadores de assistência ao paciente, quanto uma amostra retrospectiva, para avaliar os indicadores referentes às práticas de prescrição. Assim, a amostra prospectiva foi obtida conforme orientação da OMS (WHO, 2007), pela entrevista sequencial a 30 pacientes de cada USF, logo após a dispensação dos medicamentos pela farmácia, tendo sido previstas, inicialmente, 990 entrevistas, das quais 937 foram realizadas – FP6.

Da mesma forma, seguindo a sugestão da OMS (WHO, 2007) no que se refere à amostra retrospectiva, foram selecionadas 30 prescrições em cada USF, as quais encontravam-se arquivadas na farmácia, tendo como base o período compreendido entre 01/01/2011 e 30/12/2011. Assim, fez-se a soma de todas as prescrições durante o ano de 2011 e o resultado foi dividido por 30, de modo que o número obtido foi o ponto de seleção de cada prescrição. Por exemplo: Se existissem 5000 prescrições dos pacientes atendidos em 2011, então, $5000 : 30 = 166,6$, portanto, a cada 167 prescrições médicas, uma delas seria selecionada, até se completarem 30 prescrições médicas para cada USF, o que, no final totalizaria, 990 prescrições para a previsão inicial. Contudo a amostra retrospectiva foi composta de 960 prescrições médicas que foram analisadas – FP7.

5.3.2.2 *Seleção, Treinamento e Pré-teste*

A seleção dos pesquisadores de campo ocorreu no período de 7 a 9 de dezembro de 2011, por meio de entrevista e análise de currículo, tendo como público-alvo profissionais farmacêuticos e estudantes do Curso de Farmácia. Houve poucos inscritos, visto que o início da pesquisa coincidiu com o período de férias da universidade, bem como não havia nenhuma forma de remuneração para os mesmos. Entretanto, todos os custos com o treinamento, com os deslocamentos e logística foram arcados pela autora da pesquisa. Assim, foram selecionados oito estudantes do Curso de Farmácia, que se colocaram como voluntários para fazer parte da equipe, uma professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas (DCF) e um farmacêutico do quadro efetivo da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), totalizando no final 10 pesquisadores de campo, os quais foram divididos em cinco equipes compostas por duplas para realização da coleta dos dados, conforme sugerido pela OMS (WHO, 2007).

O treinamento foi realizado no Auditório do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB, nos dias 24, 25 e 26 de janeiro de 2012, sendo o mesmo conduzido pela autora, que seguiu o modelo do material didático proposto pela OMS, ainda que com algumas adaptações para o contexto local. O treinamento teve por objetivo preparar os pesquisadores de campo para a coleta, etapa fundamental para garantir a confiabilidade, fidedignidade dos dados e sucesso da pesquisa. Buscou-se o entendimento comum de todas as informações relacionadas ao trabalho de campo, saber onde e como reunir os dados necessários, observando-se a ética, a segurança e a precisão quanto ao preenchimento dos FP de forma correta e padronizada.

O pré-teste com os FP foi realizado no último dia do treinamento, em duas USF, as quais foram selecionadas justamente para esta finalidade, não fazendo parte da amostra. O pré-teste permitiu: testar os FP para verificar se estavam adequados para os objetivos propostos; ajudar na compreensão do fluxo/rotina da USF; auxiliar na determinação da melhor sistemática de coleta de dados; proporcionar aos pesquisadores de campo oportunidade para retirar suas dúvidas; e conseguir avaliar o tempo necessário para o preenchimento dos formulários de pesquisa. Segundo as orientações de Marconi e Lakatos (2006), o pré-teste deverá ser aplicado em 5% ou 10% do tamanho da amostra, requisito que foi atendido.

Após discussão quanto aos resultados do pré-teste e dissipadas todas as dúvidas dos pesquisadores de campo, procedeu-se a entrega, a cada dupla, de todo o material necessário para o andamento do trabalho de campo: crachás, formulários de pesquisa, encaminhamento da Secretaria de Saúde, pastas, blocos para registro do relatório de campo, canetas e relação das USF com os respectivos endereços e telefones de contato. Assim, os mesmos se encontravam aptos a dar início à coleta de dados.

5.3.2.3 Coleta de Dados

Primordialmente, em cada unidade selecionada para o desenvolvimento da presente pesquisa, tanto a autora como os pesquisadores de campo apresentaram-se à equipe local e realizaram uma breve explanação dos objetivos da pesquisa, bem como quais as informações que se faziam necessárias para obtenção dos dados referentes a cada indicador selecionado nos FP. A coleta de dados se deu, primeiramente, nas 32 Farmácias das USF, das 33 anteriormente planejadas, depois na GEMAF/CAF, e, por fim, nas cinco Farmácias Distritais, tendo sido realizada entre os meses de fevereiro e abril de 2012.

Para coletar os dados de forma sistemática nas USF, a dupla de pesquisadores de campo se dividiu de forma a operacionalizar em tempo hábil a verificação dos indicadores selecionados para a abordagem quantitativa da pesquisa - um ficou na Farmácia e procedeu à aplicação dos FP destinados à avaliação dos serviços, FP1, FP5 e FP8, enquanto o outro ficou na parte externa da mesma, onde procedeu à aplicação do FP6, o qual se refere aos dados prospectivos, indicadores de avaliação de assistência ao paciente.

Assim, em cada uma das unidades visitadas, foram abordados os pacientes, de maneira sequencial, na saída da Farmácia, até que se completasse o total de 30 pacientes por unidade, dando-lhes ciência da pesquisa e da necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso concordasse em participar da mesma. Em caso positivo, era solicitada a prescrição médica para verificações e anotações, a qual era imediatamente devolvida ao paciente com as devidas orientações de como tomar os medicamentos, caso ele não tivesse acertado a forma correta de tomá-los; posteriormente lhe eram feitas 10 perguntas fechadas e era agradecida a sua participação.

Logo que um dos pesquisadores terminasse com os procedimentos acima referidos, dava-se início à coleta de dados retrospectivos, indicadores de avaliação de práticas de prescrição. Realizava-se, então, o levantamento das prescrições médicas arquivadas, referentes ao período de 01/01/2011 a 30/12/2011, conforme técnica explicitada

anteriormente, e selecionavam-se 30 prescrições médicas, de forma a contemplar o preenchimento do FP7.

Portanto, o mesmo procedimento foi realizado para a coleta de dados das 32 USF do município de João Pessoa.

Em seguida, para consecução dos dados referentes à aquisição, armazenamento, distribuição, preços de medicamentos, custo de tratamentos e documentos afins, estes foram coletados junto à GEMAF, que é a unidade gestora da AF municipal e que, no momento da pesquisa, também respondia pela CAF. Portanto, foram aplicados na GEMAF/CAF os FP1; FP2; FP3 e o FP5.

Por fim, se procedeu à coleta de dados das cinco Farmácias Distritais, averiguando-se os vários indicadores selecionados que compõem os FP1 e FP5.

5.3.2.4 Codificação e Ordenação dos Dados

Após a obtenção dos dados empíricos coletados nas 32 USF, nas cinco Farmácias dos DS, na CAF e na GEMAF, procedeu-se à codificação de cada FP com a respectiva unidade pesquisada. Esse procedimento objetivou preservar o anonimato das unidades que foram visitadas e ordenar os dados para serem digitados e analisados posteriormente. A codificação foi realizada da seguinte forma:

- a) As 32 Unidades de Saúde da Família (USF) – Foram utilizados para verificação dos indicadores selecionados os FP1, FP5, FP6, FP7 e FP8, os quais receberam um código por DS (1), que significava que os dados pertenciam ao DS I, e um código referente a cada USF que foi visitada (1) nesse DS, ou seja, FP1 – 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; e 1.8. Da mesma forma foi feito com o DS II, isto é, FP1 – 2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5 e 2.6, e assim sucessivamente, com todos os FP aplicados, com todos os DS envolvidos e com todas as USF visitadas. Desse modo, procedeu-se à codificação de todas as USF visitadas nos cinco DS do município de João Pessoa-PB;
- b) As cinco Farmácias Distritais e CAF – Foram aplicados os FP1 e FP5 para averiguar os indicadores relacionados a estes serviços e estes receberam a seguinte codificação FP1 – C1; C2; C3; C4; C5 e CG e FP5 – C1; C2; C3; C4; C5 e CG, em que C1 significava dados da

Central do DS I e assim por diante, e CG significava Central Geral do município de João Pessoa.

- c) Na GEMAF – Foram utilizados os FP2 e FP3 para a coleta de dados, os quais foram codificados seguindo a própria numeração do respectivo formulário, por se tratar de uma unidade isolada.

Com todas as unidades devidamente codificadas, procedeu-se à organização e à ordenação dos formulários com os respectivos indicadores selecionados, e foi realizada a digitação das informações obtidas nos diversos locais onde a pesquisa foi executada, tendo sido construído, dessa forma, um banco de dados organizado em planilhas eletrônicas, utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2007, o que possibilitou a realização das análises das frequências das respostas obtidas nos FP, para obtenção de proporções, médias e medianas.

Após a conclusão do banco de dados, foram feitas duas revisões de todo o material digitado, para assegurar, de forma preventiva, a possibilidade de ocorrência de erros na codificação, na digitação ou alguma inconsistência nas respostas coletadas.

5.3.2.5 Matriz de Julgamento

Segundo Patton (1997), o indicador pode ser definido como uma medida, quer seja quantitativa ou qualitativa, estando o mesmo interligado ao critério, propiciando mensurar a ocorrência de um fenômeno de modo simples e confiável. Portanto, para a avaliação dos indicadores, é fundamental o estabelecimento de critérios de julgamento, os quais definem a forma de mensuração dos indicadores e o que se pretende alcançar como resultado de cada ação executada ou de cada programa implementado, conforme padrão pré-estabelecido.

Nesse contexto, os critérios de julgamentos utilizados para mensurar o grau de implementação da AF no município de João Pessoa-PB foram ancorados em referências da literatura nacional e internacional, sendo esses expressos para a grande maioria dos indicadores sob a forma de porcentagem. Porém, alguns indicadores são expressos com escalas métricas diferentes, o que dificultou a obtenção do cálculo final do grau de implementação, objeto do estudo.

Assim sendo, para superar esta dificuldade, foi instituído um escore, cuja pontuação variou de 1 (pontuação mínima) a 4 (pontuação máxima), para avaliar cada indicador

selecionado para o estudo. Portanto, para cada padrão, estabeleceu-se um valor mínimo de pontos, o qual foi considerado como sendo crítico, e um valor máximo de pontos, que foi considerado como sendo ideal para os padrões recomendados. Desse modo, o valor 1 indicou que o resultado obtido para o indicador era considerado crítico, muito abaixo do padrão proposto; o valor 2 representou que o resultado obtido era incipiente, diante do padrão esperado; o valor 3 foi atribuído quando o valor obtido se encontrava parcialmente adequado perante o padrão estabelecido, e o valor 4, quando o resultado obtido para o indicador se aproximava muito ou era igual ao padrão recomendado.

Dessa forma, foi atribuído um valor para cada indicador, conforme resultado encontrado, o que possibilitou a soma dos valores de cada indicador e o julgamento final do nível de implementação alcançado, bem como proporcionou a comparação entre o grau obtido e o grau idealizado para implementação da política de AF. Para Streiner e Norman (1989), geralmente o escore deve ser utilizado para se obter um resultado final, quando se tem envolvida uma série de itens que buscam a avaliação de uma determinada característica ou dimensão.

Para tal propósito, tomou-se como base a matriz de julgamento de Figueiró e Cazarin (2008), desenvolvida para o Programa Nacional de Controle da Dengue, a qual foi adaptada para o presente estudo. Assim, optou-se por desenvolver uma matriz de julgamento, também conhecida como ‘matriz final da avaliação’ (NATAL *et al.*, 2007), que possibilitasse averiguar o grau de implementação da política de AF municipal.

Portanto, para aferir os indicadores de acordo com as especificidades de cada um, foram utilizados os seguintes critérios de julgamento: uma parte dicotômico-informativa (Sim ou Não); uma parte composta por três estratos avaliativos, conforme especificidade do indicador, e outra parte, na qual foi feito uso de quatro estratos avaliativos, expressos em intervalos. O Quadro 7 apresenta, de forma concisa, os indicadores utilizados, os critérios de julgamento e a pontuação máxima que pode ser atribuída a cada indicador.

Quadro 7: Matriz de Julgamento no município de João Pessoa-PB, 2013

Componentes	Indicador	Critério de Julgamento	Pontuação máxima possível = 96 pontos
Seleção	Existência de Lista Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)	Informativo 1 = NÃO 4 = SIM	4
Seleção	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) / número de reuniões em 2011	Informativo 1 = NÃO 4 = SIM	4
Seleção	Percentual de unidades com disponibilidade da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4
Seleção	Disponibilidade de pelo menos um dos protocolos terapêuticos nas USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4
Seleção	Disponibilidade de ambos protocolos terapêuticos (TB e DM) nas USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4
Programação / Aquisição	MPR (Median Price Ratio) dos preços de compra de medicamentos praticados pela SMS-JP	1 = MPR maior que 2 2 = MPR 1 a 2 3 = MPR = 1 4 = MPR < 1	4
Armazenamento / Distribuição	Percentual de medicamentos chave disponíveis	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4
Armazenamento / Distribuição	Percentual de medicamentos acompanhados de laudo de Controle de Qualidade (CQ) na última entrega	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4
Armazenamento / Distribuição	Condições adequadas de conservação dos medicamentos nas CAF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4
Armazenamento / Distribuição	CAF com medicamentos vencidos	1 = 2 ou mais CAF com medicamentos vencidos 3 = 1 CAF com medicamentos vencidos 4 = Nenhum medicamento vencido em qualquer das CAF	4
Armazenamento / Distribuição	Unidades de saúde visitadas com medicamentos vencidos	1 = 16% e mais 2 = 11 - 15% 3 = 5 - 10% 4 = menos de 5%	4
Armazenamento / Distribuição	Dias de estoque zerado	0	-
Controle de Dispensação e Orientação	Condições adequadas de conservação dos medicamentos nas USF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4

Componentes	Indicador	Critério de Julgamento	Pontuação máxima possível = 96 pontos
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de USF com Atenção Farmacêutica implantada	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de medicamentos dispensados	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de medicamentos adequadamente rotulados - critério Brasil	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de pacientes que sabem usar os medicamentos	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de pacientes na distância 1 (< 30 min)	1 e 2 > 1 hora 3 de 31 min a 1 hora 4 < 30 min	4
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de pacientes satisfeitos com os serviços da farmacia	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de pacientes com prescrições de antibióticos	1 = 76 - 100% 2 = 51 - 75% 3 = 26 - 50% 4 = 0 - 25%	4
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual pacientes com prescrições de injeções	1 = 76 - 100% 2 = 51 - 75% 3 = 20 - 50% 4 = 0 - 19%	4
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual medicamentos prescritos da RENAME	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual medicamentos prescritos pela denominação genérica	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4
Gestão	Percentual de profissionais farmacêuticos e dispensadores submetidos a educação continuada	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4
Gestão	Percentual de Farmácias das USF com POP atualizada	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4

Fonte: Elaboração própria sendo adaptada da matriz de julgamento de Figueiró e Cazarin (2008), desenvolvida para o Programa Nacional de Controle da Dengue

Para Alves *et al.* (2010: 98), “quando as partes interessadas articulam e negociam seus valores, estes se tornam os parâmetros ou padrões para que uma intervenção seja

considerada ‘bem sucedida’, ‘adequada’ ou ‘mal-sucedida’”. Cabe salientar que, neste estudo, foram adotados os padrões definidos pela OMS e por outros estudos para julgamento do valor atribuído, sendo possível observar em que estrato o indicador era classificado. Para que se procedesse com a avaliação final quanto ao grau de implementação encontrado, foi considerado o total de pontos do valor atribuído, dividido pela pontuação máxima, e o resultado foi multiplicado por 100. Assim, foi encontrado o resultado final, o qual foi utilizado para verificar em que intervalo ou estrato o resultado se enquadrava ou era classificado. Portanto, a escala de julgamento final tinha como estrato:

Intervalo	Julgamento
de 76% a 100%	Implementação satisfatória ou plena
de 51% a 75%	Implementação parcialmente adequada
de 26% a 50%	Implementação incipiente
de 0% a 25%	Implementação desfavorável ou crítica

Cabe assinalar que a matriz de julgamento completa, com o cálculo do grau de implementação da AF municipal, pode ser observada no Quadro 10.

5.3.2.6 Análise dos Dados

Os dados quantitativos da amostra estudada foram organizados em Tabelas e Figuras, onde estão descritos os indicadores selecionados com os resultados da análise das frequências das respostas para cada indicador, coletados no nível dos serviços. Foram observados os seguintes componentes: Seleção, Programação e Aquisição; Armazenamento e Distribuição; Controle de Dispensação e Orientação; e Gestão, e estes foram agrupados de forma a possibilitar a avaliação dos serviços e observar o grau de implementação da AF municipal, assim como a facilitar a visualização dos resultados obtidos.

Desse modo, para obtenção dos resultados, foram seguidas as orientações impressas como ‘Notas’ no final de cada FP, para realização dos cálculos de cada indicador, as quais foram desenvolvidas pela OMS (WHO, 2007), como pode ser observado de forma detalhada no Anexo 13. Posteriormente, foi utilizada a matriz de julgamento, para levar a efeito a realização das análises referentes a cada indicador, as quais foram apresentadas no Quadro 7. Ressaltamos que a análise desses indicadores se deu através de padrões de desempenho referenciados pela OMS (WHO, 2006) e (WHO, 2007), assim como por padrões de alguns outros estudos que utilizaram os mesmos indicadores.

Cabe assinalar que para alguns indicadores foram utilizadas outras fontes de dados adicionais, para possibilitar comparações entre dados nacionais e dados internacionais, como forma de se obter uma análise mais acurada do resultado do indicador estudado, bem como para situar os referidos indicadores diante de outros parâmetros comparativos, referenciados pela OMS.

Nesse sentido, para operacionalizar a análise dos dados referente ao indicador “Diferença média percentual de preço de compra de medicamentos no setor público”, foram coletados os dados a nível local na GEMAF e, para se fazer a comparação com os valores encontrados na SMS-JP, foram utilizados os valores constantes do International Drug Indicator Guide, obtidos através da internet (WHO, 2012).

Como é sabido, o preço médio pode trazer distorções (média é a soma de todos os preços, dividido pelo número de preços), uma vez que alguns preços altos têm forte influência sobre o resultado da média. Conseqüentemente, a média encontrada pode não ser representativa da maioria dos preços. Desse modo, para se evitar esse risco, optou-se pela utilização do preço mediano, por oferecer uma melhor representação do valor do ponto médio da distribuição de preços. Assim, a magnitude das variações de preço observadas é apresentada como o intervalo interquartil. O quartil é um percentil que divide a distribuição em quatro partes iguais, observando o intervalo entre 25 e 75, sendo este o intervalo interquartil, ou seja, seguindo uma série de números que se encontram em ordem ascendente. Logo, o valor mediano é o valor que ocupa o lugar central de uma distribuição. Esse método é considerado mais apropriado para avaliar preços atuais ou futuros de medicamentos, havendo uma distribuição desigual (WHO, 2006) Fact Book.

Portanto, foi utilizado o Median Price Ratio (MPR), que é uma expressão da quantidade maior ou menor do preço do medicamento praticado localmente, em relação ao preço internacional de referência. Assim, por exemplo, um MPR 2 significa que o preço local do medicamento é o dobro do valor de referência internacional. Os preços dos medicamentos encontrados não são expressos em termos monetários, e sim como proporções em relação a um conjunto padrão de preços internacionais de referência, facilitando-se, desse modo, a comparação de preços de medicamentos entre os países (WHO; HAI, 2008: 101). O cálculo do MPR foi obtido pela divisão do preço de aquisição do medicamento pela SMS-JP convertido para o dólar americano e o preço mediano internacional do medicamento em dólar americano permitindo fazer uma comparação entre os dois preços.

Dessa forma, com a obtenção do MPR, foram procedidas às avaliações referentes aos preços de compra dos medicamentos chave adquiridos pela SMS de João Pessoa-PB.

Quanto ao indicador “Preço do tratamento de adultos e crianças menores de cinco anos de idade para o setor público”, tendo como referência as doenças traçadoras (Pneumonia Moderada, Hipertensão Moderada e Asma Moderada), foram coletados os preços pelos quais os medicamentos foram adquiridos pela SMS de João Pessoa-PB e, posteriormente, através da lista do Portal da Anvisa, foram obtidos, para cada medicamento chave, os respectivos medicamentos de referência (que são aqueles considerados originais, inovadores, que possuem marca registrada, de qualidade, eficácia e segurança comprovados cientificamente) e genéricos (que são aqueles que possuem o mesmo princípio ativo, forma farmacêutica, dosagem e indicação que o medicamento original, de marca, cuja patente já expirou). Em ato contínuo, foi realizada pesquisa de preço para cada produto, através da internet e por contato telefônico com farmácias privadas, como forma de checagem quanto aos preços obtidos por via magnética.

Assim, com os valores coletados, foi possível realizar uma análise comparativa dos custos dos tratamentos para cada doença traçadora, tendo-se por base os custos para o setor público e quanto custaria esse tratamento com os medicamentos de referência ou genéricos, se o paciente necessitasse adquiri-los numa farmácia privada. Cabe assinalar que também foi realizado cálculo do valor dos referidos tratamentos em termos de dia de trabalho remunerado com salário mínimo, para averiguar quanto o custo desses tratamentos representava em dias de trabalho de um trabalhador que recebesse um salário mínimo.

5.3.3 Abordagem Qualitativa

Os dados qualitativos da pesquisa foram obtidos por meio de 22 entrevistas com a aplicação de roteiros semi-estruturados, tendo como público-alvo gestores, farmacêuticos, médicos e entregadores de medicamentos. Optou-se pela utilização do Método de Análise de Conteúdo, de Bardin (BARDIN, 2011), para viabilizar a análise dos dados coletados, assim como foi selecionado o Modelo de Ambiguidade – Conflito, de Richard Matland (MATLAND, 1995), para análise dos resultados encontrados. Esse modelo, como já mencionado anteriormente, propõe-se a superar a dicotomia presente em abordagens bottom up e top down, a partir de variáveis (ambiguidade e conflito) cruzadas com as dimensões baixo (b) e alto (a) que, ao seu ver, são capazes de abranger um amplo leque de situações presentes em processos de implementação de políticas.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados de forma intencional e não probabilística, objetivando que a amostra fosse constituída por profissionais de diferentes níveis de atuação que estivessem diretamente envolvidos com a assistência farmacêutica básica do município, de modo a garantir que as vozes desses seguimentos fossem ouvidas. Assim sendo, a amostra para o estudo encontra-se apresentada no Quadro 8, totalizando 22 profissionais entrevistados.

Quadro 8: Sujeitos selecionados para pesquisa

Ator	Papel esperado na AF	Quant
Diretor de Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> – Analisar os problemas que impedem a integralidade dos atos de saúde; – Planejar ações que possibilitem vínculo, acolhimento, responsabilização e transparência com os usuários do SUS, no município. 	1
Gerente de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (GEMAF)	– Responsável pelo desenvolvimento de ações voltadas para a Política de Assistência Farmacêutica; responde por toda a área da AF do município: seleção, padronização, planejamento, aquisição, armazenamento, controle e distribuição dos medicamentos, bem como de todos os insumos farmacêuticos, garantindo a qualidade dos produtos e serviços.	1
Chefe da Seção de Atenção Básica (GEMAF)	– Responsável pela seleção, padronização, planejamento, aquisição, armazenamento, controle e distribuição dos medicamentos, garantindo a qualidade dos produtos para os Serviços de Atenção Básica, bem como todas as atividades diretamente relacionadas à área.	1
Chefe da Seção de Fitoterápico (GEMAF)	– Responsável pelo planejamento, seleção, padronização, aquisição, armazenamento, controle e distribuição de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, bem como todas as atividades diretamente relacionadas à área.	1
Farmacêuticos responsáveis pelas Farmácias de cada Distrito Sanitário.	– Responsável pelo planejamento, organização, armazenamento, controle e distribuição dos medicamentos para as USF; dispensação dos medicamentos, com orientação e atuação quanto ao uso racional de medicamentos a nível distrital.	5
Médico de Unidade de Saúde	– Responsável pela atenção integral através de ações interdisciplinares para promoção, prevenção e recuperação da saúde do cidadão.	5
Dispensador/Entregador	– Realiza a dispensação/entrega dos medicamentos aos usuários nas USF.	5
Farmacêutico de NASF	– Desenvolve ações de cunho técnico-administrativo nas USF, fazendo gestão junto ao DS das necessidades e providências para cada unidade; promove ações junto à Farmácia das USF.	3
Total		22

Fonte: Elaboração própria, com as informações do Plano Municipal de Saúde (Dados da Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB, 2011)

5.3.3.1 Técnica de Coleta de Dados

A técnica escolhida foi a entrevista por meio de roteiro com perguntas semi-estruturadas, para a obtenção de informações, a partir de uma interlocução centrada em um

determinado tema ou problema, técnica essa considerada fundamental dentro do contexto das pesquisas sociais (MARCONI; LAKATOS, 2006; RODRIGUES, 2006).

Nesse sentido, foram desenvolvidos dois roteiros fundamentados nos propósitos da pesquisa, no modelo lógico apresentado e nos indicadores selecionados na abordagem quantitativa. Um roteiro foi mais direcionado aos gestores, totalizando 18 questões (Apêndice DE), e o outro contemplou questões mais voltadas à prática dos serviços que envolvem a AF, totalizando 17 questões (Apêndice F). Cabe frisar que a utilização do roteiro contribuiu para evitar divagações sobre o assunto abordado, deixando, contudo, os entrevistados livres para abordar o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010).

As questões contidas nos roteiros visaram obter informações referentes à Política de Assistência Farmacêutica implementada no município de João Pessoa; à lógica e à logística do Ciclo dessa política; à percepção dos atores quanto ao tipo de AF prestada à população; aos avanços, aos desafios e às dificuldades percebidas, objetivando operacionalizar a abordagem empírica sob essa ótica e possibilitar emergirem as categorias e os significados relativos à realidade em estudo.

5.3.3.2 Coleta de Dados

Para viabilizar as entrevistas, os 22 atores selecionados foram contatados por telefone e, após uma breve descrição do estudo e seus objetivos, foram convidados a participar da pesquisa. As entrevistas foram agendadas de acordo com a data e horário de conveniência de cada um, em seu ambiente de trabalho e executadas pela pesquisadora responsável. O período da coleta de dados deu-se a partir do dia 23 de fevereiro, sendo concluído no dia 21 de maio de 2012. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a gravação dos depoimentos concedidos. Assim, as entrevistas foram gravadas em MP3, com duração média de cerca de 40 minutos para cada depoimento, totalizando 856 minutos, ou seja, 14h26min (quatorze horas e vinte e seis minutos) de conversas com os atores envolvidos. Cabe assinalar que algumas entrevistas foram remarçadas, devido a imprevistos ocorridos com a agenda dos entrevistados, o que comprometeu o planejamento inicial de tempo para esta etapa.

Inicialmente, pretendia-se, além das informações obtidas por meio de entrevistas, o acesso às Atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) para análise complementar aos depoimentos concedidos. Entretanto, de posse das Atas desse fórum do

ano de 2011, ficou evidenciado que a temática Assistência Farmacêutica não integrou a pauta das reuniões ordinárias, impossibilitando, portanto qualquer análise nesse sentido.

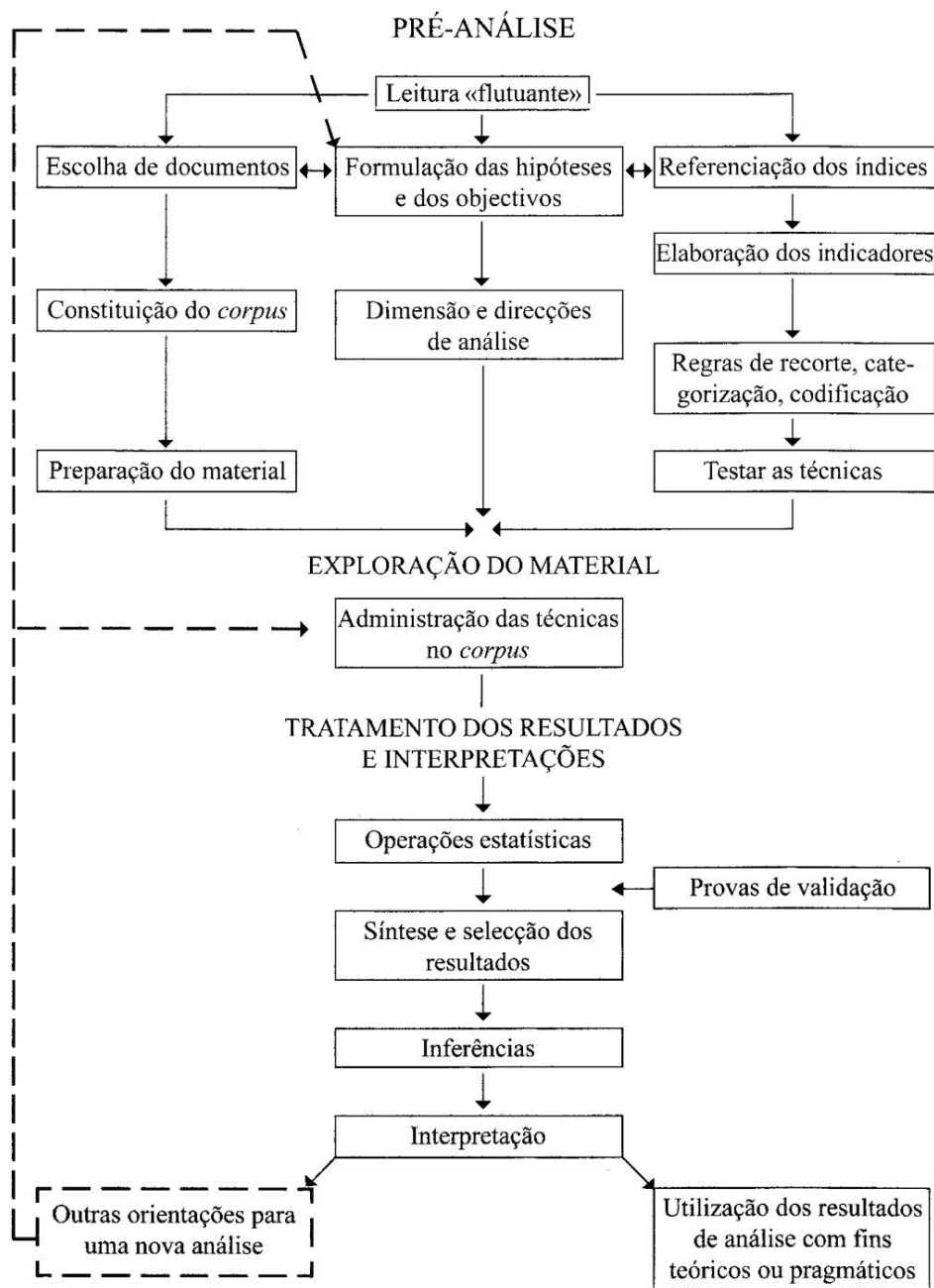
5.3.3.3 *Técnica de Análise dos Dados*

Para a análise dos depoimentos, foram utilizados elementos da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), a qual é bastante consolidada nas pesquisas qualitativas por dispor de um conjunto de técnicas específicas para compreensão e descrição do conteúdo manifesto das comunicações, objetivando a interpretação das mesmas com o máximo de rigor e cientificidade. Bardin (2011: 44) define análise de conteúdo como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. [...] é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Organizada em torno de três polos - 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação - a análise de conteúdo permite que o analista, de posse de resultados fidedignos, apresente algumas inferências e interpretações acerca dos objetivos previstos, seja com fins teóricos ou pragmáticos, ou proponha outras orientações relacionadas a descobertas inesperadas. Com o objetivo de clarificar as etapas que envolvem a análise de conteúdo, segue modelo esquematizado na Figura 4.

Figura 4: Apresenta as diferentes fases da Análise de Conteúdo



Fonte: Bardin (2011: 132)

1. A *pré-análise* – é a fase de se organizar o material, objetivando operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais para o desenvolvimento de um plano de análise. E, nesse momento, onde são escolhidos os documentos a analisar, são formuladas as hipóteses ou questões norteadoras e os objetivos. É nessa fase também que se procede a leitura flutuante, a qual consiste em estabelecer contato com o material para conhecer o seu conteúdo, bem como a elaboração dos indicadores que fundamentem a interpretação final;

2. *A exploração do material* – consiste na concretização das decisões tomadas na pré-análise, momento em que se procede a codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades. É a aplicação das técnicas no corpus;
3. *O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação* – fase em que os resultados brutos são tratados de forma que possam ser significativos e válidos. Consiste em desvendar o que os sujeitos querem dizer, em profundidade, com certas afirmações, aparentemente superficiais, buscando proposições que expliquem a realidade. Dessa forma, procede-se com as inferências e as interpretações acerca das falas dos sujeitos, na busca da construção de conhecimento científico sobre o fenômeno pesquisado, com fins teóricos ou pragmáticos (BARDIN, 2011).

Assim, com base nas etapas esquematizadas por Bardin, o primeiro passo ao se concluir a coleta de dados foi transcrever todas as entrevistas para constituição do corpus, sendo retirados do documento escrito os nomes citados nos depoimentos, assim como os nomes dos atores entrevistados, para preservar o anonimato dos participantes. Nesse sentido, optou-se pela utilização da seguinte codificação:

- os nomes citados pelos depoentes nas entrevistas foram substituídos por “João no caso masculino e Maria no caso feminino”; e
- os nomes dos sujeitos entrevistados foram substituídos pelas letras do alfabeto para as 22 entrevistas: Depoente (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V).

Como passo seguinte, foi realizada a chamada leitura “flutuante”, que “consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 2011: 126).

Sequencialmente, foram retomadas as bases teóricas, as questões norteadoras e os objetivos iniciais para o embasamento, e as perspectivas significativas para a investigação. Assim, para alcançar de forma mais precisa os significados manifestos e latentes suscitados pelos sujeitos, optou-se por utilizar a análise temática de conteúdo, visto que, segundo Bardin, esta “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença e frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto

analítico escolhido” (BARDIN, 2011: 35). Cabe assinalar que também teve influência no processo decisório a contribuição de Minayo, ao afirmar que, entre as várias modalidades de análise de conteúdo, a análise temática é “a mais simples e considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde” (MINAYO, 2010: 309). Assim sendo, escolheu-se proceder uma análise de conteúdo temática, por meio de categorização.

A etapa de exploração do material, tal como descrito por Bardin (2011) como sendo a administração sistemática das decisões tomadas, ou seja, a transformação dos dados brutos em núcleos de compreensão do texto, se deu após sucessivas releituras dos depoimentos, em que foram identificados temas comuns que surgiram naturalmente no corpus, sendo possível elencar as categorias que emergiram dos discursos proferidos, nomeadas em cinco categorias de análise:

1. Contextualização da implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB;
2. Desenvolvimento do Ciclo da Assistência Farmacêutica local;
3. Meios para consecução da implementação da AF municipal (tecnologias, recursos humanos, financeiros e estruturais);
4. Percepções internas e externas sobre a política de AF; e o
5. Grau de integração entre as ações e sua articulação com a esfera decisória.

Após identificadas as categorias temáticas, foram realizados os reagrupamentos das falas dos sujeitos, buscando-se as relações com as referidas categorias, sendo, dessa forma, constituídos blocos de análise. Para Bardin, “categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 2011: 147).

Por fim, seguiu-se a terceira etapa da análise de conteúdo, que é o tratamento dos resultados, a apresentação de inferências e a interpretação dos resultados encontrados, mediante sustentação de literatura que versa sobre a temática, nos moldes do que recomendam Campos e Turato (2009), ou seja, dando-se voz aos dados através da atividade interpretativa, repousada sobre informações consolidadas na literatura.

O uso do modelo de ambiguidade-conflito de Matland (1995), a partir de suas variáveis centrais - ambiguidade e conflito - cruzadas às dimensões - alto (a) e baixo (b) - norteou a análise do processo de implementação. Os quatro tipos de implementação desenvolvidos pelo autor - Implementação Administrativa, Política, Experimental e Simbólica -, já descritos no capítulo anterior, balisaram esta etapa. A utilização de modelos como recurso para analisar a implementação de uma política de saúde requer a apresentação de justificativa e do alcance dessa ferramenta.

Modelos são entidades analíticas capazes, pela sua flexibilidade, de fornecer sentido a objetos de diferentes graus de generalidade e escopo (CARVALHO, 2006). Propõem também a existência de características semelhantes entre tais objetos e a vida real. Entre as possibilidades de sua utilização, podemos destacar a presença e a articulação de aspectos macro e micro institucionais no processo de desenvolvimento de políticas, sinalizando o grau de expressão que cada um desses fatores têm nas diferentes etapas da implementação. A sua capacidade explicativa apresenta, no entanto, alguns limites. Modelos são uma expressão idealizada que supostamente permitem uma melhor compreensão de situações da vida real, mesmo que tomadas de forma simplificada. Dessa forma, não podem ser tomados como representação fidedigna da realidade. Nesses termos, a própria dinâmica onde o fenômeno ocorre confere mudanças e rearranjos determinados por fatores endógenos ou externos, cujo dinamismo não pode ser apreendido por meio desta ferramenta, por mais genérica e atemporal que seja.

Cabe ressaltar que a identificação das dimensões e componentes utilizados na análise dos níveis de ambiguidade-conflito presentes na fase da implementação foi adaptada de Carvalho (2006), que empreendeu um estudo sobre o processo de implementação do Programa Saúde da Família em um município do Rio de Janeiro.

Quadro 9: Dimensões, componentes e atividades propostas para a análise da implementação da Assistência Farmacêutica no Município de João Pessoa-PB

Conceitos	Dimensões	Componentes	Método
Ambiguidade	de metas	Clareza quanto aos objetivos da AF pelos atores	Entrevista
	de meios	Influência de fatores locais (percepção de importância da AF, percepção de suficiência de recursos humanos, estruturais e financeiros)	Entrevista
Conflito	Relação entre os atores	Existência de relações entre os atores (reuniões formais, documentadas) Existência de conflitos e mecanismos de superação	Entrevista
	Incompatibilidade de objetivos	Não concordância quanto aos objetivos/meios	Entrevista
		Apoio político	Entrevista + total de atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) que discutiram a AF (descrever temas discutidos)

Fonte: Elaboração própria baseada no Modelo de Matland (1995) adaptado por Carvalho (2006)

Portanto, buscou-se a articulação da visão dos sujeitos envolvidos no processo de implementação da AF, à luz do modelo de Matland, na perspectiva de explicar os prováveis tipos de implementação, com suas matizes e possíveis imbricações.

Portanto, cabe assinalar que, seguindo os preceitos da literatura consultada, procedemos à integração dos resultados obtidos em ambas as abordagens, no capítulo de discussão e interpretação dos resultados.

5.3.3.4 Considerações Éticas

Para a realização da presente pesquisa foram seguidos os componentes éticos definidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece diretrizes e normas éticas para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), unidade de ensino e pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sendo aprovado, conforme Protocolo de Pesquisa CEP/ENSP – Nº 265/11 e CAAE: 0282.0.031.000-11, (Anexo 2).

Portanto, de posse da aprovação emitida pelo CEP/ENSP, foi dado início à coleta de dados, a qual ocorreu mediante anuência prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos sujeitos que concordaram em participar da

pesquisa, assim como os que participaram das entrevistas autorizaram também as gravações dos depoimentos concedidos respectivamente (Apêndice G, Apêndice H e Apêndice I).

5.3.3.5 Limitações do Estudo

Podem ser apontados como principais limites para este estudo: a ocorrência de perdas em consequência da falta eventual de informações completas (FP4 e FP9), necessárias para a medida dos indicadores selecionados; a não obtenção de algumas informações que foram solicitadas à SMS, para um maior detalhamento de alguns pontos quanto aos recursos humanos e financeiros; e, por fim, o desafio de harmonizar o olhar sobre as duas abordagens metodológicas, quantitativa e qualitativa, observando-se, através da triangulação, a convergência de dados, durante o processo de interpretação dos resultados, e analisá-los à luz do modelo ambiguidade e conflito desenvolvido por Matland (1995) - um verdadeiro desafio, pela complexidade e volume de informações do estudo.

6 Resultados

A coleta de dados foi realizada em 32 farmácias ambulatoriais, das 33 planejadas ao início do estudo. Foram efetivadas 937 entrevistas, das 990 previstas, com os usuários desses serviços, e foram analisadas 960 prescrições médicas. Foram também coletados os dados das cinco Farmácias/CAF Distritais, da GEMAF, da CAF Municipal, e foram realizadas 22 entrevistas, das 23 previstas, em profundidade com os atores chave selecionados – gestores, farmacêuticos, médicos e entregadores de medicamentos.

Houve a perda de uma das USF do Distrito Sanitário II, em virtude da mesma se encontrar em reforma no período da visita, e foram infrutíferas as várias tentativas por parte da pesquisadora principal junto ao referido Distrito para obter a indicação de outra unidade em substituição. Conseqüentemente, houve repercussão em perdas das observações previstas para a unidade, incluindo a entrevista de saída com os usuários. Adicionalmente, cabe registrar que, em três unidades incluídas no estudo, o atendimento médico foi inferior a 30 (23, 24 e 20) pacientes no dia da visita, assim totalizando 937 entrevistas com os pacientes. A perda de uma das entrevistas em profundidade com um dos atores selecionados se deu em virtude da não disponibilidade de tempo na agenda da Secretária de Saúde do Município, apesar de mais de um mês de tentativas por parte da pesquisadora.

6.1 Sobre o funcionamento da assistência farmacêutica em João Pessoa – olhando a implantação

Em relação ao trabalho de campo, foram encontradas algumas dificuldades no nível central para o acesso a documentos referentes à Assistência Farmacêutica. Supõe-se que tal fato se deu, a princípio, por se tratar de período que antecedeu a eleição municipal. Foram também encontradas algumas dificuldades quanto à disponibilidade das fontes de observação nas unidades visitadas, o que inviabilizou a obtenção dos dados referentes ao Formulário de Pesquisa 4 (FP4), devido à inexistência de registros de procedimento de controle e gestão diários de estoque quanto à movimentação das entradas e saídas dos medicamentos - tanto nas USF como na CAF não havia um histórico desses registros, relativo no mínimo a seis meses. Conseqüentemente, não foi possível verificar o indicador “tempo médio de desabastecimento”.

Também foi impossível a obtenção dos dados completos referentes ao FP9, em virtude da dificuldade em relacionar os atendimentos ambulatoriais com os prontuários médicos para as patologias selecionadas como traçadoras. Houve locais, por exemplo, onde foram encontradas algumas informações nos AVEIANM (Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Atos Não Médicos). Então, buscou-se completar tais informações nos prontuários. Porém, não estavam registrados, nos mesmos, os diagnósticos e/ou as condutas terapêuticas tomadas, ou não se encontravam os prontuários, devido a mudanças de ACS (Agente Comunitário de Saúde) para outras unidades e/ou mudança do paciente para outra área/território, casos em que seu prontuário tinha sido enviado para a área de cobertura de seu novo domicílio. Desse modo, não foi possível a verificação do indicador “percentual de casos traçadores conforme protocolo/guia de tratamento recomendado”, apesar da colaboração, em algumas unidades, dos profissionais (médicos, enfermeiras, apoiadores e ACSs) e dos vários retornos da equipe de pesquisadores às mesmas unidades de saúde para obter tais informações. Portanto, devido às dificuldades apontadas, o prazo inicialmente previsto para a coleta de dados foi prolongado.

6.1.1 Seleção, Programação e Aquisição

Na Tabela 1, são apresentados os resultados obtidos, quanto aos indicadores dos componentes ‘Seleção’, ‘Programação’ e ‘Aquisição’.

Tabela 1: Indicadores, unidades de observação, valor médio observado e pontuação obtida para os componentes seleção, programação e aquisição de medicamentos, João Pessoa-PB, 2012

Componentes	Aspecto	Indicador	Unidades de observação	Pontuação alcançada	Valor Médio observado
Seleção	Produto	Existência de Lista Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)	GEMAF	1	-
Seleção	Processo	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) / número de reuniões em 2011	GEMAF	1	-
Seleção	Produto	Percentual de unidades com disponibilidade da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	USF	4	78%
Seleção	Produto	Disponibilidade de pelo menos um dos protocolos terapêuticos nas USF	USF	4	94%

Componentes	Aspecto	Indicador	Unidades de observação	Pontuação alcançada	Valor Médio observado
Seleção	Produto	Disponibilidade de ambos protocolos terapêuticos (TB e DM) nas USF	USF	2	31%
Programação / Aquisição	Processo	MPR (Median Price Ratio) dos preços de compra de medicamentos praticados pela SMS-JP	GEMAF	1	4,066

Fonte: Elaboração própria

Com relação ao componente ‘Seleção de medicamentos’, verificou-se que a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa não dispunha de uma relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME). Contava apenas com uma lista de medicamentos padronizados, cuja elaboração teve como parâmetro o consumo de medicamentos, e essa lista era utilizada como guia norteador para os processos de aquisição e distribuição de medicamentos. Foi constatado, igualmente, que o município ainda não havia constituído uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), órgão assessor, formado por membros da equipe de saúde, com o papel de fio condutor entre as áreas clínica, técnica e administrativa, para instituir a política de medicamentos municipal, constando, obrigatoriamente, o farmacêutico de sua composição.

Considerando o indicador “percentual de unidades com disponibilidade da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)”, foi evidenciado que em 78% das USF havia a disponibilidade da RENAME como fonte de informação terapêutica e consulta pelos prescritores.

Quanto ao indicador “disponibilidade de pelo menos um dos protocolos terapêuticos nas USF”, foi observado que em 94% das USF havia ou o protocolo de TB ou o de DM à disposição dos prescritores; porém, em apenas 31% das USF foi constatada a existência de ambos. Cabe relatar que ambos os documentos foram elaborados a nível federal, visto que a SMS não contava com protocolos produzidos localmente. Ressaltamos que o protocolo mais encontrado foi o protocolo de tuberculose (26 USF – 81,3%), tendo sido mais comumente localizado junto ao pessoal de enfermagem da unidade. Esse mesmo protocolo só foi encontrado em 16 consultórios médicos, ou seja, em 50% dos consultórios das USF visitadas.

Quanto ao componente ‘Programação de medicamentos’, foi verificado, junto à GEMAF, que este processo era realizado de forma ascendente, levando-se em

consideração o estoque disponível na CAF, e que cada farmacêutico dos cinco Distritos Sanitários enviava a informação de consumo mensal e média de consumo anual, sendo possível a solicitação de inclusão ou de exclusão de medicamentos para compra, desde que devidamente justificadas. Posteriormente, a GEMAF consolidava a programação de forma a atender as demandas de todos os serviços, acrescida de 20%, a título de margem de segurança. Em seguida, tomavam-se as devidas providências para a aquisição dos referidos medicamentos.

Quanto ao componente ‘Aquisição de medicamentos’, foi relatado pela gerente da GEMAF que essa aquisição era realizada por meio de licitação, conforme legislação vigente (Lei nº 8.666/93), através da Comissão de Licitação da SMS-JP, e que, na maioria das vezes, a referida comissão fazia a opção pela modalidade de Registro de Preço, por suas vantagens, especialmente em se tratando de medicamentos. Outra modalidade de licitação também bastante utilizada pela comissão para aquisição de medicamentos era o Pregão Eletrônico Presencial.

Assim, após toda a tramitação legal do processo de concorrência, a Comissão de Licitação encaminhava os referidos processos à GEMAF, para emissão do parecer técnico dos produtos. Geralmente, eram sugeridos três fornecedores com os menores preços, e os farmacêuticos da GEMAF analisavam as propostas desses fornecedores, assim como os documentos de cunho técnico exigidos no edital para aquisição de medicamentos: Certificado de Análise de Produto/Laudo de Controle de Qualidade, Certificado de Boas Práticas de Fabricação, a Licença Sanitária e a Licença de Funcionamento de Empresa (certificado pela ANVISA), para cada produto. Caso o Certificado de Boas Práticas de Fabricação fosse do País de origem do produto, esse deveria ser traduzido por tradutor juramentado.

Quanto ao indicador “MPR (Median Price Ratio) dos preços de compra de medicamentos praticados pela SMS-JP”, foi encontrada a média de 4,066 (DP = 6,729), indicando a magnitude média em que os preços de compra obtidos pela SMS-JP é maior que os preços de referência internacional. No entanto, ao verificar o MPR individual para os medicamentos chave, observa-se que este é menor que 1 para 09 itens e maior que 1 também para 09 itens, variando no geral de 0,167 a 27,321 (Tabela 2). Conforme melhor explicado no capítulo de metodologia, o valor menor que a unidade indica quanto o preço obtido é menor que o de referência internacional, sugerindo, portanto um bom processo de compra para esses itens neste quesito, enquanto a situação contrária indica que estão sendo

obtidos medicamentos com preços potencialmente mais caros que os de referência internacional.

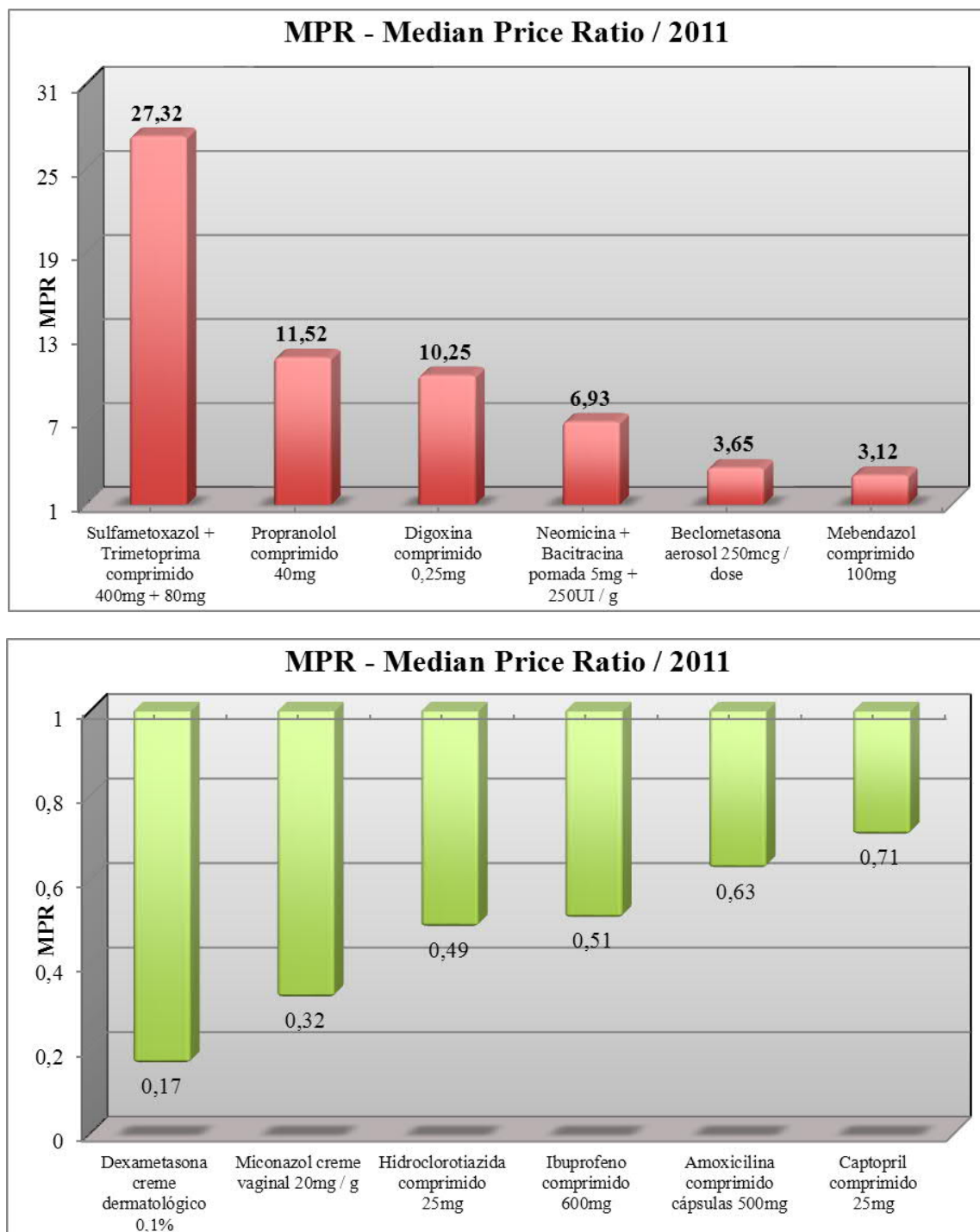
Tabela 2: Preços dos medicamentos adquiridos pela SMS-JP, preços constantes do International Drug Indicator Guide (WHO, 2012) e o resultado do MPR, João Pessoa-PB, 2012

Produto	Aquisição SMS-JP		MSH/WHO International Drug Price – 2011 US\$	MPR - Median Price Ratio / 2011 ratio
	R\$	US\$		
Amoxicilina comprimido cápsulas 500mg	0,04	0,02	0,04	0,628
Amoxicilina suspensão oral 250mg / 5ml	0,96	0,56	0,41	1,382
Beclometasona aerosol 250mcg / dose	21,10	12,39	3,40	3,645
Captopril comprimido 25mg	0,02	0,01	0,02	0,708
Dexametasona creme dermatológico 0,1%	0,87	0,51	3,07	0,167
Digoxina comprimido 0,25mg	0,30	0,18	0,02	10,245
Glibenclamida comprimido 5mg	0,01	0,01	0,01	0,827
Hidroclorotiazida comprimido 25mg	0,01	0,01	0,01	0,490
Ibuprofeno comprimido 600mg	0,05	0,03	0,06	0,511
Mebendazol comprimido 100mg	0,03	0,02	0,01	3,121
Miconazol creme vaginal 20mg / g	0,30	0,18	0,55	0,323
Neomicina + Bacitracina pomada 5mg + 250UI / g	4,25	2,50	0,36	6,935
Paracetamol comprimido 500mg	0,02	0,01	0,01	1,753
Propranolol comprimido 40mg	0,20	0,12	0,01	11,518
Ranitidina comprimido 150mg	0,03	0,02	0,02	0,979
Sulfametoxazol + Trimetoprima comprimido 400mg + 80mg	0,60	0,35	0,01	27,321
Contraceptivo oral (qq Estrógeno + Progestógeno)	0,55	0,32	0,40	0,806
Preservativo masculino	0,41	0,24	0,13	1,834
Média				4,066

Fonte: Elaboração própria com os dados coletados na GEMAF e no International Drug Price Indicator Guide. Valor do US\$ = 1,7024

A Figura 5 apresenta os seis medicamentos adquiridos pela SMS-JP que tiveram os mais altos valores do MPR, e os seis que tiveram os mais baixos.

Figura 5: Resultado do MPR das seis piores e seis melhores aquisições de medicamentos chave realizada pela SMS-JP, João Pessoa-PB, 2012



Fonte: Elaboração própria

A mensuração do valor dos medicamentos para tratar as doenças traçadoras (Pneumonia, Hipertensão e Asma), considerando-se a aquisição através do serviço público ou através de farmácias comerciais, mostrou que, com exceção do Propranolol e do Salbutamol, a SMS-JP adquiriu os demais medicamentos a preços bem menores que os praticados nas farmácias privadas, tanto em relação aos medicamentos genéricos, quanto

aos medicamentos de referência (medicamento inovador). Entretanto, quando analisados os valores dos tratamentos para cada doença traçadora, pode-se observar que este só foi menor para ambas as opções - medicamentos genéricos e medicamentos de referência - no caso da Pneumonia em adultos e crianças menores que cinco anos. Portanto, para os tratamentos de Hipertensão e Asma, o valor obtido pela SMS-JP foi mais elevado que os valores de mercado com genéricos (Tabela 3).

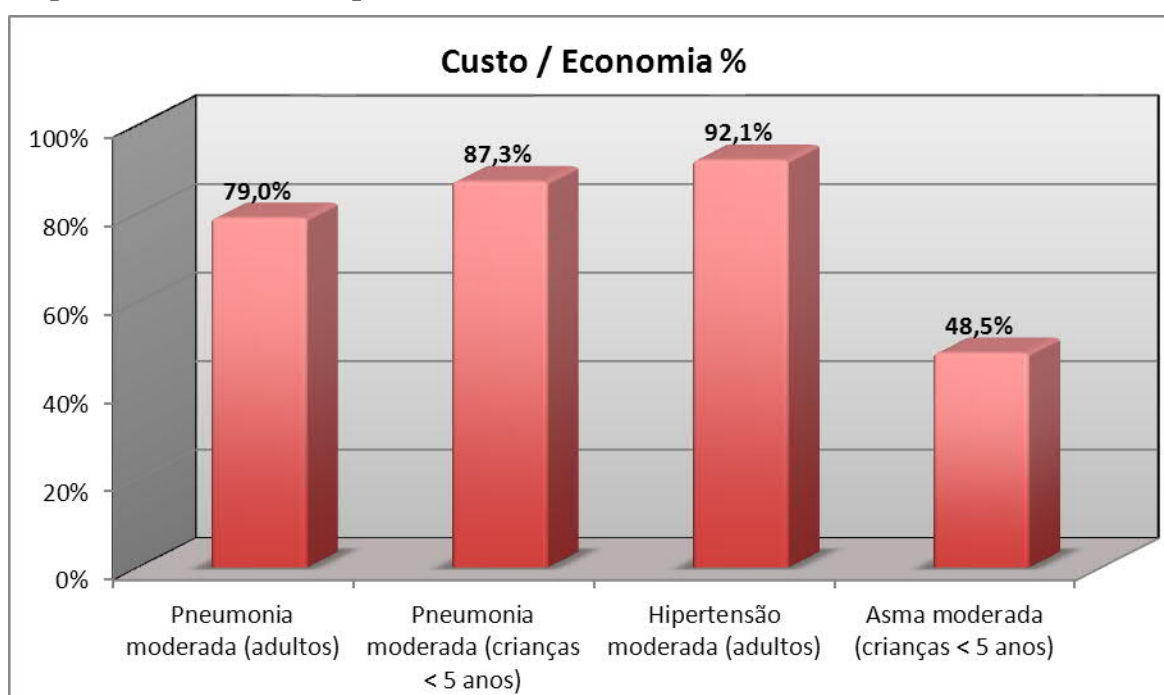
Tabela 3: Valores dos tratamentos para as doenças traçadoras (Pneumonia, Hipertensão e asma), considerando a aquisição pelo serviço público ou farmácias privadas e a comparação de custos desses tratamentos, João Pessoa-PB, 2012

Tratamento	Medicamento / DCI e Forma farmacêutica de apresentação	Número de unidades necessárias para o tratamento completo	Custo total do tratamento		
			Aquisição SMS-JP	Genérico Preço	Referência Preço
			R\$	R\$	R\$
Pneumonia moderada (adultos) 1 cáps, 8/8h, 10d	Amoxicilina 500mg	30 caps.	1,20	12,12	
	Amoxil 500mg				57,78
	Total		1,20	12,12	57,78
Pneumonia moderada (crianças < 5 anos) 5ml, 8/8h, 10d	Amoxicilina suspensão oral 250mg/5ml	150ml	2,88	5,00	
	Amoxil suspensão oral 250mg/5ml				39,32
	Total		2,88	5,00	39,32
Hipertensão moderada (adultos) 100mcg/dose, 6/6h	Hidroclorotiazida 25mg	30 comp.	0,33	1,22	
	Clorana 25mg				5,87
	Propranolol 40mg	90 comp.	18,00	4,56	
	Inderal 40mg				23,30
	Captopril 25mg	60 comp.	1,20	2,98	
	Capoten 25mg				82,14
Total		19,53	8,76	111,31	
Asma moderada (crianças < 5 anos) 250mcg/dose, 12/12h	Salbutamol aerosol 100mcg/dose	200 dose	38,54	12,19	
	Aerolin aerosol 100mcg/dose				36,28
	Beclometasona aerosol 250mcg/dose	200 dose	21,10	32,36	
	Clenil aerosol 250mcg/dose				50,27
Total		59,64	44,55	86,55	

Fonte: Elaboração própria com a utilização dos dados acessados: Medicamentos de Referência http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7b8223004db4095facf9bcd6059e5711/Lista+A+Isolados_05_12.pdf?MOD=AJPERES – Preço dos Medicamentos <http://consultaremedios.com.br/medicamento>

Desse modo, quando se procedeu à comparação dos custos dos tratamentos para as doenças traçadoras com relação aos medicamentos genéricos e os de referência, observaram-se diferenças significativas quanto ao potencial de economia possível na aquisição desses tratamentos, que variou de 48,5%, para o tratamento de asma, até 92,1%, para o tratamento da Hipertensão. (Figura 6).

Figura 6: Percentual de economia obtida, quando comparados os valores dos tratamentos para as doenças traçadoras (Pneumonia, Hipertensão e asma) com os custos dos medicamentos genéricos e os custos dos medicamentos de referência, adquiridos em farmácias privadas, João Pessoa-PB, 2012



Fonte: Elaboração própria

O valor do tratamento é também apresentado, conforme metodologia da OMS, em termos de dia de trabalho remunerado com salário mínimo (Tabela 4).

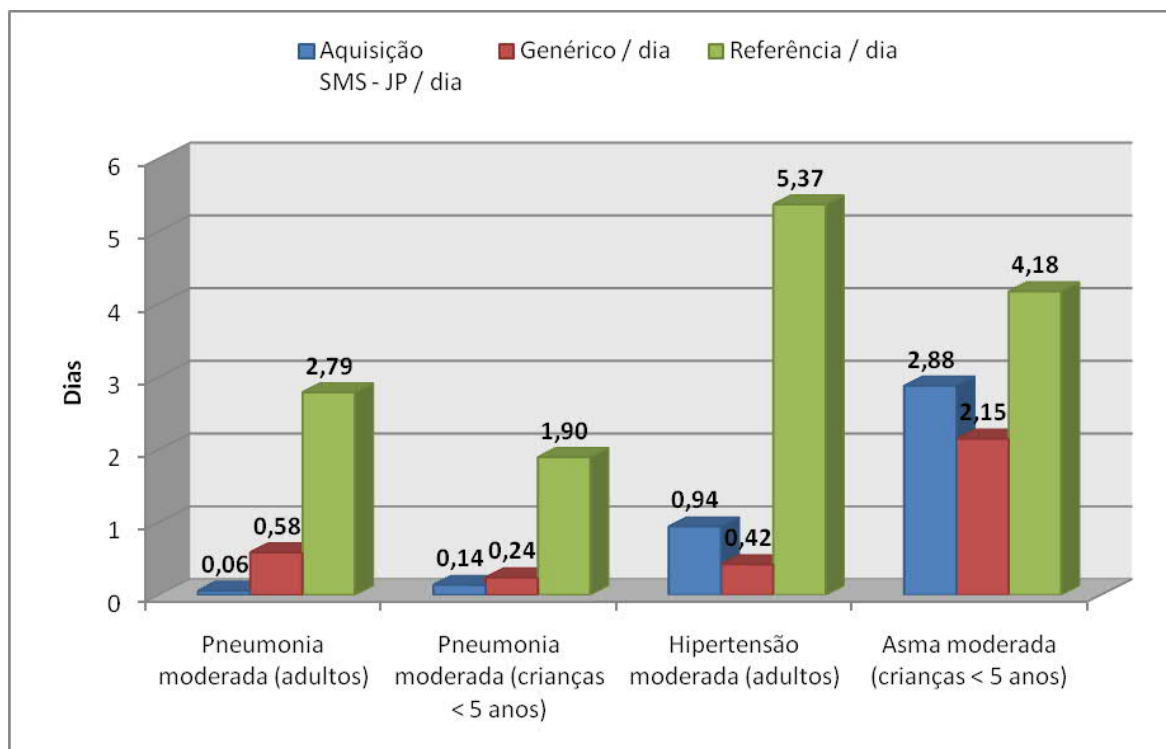
Tabela 4: Dias de trabalho necessários para custear os tratamentos das doenças traçadoras (Pneumonia, Hipertensão e asma), tendo como referência o salário mínimo, João Pessoa-PB, 2012

Tratamento	Medicamento / DCI e Forma farmacêutica de apresentação	Número de unidades necessárias para o tratamento completo	Número equivalente de dias de salário para custear o tratamento		
			Aquisição SMS-JP	Genérico	Referência
			dia	dia	Dia
Pneumonia moderada (adultos) 1 cáps, 8 / 8h, 10d	Amoxicilina 500mg	30 caps.	0,06	0,58	
	Amoxil 500mg				2,79
	Total		0,06	0,58	2,79
Pneumonia moderada (crianças < 5 anos) 5ml, 8 / 8h, 10d	Amoxicilina suspensão oral 250mg/5ml	150ml	0,14	0,24	
	Amoxil suspensão oral 250mg/5ml				1,90
	Total		0,14	0,24	1,90
Hipertensão moderada (adultos) 100mcg / dose, 6 / 6h	Hidroclorotiazida 25mg	30 comp.	0,02	0,06	
	Clorana 25mg				0,28
	Propranolol 40mg	90 comp.	0,87	0,22	
	Inderal 40mg				1,12
	Captopril 25mg	60 comp.	0,06	0,14	
	Capoten 25mg				3,96
Total		0,94	0,42	5,37	
Asma moderada (crianças < 5 anos) 250mcg / dose, 12 / 12h	Salbutamol aerosol 100mcg/dose	200 dose	1,86	0,59	
	Aerolin aerosol 100mcg/dose				1,75
	Beclometasona aerosol 250mcg/dose	200 dose	1,02	1,56	
	Clenil aerosol 250mcg/dose				2,42
Total		2,88	2,15	4,18	

Fonte: Elaboração própria, com base no salário mínimo vigente à época: R\$ 622,00 e valor por dia de trabalho de R\$ 20,73

Observou-se que o custo para o tratamento em dias de trabalho remunerados, ao salário mínimo da época, representou 5,37 dias, 4,18 dias, 2,79 dias e 1,90 dias, respectivamente, para Hipertensão moderada em adultos, Asma moderada em crianças menores de cinco anos, Pneumonia moderada em adultos e Pneumonia moderada em crianças menores de cinco anos. Portanto, caso os usuários não recebam esses tratamentos do SUS e necessitem adquiri-los em farmácias comerciais, o custo dos tratamentos com medicamentos de referência, poderão assumir grande peso no orçamento familiar (Figura 7).

Figura 7: Dias de trabalho necessários para custear os tratamentos de Pneumonia, Hipertensão e asma, tendo como base o salário mínimo, João Pessoa-PB, 2012



Fonte: Elaboração própria

6.1.2 Armazenamento e Distribuição

A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos quanto ao armazenamento e à distribuição de medicamentos, com os respectivos indicadores utilizados para a mensuração desses componentes.

Tabela 5: Indicadores, unidades de observação, valor médio observado e pontuação obtida para o componente armazenamento e distribuição de medicamentos, João Pessoa-PB, 2012

Componentes	Aspecto	Indicador	Unidades de observação	Pontuação alcançada	Valor Médio observado
Armazenamento / Distribuição	Processo	Percentual de medicamentos chave disponíveis	USF + Farmácias / CAF Distritais + CAF Municipal	1	74%
Armazenamento / Distribuição	Processo	Percentual de medicamentos acompanhados de laudo de Controle de Qualidade (CQ) na última entrega	GEMAF / CAF	1	73%
Armazenamento / Distribuição	Estrutura	Condições adequadas de conservação dos medicamentos nas CAF	CAF Municipal + Farmácias / CAF Distritais	1	63%

Componentes	Aspecto	Indicador	Unidades de observação	Pontuação alcançada	Valor Médio observado
Armazenamento / Distribuição	Produto	CAF com medicamentos vencidos	CAF Municipal + Farmácias / CAF Distritais	4	0%
Armazenamento / Distribuição	Produto	Unidades de saúde visitadas com medicamentos vencidos	USF	4	0%
Armazenamento / Distribuição	Produto	Dias de estoque zerado	USF + Farmácias / CAF distritais + CAF Municipal	-	-

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao indicador “percentual de medicamentos disponíveis nas USF, CAF e nas Farmácias/CAF distritais”, foi verificado que 74% dos medicamentos chave estavam disponíveis nos referidos serviços. Cabe ressaltar que, entre as USF, esse percentual variou de 47,1%, para unidades do DS II, até 94,1%, para unidades do DS I.

Durante a visita à CAF, foram observados os laudos de controle de qualidade dos medicamentos chave, constatando-se que 73% dos medicamentos foram acompanhados dos laudos de qualidade na última compra.

Em relação ao indicador “condições adequadas de conservação dos medicamentos na CAF e nas Farmácias distritais”, foi constatado que essas unidades apresentaram uma média de 63% quanto ao grau de cumprimento dos requisitos básicos para o adequado armazenamento. O cumprimento de tais requisitos é fundamental, no que concerne à garantia de conservação e integridade dos medicamentos. Entretanto, quando avaliada a CAF municipal isoladamente, foi verificado que a mesma cumpria com apenas 30% dos requisitos básicos de armazenamento.

Segundo demonstra a Tabela 5, considerando-se os quinze medicamentos chave selecionados, foi encontrado apenas um produto vencido em apenas uma das unidades de saúde, o que representa um percentual de 0,2% de USF com medicamentos vencidos.

O cálculo do indicador “dias de estoque zerado” não foi, como já comentado, possível, uma vez que nenhuma das USF ou CAF gerava informação diárias de controle de estoque que permitisse o cálculo.

6.1.3 Controle de Dispensação e Orientação Farmacêutica

Na Tabela 6, encontram-se demonstrados os resultados obtidos, concernentes aos componentes controle de dispensação e orientação farmacêutica, com os respectivos indicadores.

Tabela 6: Indicadores, unidades de observação, valor médio observado e pontuação obtida para o componente controle de dispensação e orientação farmacêutica, João Pessoa-PB, 2012

Componentes	Aspecto	Indicador	Unidades de observação	Pontuação alcançada	Valor Médio observado
Controle de Dispensação e Orientação	Estrutura	Condições adequadas de conservação dos medicamentos nas USF	USF	1	67%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de USF com Atenção Farmacêutica implantada	USF	1	0%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de medicamentos dispensados	Entrevista com os pacientes na saída da farmácia nas USF	1	70%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de medicamentos adequadamente rotulados - critério Brasil	Entrevista com os pacientes na saída da farmácia nas USF	1	70%
Controle de Dispensação e Orientação	Resultado	Percentual de pacientes que sabem usar os medicamentos	Entrevista com os pacientes na saída da farmácia nas USF	3	86%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de pacientes na distância 1 (< 30 min)	Entrevista com os pacientes na saída da farmácia nas USF	4	95%
Controle de Dispensação e Orientação	Resultado	Percentual de pacientes satisfeitos com os serviços da farmácia	Entrevista com os pacientes na saída da farmácia nas USF	3	54%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de pacientes com prescrições de antibióticos	Receitas médicas arquivadas (ano de 2011 - amostra de 960 receitas) nas farmácias das USF	2	59%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual pacientes com prescrições de injeções	Receitas médicas arquivadas (ano de 2011 - amostra de 960 receitas) nas farmácias das USF	4	2%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de medicamentos prescritos da RENAME	Receitas médicas arquivadas (ano de 2011 - amostra de 960 receitas) nas farmácias das USF	1	68%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de medicamentos prescritos pela denominação genérica	Receitas médicas arquivadas (ano de 2011 - amostra de 960 receitas) nas farmácias das USF	3	90%

Fonte: Elaboração própria

Ao se observar a infraestrutura e as condições adequadas de conservação dos medicamentos nas farmácias das USF, foi verificado que, em média, 67% das farmácias atendiam ao cumprimento de requisitos básicos de armazenamento no que concerne à garantia da conservação e integridade dos medicamentos. Entretanto, cabe registrar que esse percentual variou de 20% a 100% entre as farmácias visitadas. Ressaltamos que nas farmácias das USF não havia área para armazenamento, uma vez que tais unidades só recebiam medicamentos para serem dispensados por um mês. Assim, deixou de fazer sentido a observação das áreas de estoque, tendo sido observadas apenas as áreas de dispensação de medicamentos.

Para o indicador percentual de “USF com Atenção Farmacêutica implantada”, foi considerado o resultado de 0%, devido a nenhuma das farmácias das USF ter realizado atividades formais de Atenção Farmacêutica.

Quanto aos dados prospectivos, referentes à assistência ao paciente, esses foram obtidos por meio de entrevistas com os pacientes na saída da farmácia, logo após a finalização da dispensação dos medicamentos. Assim, foram abordados 937 pacientes, sendo a maioria (76%) do sexo feminino. Quanto à escolaridade, a maioria (42%) tinha o ensino fundamental incompleto, seguido de médio completo (28%). Foi encontrada uma média de dois medicamentos por prescrição.

Assim, com relação ao indicador “percentual de medicamentos dispensados”, foi observado que foram dispensados 70% dos medicamentos prescritos para os pacientes e que 70% dos medicamentos se encontravam adequadamente rotulados.

A maioria (86%) dos pacientes entrevistados sabia como tomar o medicamento, cabendo salientar que foi observada variação de 63% a 100%.

Quanto ao indicador “acessibilidade geográfica da unidade de dispensação”, 95% dos entrevistados relataram que levaram menos que 30 minutos para chegar à USF.

Em relação ao grau de satisfação dos pacientes entrevistados com o serviço de farmácia das USF, foi encontrado percentual médio de 54% como satisfeitos ou totalmente satisfeitos com o referido serviço, com variação de satisfação oscilando de 13,3% a 96,7%.

Os resultados para os dados retrospectivos, relativos às práticas de prescrição médica, foram obtidos por revisão de 960 prescrições arquivadas na farmácia, referentes ao período de 01/01/2011 a 30/12/11.

Desse modo, a maioria (66%) das prescrições revisadas destinavam-se a mulheres.

Obteve-se o valor médio de 1,9 medicamento por prescrição, bastante convergente ao da observação prospectiva. Dos medicamentos prescritos, 68% faziam parte da RENAME, e a maioria (90%) foi prescrito pela denominação genérica. Verificou-se que 59% das prescrições continham antibióticos e uma minoria (2%), medicamentos injetáveis.

6.1.4 Gestão

A Tabela 7 apresenta os resultados obtidos quanto aos indicadores selecionados para verificação do componente 'Gestão'.

Tabela 7: Indicadores, unidades de observação, valor médio observado e pontuação obtida para o componente gestão, João Pessoa-PB, 2012

Componentes	Aspecto	Indicador	Unidades de observação	Pontuação alcançada	Valor Médio observado
Gestão	Produto	Percentual de profissionais farmacêuticos e dispensadores submetidos a educação continuada	USF	2	38%
Gestão	Produto	Percentual de Farmácias das USF com POP atualizada	USF	1	6%

Fonte: Elaboração própria
POP. Procedimento Operacional Padrão

Apenas 38% dos profissionais das Farmácias das unidades de saúde tiveram a oportunidade de participar, nos dois últimos anos, de algum tipo de evento de capacitação relacionado à função que exercem.

Das 32 Farmácias das USF, apenas duas (6,3%) dispunham de Procedimento Operacional Padrão (POP), e, em ambas, os mesmos tinham sido elaborados pelos farmacêuticos das respectivas Farmácias, e eram referentes apenas à dispensação de medicamentos.

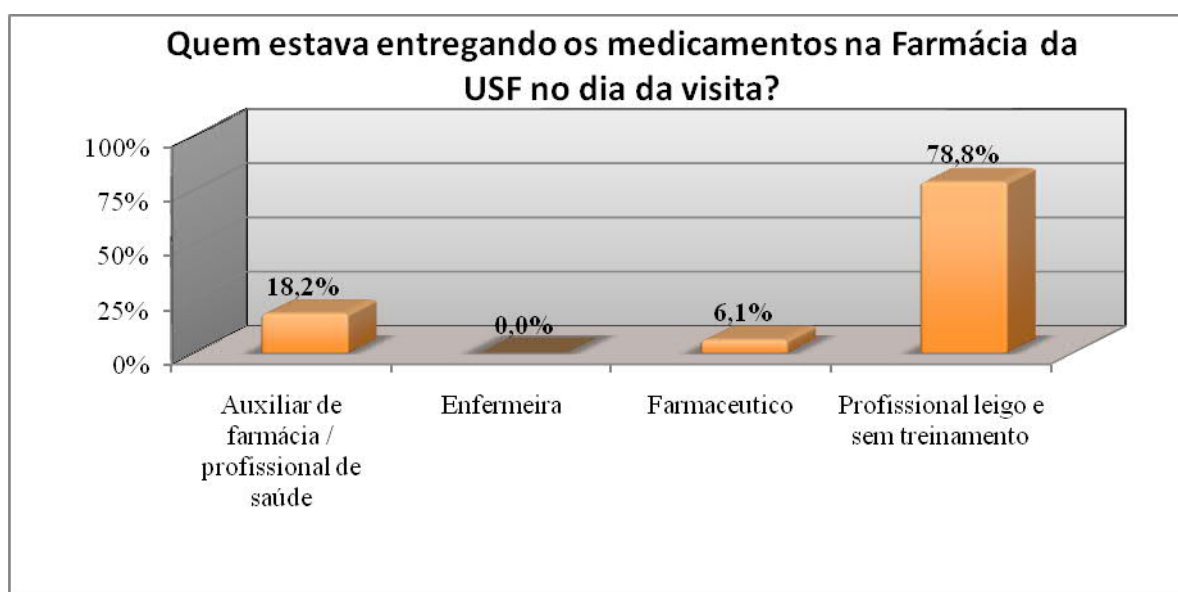
Foi evidenciado que apenas 2 Farmácias das USF contavam com profissional farmacêutico atuando de forma permanente. Entretanto, constatou-se que as cinco Farmácias distritais e a CAF municipal contavam com farmacêutico em tempo integral.

É importante ressaltar que nenhuma das USF, CAF municipal e Farmácias distritais possuíam Licença de Funcionamento Sanitário e Certificado de Inspeção válido, emitido

pela VISA (estadual ou municipal), e, também, que nenhuma Farmácia das USF realizava fracionamento de medicamentos com violação de embalagens.

Cabe assinalar que, na maioria (78,8%) das unidades, havia profissional leigo e sem treinamento realizando a entrega de medicamentos aos pacientes no momento da visita (Figura 8).

Figura 8: Profissionais que estavam entregando os medicamentos no momento da visita as farmácias das USF, João Pessoa-PB, 2012



Fonte: Elaboração própria

Com o propósito de se obter uma visão mais detalhada quanto ao grau de implementação, foi desenvolvida uma matriz de julgamento que propicia um panorama parcial do grau de implantação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB, ancorada na abordagem quantitativa, objetivando-se a observação dos resultados dos indicadores pelos componentes constituintes da AF. Em termos parciais, o componente ‘Seleção’ apresentou um grau de implementação de 60%, no componente ‘Programação e Aquisição’, 25%, no componente ‘Armazenamento e Distribuição’, 55%, no componente ‘Controle de Dispensação e Orientação Farmacêutica’, 54,5%, e, no componente de ‘Gestão’, 37,5%, como pode ser observado no Apêndice D.

Por fim, segue-se a matriz de julgamento final, a qual evidenciou que o grau de implementação da AF alcançado pelo município obteve um escore médio de 53,12%, resultado que indicou um grau de implementação médio ou parcialmente adequado da política de AF no município de João Pessoa-PB (Quadro 10).

Quadro 10: Matriz de Julgamento final para averiguação do grau de implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB, 2013

Componentes	Indicador	Critério de Julgamento	Pontuação máxima possível = 96 pontos	Valor Médio observado	Pontuação alcançada = 51 pontos	Julgamento de acordo com o valor atribuído
Seleção	Existência de Lista Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)	Informativo 1 = NÃO 4 = SIM	4	-	1	<p>Implementação média ou parcialmente adequada Total de pontos do valor atribuído/pontuação máxima x 100 = 51/96 x 100 = 53,12%</p>
Seleção	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) / número de reuniões em 2011	Informativo 1 = NÃO 4 = SIM	4	-	1	
Seleção	Percentual de unidades com disponibilidade da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4	78%	4	
Seleção	Disponibilidade de pelo menos um dos protocolos terapêuticos nas USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4	94%	4	
Seleção	Disponibilidade de ambos protocolos terapêuticos (TB e DM) nas USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4	31%	2	
Programação / Aquisição	MPR (Median Price Ratio) dos preços de compra de medicamentos praticados pela SMS-JP	1 = MPR maior que 2 2 = MPR 1 a 2 3 = MPR = 1 4 = MPR < 1	4	4,066	1	
Armazenamento / Distribuição	Percentual de medicamentos chave disponíveis	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4	74%	1	
Armazenamento / Distribuição	Percentual de medicamentos acompanhados de laudo de Controle de Qualidade (CQ) na última entrega	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4	73%	1	
Armazenamento / Distribuição	Condições adequadas de conservação dos medicamentos nas CAF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4	63%	1	
Armazenamento / Distribuição	CAF com medicamentos vencidos	1 = 2 ou mais CAF com medicamentos vencidos 3 = 1 CAF com medicamentos vencidos 4 = Nenhum medicamento vencido em qualquer das CAF	4	0%	4	
Armazenamento / Distribuição	Unidades de saúde visitadas com medicamentos vencidos	1 = 16% e mais 2 = 11 - 15% 3 = 5 - 10% 4 = menos de 5%	4	0%	4	
Armazenamento / Distribuição	Dias de estoque zerado	0	-	-	-	
Controle de Dispensação e Orientação	Condições adequadas de conservação dos medicamentos nas USF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4	67%	1	
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de USF com Atenção Farmacêutica implantada	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4	0%	1	

Componentes	Indicador	Critério de Julgamento	Pontuação máxima possível	Valor Médio observado	Pontuação alcançada	Julgamento de acordo com o valor atribuído
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de medicamentos dispensados	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4	70%	1	Implementação média ou parcialmente adequada Total de pontos do valor atribuído/pontuação máxima x 100 = 51/96 x 100 = 53,12%
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de medicamentos adequadamente rotulados - critério Brasil	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4	70%	1	
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de pacientes que sabem usar os medicamentos	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4	86%	3	
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de pacientes na distância 1 (< 30 min)	1 e 2 > 1 hora 3 de 31 min a 1 hora 4 < 30 min	4	95%	4	
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de pacientes satisfeitos com os serviços da farmácia	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4	54%	3	
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual de pacientes com prescrições de antibióticos	1 = 76 - 100% 2 = 51 - 75% 3 = 26 - 50% 4 = 0 - 25%	4	59%	2	
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual pacientes com prescrições de injeções	1 = 76 - 100% 2 = 51 - 75% 3 = 20 - 50% 4 = 0 - 19%	4	2%	4	
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual medicamentos prescritos da RENAME	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4	68%	1	
Controle de Dispensação e Orientação	Percentual medicamentos prescritos pela denominação genérica	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%	4	90%	3	
Gestão	Percentual de profissionais farmacêuticos e dispensadores submetidos a educação continuada	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4	38%	2	
Gestão	Percentual de Farmácias das USF com POP atualizada	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%	4	6%	1	

Fonte: Elaboração própria sendo adaptada da matriz de julgamento de Figueiró e Cazarin (2008), desenvolvida para o Programa Nacional de Controle da Dengue

6.2 Implementação da Política de Assistência Farmacêutica em João Pessoa na perspectiva dos sujeitos / atores

As entrevistas em profundidade tiveram o intuito de avaliar a implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB na perspectiva dos sujeitos/atores e verificar o nível de ambiguidade e de conflito presentes, com base no modelo de Matland (1995). Assim, foram realizadas 22 entrevistas com sujeitos diretamente envolvidos com a Assistência Farmacêutica Básica, sendo quatro gestores, oito farmacêuticos, cinco médicos e cinco entregadores de medicamentos.

6.2.1 Caracterização dos Sujeitos

A maioria (90,9%) dos entrevistados era do sexo feminino. A média de idade foi de 36,7 anos, variando entre 25 e 64 anos. Os profissionais farmacêuticos, 50% do total dos entrevistados, tinham média de idade de 31,1, variando entre 25 e 44 anos - portanto, jovens profissionais à frente da AF municipal. Dos entregadores de medicamentos, um tinha o nível médio completo, e cursando ensino superior, ainda que fora da área da saúde, e o restante, ensino fundamental completo.

Quanto à realização de algum tipo de especialização ou pós-graduação, 73% dos farmacêuticos cursaram especialização em Política e Gestão do Cuidado em Saúde, 18% tinham outro tipo de especialização e uma farmacêutica não tinha qualquer tipo de especialização. 100% dos médicos tinham especialização em Saúde Pública e Medicina da Família, cabendo registrar que 9,1% dos entrevistados estavam com um curso de Mestrado em andamento.

Evidenciou-se que os farmacêuticos eram os que tinham menor média de tempo no exercício do cargo ou função, com média de 1,5 ano, enquanto os médicos apresentaram uma média de seis anos. A mesma situação foi observada quanto ao tempo de atuação na SMS, ou seja, há quanto tempo esses profissionais trabalham na prefeitura. Enquanto os farmacêuticos apresentaram um período de menos de dois anos, os médicos tinham cerca de oito anos de atuação na Prefeitura Municipal de João Pessoa. Essa situação sugere que ocorra uma rotatividade considerável dos profissionais de saúde no âmbito do serviço público municipal.

6.2.2 Identificação das categorias de análise

Depois de ouvidas e transcritas todas as entrevistas, foram realizadas várias leituras flutuantes dos depoimentos concedidos pelos atores entrevistados, identificando temas comuns no corpus do texto, o que viabilizou elencar categorias que emergiam dos dados coletados, possibilitando vislumbrar um reagrupamento das falas no entorno das categorias identificadas:

1. Contextualização da implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB;
2. Desenvolvimento do Ciclo da Assistência Farmacêutica local;

3. Meios para consecução da implementação da AF municipal (tecnologias, recursos humanos, financeiros e estruturais);
4. Percepções internas e externas sobre a política de AF (nível de ambigüidade e conflito); e o
5. Grau de integração entre as ações e sua articulação com a esfera decisória.

6.2.2.1 Contextualização da implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB

Nesta categoria, buscou-se contextualizar, de forma sucinta, o papel da SMS no SUS e como a AF está inserida na sua estrutura organizacional. Mas o objetivo principal foi resgatar os conhecimentos prévios e as informações que os entrevistados traziam quanto à implementação da AF municipal, possibilitando situar tal fato no tempo e no espaço, criando-se, portanto, de forma sintética, um contexto que propiciará maior “significado” ao tema em questão.

A Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa é responsável pela formulação e implementação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade ao usuário do SUS. Em sua estrutura organizacional (Anexo 78), encontra-se a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), a qual a Divisão de Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica está vinculada. Esta, por sua vez, conta com três Seções: Seção de Atenção Básica; Seção de Fitoterápicos e Homeopáticos e Seção Hospitalar. Essa divisão, mormente denominada Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (GEMAF), também responde pela CAF do município.

Os relatos dos atores entrevistados dão conta, resumidamente, da trajetória da AF municipal logo após a publicação, em 2004, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, ano em que também ocorreram as eleições municipais em todo o Brasil. Assim, no município de João Pessoa, com a mudança da correlação de forças na eleição municipal de 2004, houve, em janeiro de 2005, uma alternância de poder. O candidato de oposição, farmacêutico, vinculado ao Partido Socialista Brasileiro (PSB), ganhou a eleição, alternando a coalizão governante vinculada ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), e nomeou, como Secretária de Saúde, também uma farmacêutica.

De acordo com o depoimento dos entrevistados, a partir da posse da nova gestão, em janeiro de 2005, o município vivenciou uma transição política difícil e, particularmente,

desgastante, tanto para a nova gestão que assumia, como para a população, que reclamava da falta de medicamentos nas USF, contexto adverso que ganhou visibilidade pública, com reflexos importantes para a área farmacêutica, como pode ser verificado nos depoimentos concedidos pelos gestores entrevistados, com relação à situação da assistência farmacêutica municipal encontrada à época:

“Não encontramos uma série histórica, porque quando essa gestão assumiu a Secretaria de Saúde em 2005, tinha sido tudo deletado, [...] as aquisições foram canceladas tudo isso aconteceu e tudo isso gerou um problema de falta de insumo tremenda, [...] era muita reclamação dos usuários na mídia sobre a falta de medicamentos.” (Depoente A)

[...] “quando nós chegamos a medicação do Hiperdia era entregue pelos Correios (um absurdo), então mudamos drasticamente esse processo, [...] fizemos um investimento para que o medicamento seja entregue na consulta com o médico ou com a enfermeira e que o usuário seja bem orientado e saia com a medicação para casa.” (Depoente B)

No entanto, tal conjuntura representou, na opinião dos entrevistados, um momento propício para um olhar diferenciado quanto à implementação da política de AF municipal. Entretanto, segundo o relato dos entrevistados, diante do quadro encontrado à época – infraestrutura da saúde em condições precárias, insuficiência e baixa capacitação dos recursos humanos, falta de medicamentos e poucos recursos financeiros disponíveis – a prioridade do governo foi a reorganização e reestruturação dos serviços de saúde.

“Muitas pessoas acham que, pelo fato da Secretaria ser farmacêutica poderia fazer mais, porém, temos que analisar o processo histórico da gestão e que o serviço não funciona sozinho/isolado sempre precisou de outros profissionais, de novas mudanças e de investimentos em outros setores, para que hoje nós pudéssemos estar em um processo mais avançado da AF.” (Depoente B)

Portanto, segundo os depoimentos dos gestores, foi dentro desse contexto político e de reorganização do setor saúde a época que foram dados os primeiros passos para a implementação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica. Nesse sentido, as medidas tomadas na área de Assistência Farmacêutica foram principalmente voltadas para sanar a falta de medicamentos, tendo como alvo o abastecimento da rede, o fortalecimento estrutural e técnico das cinco farmácias distritais já existentes e a realização de diagnóstico situacional, cuja pretensão foi tomar conhecimento da real situação da AF municipal, identificando os principais problemas existentes, de forma a nortear as ações que se faziam necessárias.

[...] “abastecer a rede, isso foi e é a prioridade da Secretária, do Prefeito, a gente quer abastecer a todos e racionalizar o uso dos medicamentos.”
(Depoente A)

[...] “nosso foco foi fortalecer as Farmácias dos Distritos Sanitários, tecnicamente e também do ponto de vista que ela pudesse ofertar pedagogicamente e assistencialmente o suporte que as equipes de saúde precisariam [...] tendo o profissional farmacêutico mais próximo.” (Depoente B)

“Se tratando da Política de Assistência Farmacêutica no município, desde 2005 assim que essa gestão assumiu se deu o processo na verdade de diagnóstico, [...], foi feita uma proposta de implementar a política de AF, então isso se configurou no 1º plano estrutural de 2005 a 2009[...] para que pudéssemos regularizar a AF quanto uma política (que nós estamos tentando até hoje), [...].”
(Depoente B)

Entretanto, de acordo com os depoimentos, foram anos de baixos investimentos na reestruturação do setor farmacêutico, período que se caracterizou por ações centradas nos procedimentos para aquisição e distribuição de medicamentos. Numa perspectiva dessa natureza, tornou-se difícil o processo de implementação da política de AF municipal conforme desenhado na sua concepção. Dessa forma, pode-se observar que esse processo ocorreu permeado por incertezas (resultando em ações improvisadas), por ambiguidade (quais ações eram passíveis de serem desenvolvidas?), e por conflitos entre os preceitos da política, a realidade prática e a insuficiência de recursos (humanos, financeiros e estruturais). Portanto, as controvérsias e as tensões sobre a falta de medicamentos foram o foco na mídia, visto que o tema AF é complexo, com múltiplos determinantes e envolvimento de vários e diferentes atores, área que coaduna forças e influências culturais, políticas, econômicas e sociais.

Assim, de acordo com os atores entrevistados, o processo de implementação da política de AF municipal só começou a ter visibilidade a partir de 2010. Portanto, ainda se encontra em construção e, apesar do município não dispor de um Plano Municipal de Assistência Farmacêutica, esta se encontra contemplada em um dos eixos da linha do cuidado do Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013, onde estão definidos objetivos e metas para a sua implementação (Anexo 7). Contudo, as ações desenvolvidas para consecução desses objetivos e metas traçados pela SMS/GEMAF não foram alcançados de forma satisfatória e condizente com os princípios preconizados na PNAF (BRASIL, 2004b).

“Depois em 2010 nós fizemos novamente o mesmo processo para elaborar o Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013 e de como queríamos o processo do percurso da AF, dentro dessa perspectiva, nós iríamos trabalhar com o resgate

da qualidade sobre a AF como um todo e não somente com dispensação ou entrega dos medicamentos (que era o que se resumia quando se falava de AF, ou seja, era a entrega de medicamento na farmácia do PSF sem conseguir visualizar o processo como todo), nem muito menos sabíamos como se dava o processo de distribuição, de aquisição, portanto, isso tudo foi feito então com muita garra.” (Depoente B)

Vale salientar a importância dessa implementação e seus reflexos, em virtude do município de João Pessoa ser a capital e, portanto, referência para os demais municípios do estado da Paraíba, como destaca Vieira (2008b: 95) “os municípios com população superior a 500 mil habitantes possuem uma rede de serviços de saúde, e também de assistência farmacêutica, bastante complexa, tanto quantitativa quanto qualitativamente, constituindo-se em referência para os municípios de pequeno e médio porte”

Entretanto, cabe assinalar que, apesar dos percalços da trajetória, com avanços e retrocessos no processo de implementação da AF municipal, observa-se que essa política vem se delineando de forma lenta, porém com pistas visíveis de que está no rumo certo para o alcance dos seus objetivos.

“A gente vem dando passos lentos nesse processo, porque não é de uma hora para outra que nós construímos e apesar de reconhecer isso, nós reconhecemos também às fragilidades, como o próprio processo de troca de gestor que dificulta a continuidade das ações e que faz avançarmos e regredirmos muitas vezes.” (Depoente B)

[...] “o fato de a nossa Secretária ser farmacêutica, o nosso Prefeito anterior era farmacêutico, o Prefeito atual é extremamente simpático às causas da Saúde, tudo isso é uma mão imensa, você não tem noção de quanto que eles ajudam para que o processo aconteça [...] eu acho que a gente tem um leque de situações aí e que a gente tem uma brecha imensa e não podemos deixar esse momento passar, esse momento é único.” (Depoente A)

Nesse aspecto, pode-se mencionar a criação de um Grupo de Trabalho da Assistência Farmacêutica (GT da AF), promoção e realização do 1º (2011) e do 2º (2012) Seminários Municipais de AF, realização de concurso público para farmacêuticos em 2010, construção de Sede da GEMAF e de uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), elaboração dos POP(s) da Farmácia em 2012, construção de várias USF integradas em terreno próprio, com uma farmácia dentro dos padrões estabelecidos pela ANVISA.

Os depoentes expressaram que, na Atenção Básica, a SMS conta com a atuação de 180 equipes de saúde da família, distribuídas nas unidades de saúde dos cinco Distritos Sanitários, atingindo uma cobertura assistencial de 89,73% na abrangência populacional. A

rede de Assistência Farmacêutica Básica (AFB) é constituída pelas Farmácias nas USF, cinco Farmácias distritais, que armazenam e distribuem os medicamentos para as USF, três CAIS, onde são dispensados medicamentos sujeitos a controle especial, e três CAPS, que fazem atendimento e tratamento de portadores de transtornos mentais. Essa é a rede de atenção que a AFB integra. Entretanto, ainda não dispõe do profissional farmacêutico a grande maioria das USF, para desenvolver a Atenção Farmacêutica:

“Nós temos 5 DS que tem sua farmácia com o profissional farmacêutico, os 3 hospitais da Rede tem farmacêuticos, nós temos também a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), CAP (Centro de Atenção Psicossocial) e CAIS que tem farmacêuticos[...]. Agora, nas USF nós temos o estoque, mas não tem um responsável técnico, nem ninguém é responsável diretamente, uma época é a enfermeira outra é o técnico e aí a entidade de classe da enfermagem (COREN) já autuou, já notificou o município que essa não é uma atribuição da enfermagem, ‘Não é atribuição de fato’ e nós continuamos sem farmacêuticos. Aí todo mundo é dono né.” (Depoente A)

[...] “a gente não trabalha somente na minha função como médica do PSF, é um trabalho integrado e a gente depende dessa assistência dos farmacêuticos, [...] de 2003 para cá eu vejo que tem dado uma diferença que chega ser vista a olho nu, [...] eu vejo nessa questão da organização do município, eles estão com mais cuidado com relação com a política pública, com a política de AF, porque o que existia antigamente era meio atrapalhado, o pessoal não valorizava a questão do papel do farmacêutico na saúde pública [...].” (Depoente N)

Há o reconhecimento de que os principais atores envolvidos na implementação da AF são os farmacêuticos, os médicos, os enfermeiros, os auxiliares de farmácia, a secretária de saúde, a diretoria administrativa financeira, a comissão de licitação, a assessoria jurídica e os usuários. Igualmente, pontuam como sendo importante a abertura da discussão entre os atores envolvidos, com vistas à construção de um processo coletivo e participativo da implementação da AF em João Pessoa:

“A GEMAF que é nossa Gerência de Medicamentos ficou com essa incumbência de junto com os Serviços, Distritos e Hospitais [...] tentar com esses trabalhadores discutir e implantar a Política de AF no município, então nada foi um processo isolado que saiu da cabeça de uma pessoa. No início, até que foi um processo solitário, mas para de fato acontecer o processo teve que ser dinâmico para todo mundo participar nessa construção, (isso eu falo de forma mais concreta de 2010 para cá porque foi quando estive mais nesse espaço, antes disso é uma memória histórica de quem estava próximo).” (Depoente B)

[...] “os farmacêuticos dos Distritos, [...] dos hospitais, os gestores dos serviços, os diretores, os responsáveis pelo serviço tem ajudado muito, [...] Secretária de Saúde, [...] a Diretoria Administrativa Financeira (DAF), [...] que no processo

de Licitação tem nos ajudado bastante, [...] o Pregoeiro, o Jurídico também tem ajudado muito [...].” (Depoente A)

Os depoentes ressaltaram alguns passos relevantes para a construção da Política de AF municipal, como a criação do GT da AF, o qual se reúne semanalmente para discutir questões técnicas e administrativas, planejar e desenvolver projetos em conjunto para a implementação da AF municipal.

[...] “nós criamos um GT (Grupo de Trabalho) da Assistência Farmacêutica e nos reunimos semanalmente para discutirmos, sobre várias questões: questões técnicas, dúvidas sobre procedimentos organizacionais, sobre programação, sobre planejamento, sobre arrumação, está faltando um item num canto, no outro está sobrando, então vamos trocar, remanejar, porque nós percebemos que o pessoal trabalhava em ilhas, os colegas e os Distritos não sabiam a realidade deles, quem era o farmacêutico daquele local, e aí a gente diz ‘Meu Deus!’” (Depoente A)

[...] “quando eu comecei não tinha o tanto de insumo que tem hoje, então eu acho que cresceu bastante a ação da assistência farmacêutica dentro do município de João Pessoa, hoje já conta com o GT que se reúne semanalmente ou quinzenalmente pra tentar padronizar os serviços, a gente (os farmacêuticos) já se reúne e prioriza a criação e melhoria dessa política, eu acho importante participar da construção dessa política. Na prática, é muito pontual cada ano vai mudando, são as experiências que você ganha no seu trabalho, não tem uma coisa uniforme ou geral para o município todo.” (Depoente I)

Citaram também, como passo importante, a instituição do 1º Seminário da Assistência Farmacêutica no Município de João Pessoa, realizado em 2011, e o 2º Seminário, realizado em 2012. Esses eventos contaram com a participação de mais de 300 pessoas, entre gestores, farmacêuticos, prescritores, profissionais da saúde, professores, instituições e entidades de classe (Universidade Federal da Paraíba/UFPB, Conselho Regional de Medicina/CRM, Conselho Regional de Enfermagem/COREM, etc.), alunos e usuários, tendo sido abordados os temas relativos à AF, propiciando um momento rico de discussões, informações e troca de experiências entre os participantes.

[...] “nós criamos o 1º Seminário da Assistência Farmacêutica no Município de João Pessoa, mesmo com todos os atropelos e todas as dificuldades, fez a gente botar a cara para tapa mesmo, porque foi um momento muito crítico e que nunca tinha acontecido no município, foi uma coisa que superou todas as expectativas, momento muito rico, mais de 300 pessoas inscritas, tinha médicos, tinha dentistas, tinha farmacêuticos, tinha estudantes, nós fizemos várias oficinas, representante de classes presentes, foi muito forte a participação do Conselho de medicina, de enfermagem, muito forte.” (Depoente A)

“Então teve o 1º seminário de AF que aconteceu no ano passado e a gente discutiu bastante sobre isso, sobre o uso racional[...] foi melhor porque envolveu todos os atores da rede, porque os nossos profissionais iam colocando e entendendo um pouco da política de AF em torno dessa questão de acesso dos medicamentos, da compra dos medicamentos, e muitos deles colocaram um pouco da vivência deles e dos problemas que eles enfrentam.” (Depoente C)

Entretanto, foi referenciado como um dos dificultadores para a implementação das ações referentes à AF municipal a descontinuidade de gestores. Pela GEMAF, por exemplo, passaram quatro gerentes entre 2005 e 2012.

[...] “porque a gente fala que o processo da AF é muito ‘ligado’, não dá pra trabalhar com as coisas isoladas, primeiro temos que organizar a política para depois estruturar o serviço (é tudo isso ao mesmo tempo).” (Depoente B)

“A gente vem dando passos lentos nesse processo, porque não é de uma hora para outra que nós construímos e apesar de reconhecer isso nós reconhecemos também às fragilidades, como o próprio processo de troca de gestor que dificulta a continuidade das ações e que faz avançarmos e regredirmos muitas vezes.” (Depoente B)

[...] “pelas dificuldades e pela troca de gestores também, logo, muita coisa conseguimos dar continuidade outras não. Tudo isso dificultou o alavancar de alguns processos.” (Depoente B)

Outro ponto que foi bastante ressaltado pelos entrevistados como sendo um obstáculo para a implementação da política de AF municipal foi a falta do profissional farmacêutico na ponta dos serviços, ou seja, nas farmácias das USF.

[...] “então, tem muita coisa que houve um avanço enorme dentro da política municipal, entretanto vejo como obstáculo não ter um farmacêutico, agora a gente precisa mesmo é de apoio de uma pessoa formada, a gente precisa do farmacêutico junto, a gente precisa de orientação, o médico não é o dono da verdade.” (Depoente N)

[...] “mas a AF com um farmacêutico dando orientação em relação à posologia e as interações medicamentosas, isso necessita porque não acontece aqui na nossa realidade.” (Depoente U)

[...] “eu não tenho como saber de tudo como médica do PSF, quantas vezes a gente precisa da visão do farmacêutico, em minha opinião precisa de um farmacêutico para reformar um monte de coisa e efetivar essa assistência [...]” (Depoente N)

6.2.2.2 Desenvolvimento do Ciclo da Assistência Farmacêutica local

Para avaliar a AF, esta categoria é considerada estratégica, em virtude da complexidade que envolve esse setor, sendo fundamental, portanto, o planejamento e a execução de todas as etapas (Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição, Controle de Estoque, Dispensação e Orientação Farmacêutica) que compõem o Ciclo da Assistência Farmacêutica de forma sistematizada e integrada. Assim, buscou-se verificar a percepção dos entrevistados quanto às diversas etapas que compõem este Ciclo:

6.2.2.2.1 Seleção de Medicamentos

Segundo os relatos dos entrevistados, a Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa não possui uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), assim como não dispõe de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica instituída. Contudo, dispõe de uma lista de medicamentos padronizados, a qual não foi oficializada, porém, e é utilizada pela GEMAF como guia orientador para as aquisições, assim como é utilizada pelas USF e pelos DS(s) para as solicitações de medicamentos à GEMAF. A alteração dessa lista, ou seja, inclusão e/ou exclusão de medicamentos, geralmente parte de solicitações de médicos e/ou de farmacêuticos; entretanto, tais solicitações devem estar devidamente justificadas, cabendo à equipe de farmacêuticos da GEMAF a análise das mesmas e a decisão pela inclusão ou não do medicamento solicitado na lista.

“Existe uma lista de medicamentos essenciais, mas essa lista não está atualizada e nem foi oficializada, as Seções dentro da GEMAF estão revendo essa lista [...] para que isso aí seja um ponto de partida para criarmos nossa lista, na verdade a denominação utilizada é REMUME que irá ser desenvolvida, é muito importante.” (Depoente A)

[...] “a gente já tem uma lista, uma relação dos medicamentos da atenção básica e vai vendo o que não está saindo e o que está sendo muito solicitado pelos serviços, para incluir nesta lista. O que a gente disponibiliza é basicamente baseado [...] no elenco da portaria 4.217 e na RENAME [...]. A seleção da gente é feita dessa forma porque a gente ainda não tem uma CFT para está realmente discutindo essa seleção, [...].” (Depoente C)

[...] “até hoje nós não temos uma CFT instituída no município, isso ainda é um gargalo muito grande, porque não tivemos pernas para sentar e organizar.” (Depoente B)

“Tem uma padronização, a lista de medicamentos que a gente faz pedido mensalmente tanto para medicamento quanto material médico, não é a REMUME, mas estamos nos programando para isso. [...].” (Depoente I)

Os atores entrevistados reconhecem a importância e a necessidade de se ter uma CFT e uma REMUME no âmbito municipal e relataram que ações nesse sentido já estão sendo desencadeadas.

[...] “é fundamental termos uma REMUME, a gente já disparou a procura de profissionais para compor a CFT, então é uma coisa que está lenta, mas a gente está tentando.” (Depoente G)

[...] “CFT é uma coisa que a gente está tentando tocar, já foi feito um projeto junto com outros serviços para começar a formar essa comissão, formada por farmacêuticos, médicos, nutricionistas e odontólogos.” (Depoente C)

No que tange aos protocolos terapêuticos, relataram que são seguidos os de referência nacional, produzidos pelo MS, ou seja, o de Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabetes Mellitus, visto que a SMS não dispõe de protocolos terapêuticos desenvolvidos pelo próprio município. Entretanto, de acordo com o relato de uma depoente, dois protocolos se encontram em fase de elaboração: o protocolo de Hipertensão, que se está incluindo a opção do Enalapril, por ter sido observado que tem uma ação melhor que o Captopril para o tratamento em idosos, na medida em que reduz a quantidade de secreção, tosse, pneumonia e, conseqüentemente, internações para esse segmento, e um outro protocolo terapêutico, para Trombofilias em gestantes com aborto repetido, que fazem uso da Enoxaparina, durante e após a gestação.

[...] “nós não trabalhamos com protocolo que é uma coisa que a gente viu que é um gargalo grande que leva a essa falta constante, porque se você não sabe quais são os antiinflamatórios padronizados e não faz um trabalho em cima disso para aquela doença, quais são os protocolos?” (Depoente A1)

“Os protocolos terapêuticos da Secretaria eu não conheço, eu conheço somente os nacionais, que são os de Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabetes, que nós seguimos.” (Depoente Q)

[...] “Ainda não temos protocolos, estamos fechando agora dois protocolos grandes aqui dentro, que é o da Enoxaparina (para gestantes) e o de Hipertensão com a inclusão do Enalapril em virtude do que temos observado em relação ao uso do Captopril pelos idosos.” (Depoente A)

6.2.2.2.2 Programação de Medicamentos

De acordo com os depoimentos, a programação de medicamentos é feita anualmente e é elaborada tendo como base a média de consumo mensal e anual de cada USF, levando-se em consideração os estoques existentes. Assim, essa programação é consolidada pelos farmacêuticos de cada DS, que a encaminham para a GEMAF. Nessa programação estão

incluídos todos os medicamentos, inclusive os dos programas de Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e planejamento familiar. A GEMAF, de posse de todos os mapas de consumo dos DS(s), procede à consolidação dos mesmos e realiza a verificação dos estoques existentes na CAF. A partir desse momento, a programação é ajustada para atender a toda a rede municipal, colocando-se uma margem de segurança de 20% acima do programado. Posteriormente, é enviada a solicitação para aquisição dos referidos medicamentos à SMS, ao mesmo tempo em que segue a programação dos medicamentos estratégicos, os quais são fornecidos pela gestão estadual.

“A programação que a gente fez foi em contato com os outros farmacêuticos responsáveis, porque cada Distrito tem um farmacêutico responsável, [...] com essa relação de A a Z, com o que nós temos disponíveis e cada um foi colocando a média de consumo mensal e sua média de consumo anual, que depois a gente consolidou tudo isso e colocamos um percentual de margem de segurança de 20% para que eles pudessem ser adquiridos. Cada um ficou com um critério de poder incluir algum item, mas mandando para a gente uma justificativa para essa inclusão, para poder a gente avaliar e ver a possibilidade de compra ou não, de incluir na nossa programação.” (Depoente C)

[...] “as Unidades nos mandam um pedido do que tem, do que foi consumido durante o mês e do que ficou de estoque, se não foi suficiente eu mando mais, [...] então a programação de 2012 foi feita em relação a 2011, eu fiz com o consolidado dos gastos de 12 meses e coloquei mais 20% em cima prevendo para 2012, a gente tem essa margem de segurança, [...]” (Depoente E)

Entretanto, foram relatadas algumas dificuldades para que se possa ter uma programação de medicamentos confiável para o município, como a falta de uma série histórica do controle de estoque, o longo processo de conclusão das aquisições de medicamentos e o desabastecimento da rede.

[...] “existe uma lacuna temporal imensa e enquanto essa lacuna estiver acontecendo nós vamos ter coisas assim, sem gerência de estoque porque a gente está comprando meio que sem dados, o povo tá pedindo, o povo tá pedindo e porque não chegou? Então nós não temos como questionar se a programação do pedido foi furada, porque se teve falta eles não vão me dar o consumo real, eles vão ou superestimar ou subestimar o estoque ou eles vão dizer como a gente viu como teve muita falta no ano passado sem programação, coisas absurdas que vocês não vão utilizar isso nem por 10 anos, mas como estão com medo da falta, aí eles super valorizam o estoque, super dimensionam, [...] então, estamos trabalhando para o ponto de equilíbrio que é uma coisa que a gente busca sempre.” (Depoente A)

“Então tem coisas que a programação foi de cinco mil unidades de um item e nós só de compra direta já tínhamos comprado 20 mil e não tinha dado conta

entendeu, como é que eu vou justificar para Tribunal de contas isso?” (Depoente A)

6.2.2.2.3 Aquisição

De acordo com os gestores entrevistados, a GEMAF encaminha a programação anual de medicamentos à Diretoria Administrativa da SMS, para que a mesma providencie a aquisição dos medicamentos por processo licitatório, através da Comissão de Licitação da SMS. O processo licitatório mais utilizado pela comissão é o Sistema de Registro de Preço e o Pregão presencial, por oferecerem mais vantagens quando da compra em grande quantidade de medicamentos.

“Nós utilizamos mais o Registro de Preço por quê? Porque a gente faz um pedido muito grande e para evitar que a gente perca por questão de validade até pelo local de armazenamento, nós dispparamos pedidos de acordo com a nossa necessidade.” (Depoente A)

Quando o processo está todo instruído conforme a legislação vigente, e o edital é publicado, este é encaminhado à GEMAF com sugestão de três propostas de menor valor, para que os farmacêuticos emitam o parecer técnico dos produtos, bem como analisem os documentos de cunho técnico exigidos no edital para aquisição de medicamentos e apresentados pelos fornecedores: Certificado de Análise de Produto/Laudo de Controle de Qualidade, Certificado de Boas Práticas de Fabricação, a Licença Sanitária e a Licença de Funcionamento de Empresa (certificado pela ANVISA), para cada produto. Caso o Certificado de Boas Práticas de Fabricação seja do país de origem do produto, esse deverá ser traduzido por tradutor juramentado. Por fim, o processo retorna à comissão de licitação e, posteriormente, é finalizado no Setor de Compras.

“Geralmente é anual nossa aquisição, porque agente compra por registro de preço, então, quando a gente não adquire o medicamento a gente entra com o Pregão.” (Depoente C)

[...] “não é comprar e fornecer, a gente tem que monitorar enquanto farmacêutica, enquanto profissional de saúde [...], todos os processos licitatórios vem para a GEMAF para a gente dar um parecer técnico, são sugeridos três fornecedores com os menores preços e nós analisamos Certificado de Análise da Qualidade do Produto, Certificado de Boas Práticas de Fabricação, a Licença Sanitária e a Licença de Funcionamento da Empresa certificado pela ANVISA de cada produto que é fornecido para a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, a empresa tem que apresentar esses quatro documentos.” (Depoente A)

Foi registrado que, por vezes, faz-se necessária uma aquisição por dispensa de licitação, mas essa compra direta é rara e precisa estar muito bem justificada, em virtude da legislação vigente.

[...] “para ter uma compra direta até 8.990,00 é preciso estar muito bem justificada na questão do parecer [...]. Porque nós temos a Controladoria Interna que diz: ‘o Pregão está acontecendo e você está pedindo? Não, o pregão tem que correr’, isso tudo a gente entende que juridicamente sempre vai acontecer, mas por outro lado a saúde não espera, então, a gente teve muito contratempo e ainda tem, apesar da gente ter feito uma programação para 2012 de medicamentos o mais elástico possível, uma quantidade muito grande para a gente poder ir comprando sem problemas, mas daqui que o processo feche [...]!” (Depoente A)

A alta burocracia que envolve os processos licitatórios traz algumas dificuldades para gestão das ações referentes à AF municipal, dificuldades que, segundo os depoimentos, se dão, principalmente, pela demora para a conclusão dos processos, bem como pela falta de eleição de prioridades e de prazos e limites na condução dos mesmos.

[...] “os processos licitatórios são extremamente lentos e ai nós não temos pernas para a administração do estoque para segurar todo esse tempo, desde o início até a conclusão do processo, que na realidade é um processo que conclui quando a gente recebe o medicamento.” (Depoente A)

“Um pregão para poder acontecer tem que ser fechado em três meses, dê seus pulos, dê seus pulos para poder acontecer, mas não, nós não temos prazos, não temos limites, passa um ano, cinco meses, seis meses, sete meses, oito meses, dez meses, quinze meses, então não tem como a gente vê isso, não tem, eu digo que tem que atrasar as coisas.” (Depoente A)

“Na melhor das hipóteses, na melhor das hipóteses bem otimista leva um ano para concluir todo o processo, tanto que a programação a gente está fazendo para um ano colocando percentual, mas se nós conseguíssemos lançar a programação no exercício anterior e essa programação nós recebêssemos no próximo exercício, a gente talvez já tivesse diminuído um pouco essa margem, essa probabilidade de falta, mas o que a gente observa? Nós no ano passado corremos atrás dos processos de 2010 e foi encontrado processos de 2009, o que isso significa? Significa que já mudou o cenário, o levantamento de preço que foi feito já está defasado, então isso leva a muito pedido fracassado, porque o processo caduca, demora muito e na hora do julgamento o pessoal diz assim: ‘0,10 centavos de jeito nenhum’, então, fracassado pelo valor.” (Depoente A)

Além dos problemas já mencionados, foram relatados como complicadores do processo de aquisição o não cumprimento da entrega dos medicamentos por parte de algumas empresas ganhadoras do processo licitatório, o que tem levado à solicitação de punição para as referidas empresas, e a quantidade de itens fracassados nas licitações.

[...] “nós trabalhamos com um processo, onde existem alguns fornecedores que são desonestos, que não honram com o seu compromisso, que brigam para entrar no processo, quando estão no processo, baixam o preço, faz aquela confusão toda e quando ele ganha que assina o documento dizendo que ele tem 15 dias pra entregar, 30 dias, a gente liga 'estou mandando, está chegando, já saiu e depois três ou quatro meses a gente manda punir.” (Depoente A)

“No ano passado, o Município de João Pessoa através da Secretaria de Saúde, arrecadou mais de um milhão de reais, de multas a fornecedores que não entregaram os produtos, e aí foge completamente de nossa governabilidade.” (Depoente A)

Esses, na visão de alguns atores são problemas que desestruturam qualquer planejamento, levando a uma situação de desabastecimento da rede, descrédito da política em si, enorme desgaste da equipe perante os usuários e, o que é mais importante: o usuário fica sem o medicamento de que necessita.

[...] “o entrave maior são as licitações porque às vezes o recurso tem, mas por alguma ordem jurídica, administrativa ou burocrática acaba emperrando e o medicamento não chega ao usuário.” (Depoente K)

[...] “nós conversamos com o usuário 'senhor, daqui a 15 dias tá chegando' aí ele (o fornecedor) manda uma cartinha dizendo que 'com esse preço não tem como entregar e quer ter realinhamento de preço, ' aí entra com um processo jurídico para fazer isso e aí vai para o nosso setor jurídico que responde, em seguida manda pra gente tudo isso e tudo isso é demorado, no final eu não tenho o medicamento para entregar [...], não tem planejamento que dê certo desse jeito.” (Depoente A)

[...] “porque eu vejo com relação à falta de alguns medicamentos e insumos médicos e odontológicos, a gente vê que passa meses faltando quando a gente vai atrás é burocracia simplesmente, como esta acontecendo com a Metformina, por exemplo, acabou no Distrito, mas essa compra era para ser feita em Maio do ano passado, [...] e quando a gente foi vê o que era, é que o laboratório deu um preço X e na SMS tinha um preço inferior [...], então foi barrada essa compra por diferença de preço, tem quase um ano que está no jurídico.” (Depoente E)

Os desgaste e o estresse para o atendimento às demandas de medicamentos não padronizados e a grande demanda de mandados judiciais foram também destacados. Tais processos envolvem um tempo considerável de um contingente de profissionais que já é extremamente reduzido para responder por todas as atribuições da AF municipal, visto que são necessárias análises sobre o que está sendo solicitado ou determinado judicialmente, além da elaboração de justificativas, exposições de motivos, defesa e cumprimento de

prazos de resposta, salientando-se que não se trata de um caso isolado, e sim de uma rotina presente e crescente no município.

[...] “nós recebemos uma solicitação de um paciente com suspeita de câncer de Reto, [...] a médica não conhecia o tratamento, aí nós vamos ter que ser condizentes com isso? Sem saber, e os riscos para esse paciente? Por que ele não foi para o Hospital de Câncer de João Pessoa? Mas aí ele chega ao Juiz e o Juiz determina o fornecimento, se o Estado não tem, o Município tem que assumir, então, nós estamos com mais de 100 mandados judiciais, passou de 48 para 100, muitos mandados judiciais e cada vez vindo mais.” (Depoente A)

“Os medicamentos oncológicos e de alto custo são de competência do Estado, mas se não está na padronização do Estado [...], fica nesse negócio de um jogando para o outro e o usuário sofre, porque ele cria uma expectativa, então a gente fica nessa briga constante, é um estresse para nós e para o paciente.” (Depoente A)

“Nós trabalhamos com processos referentes à vida e muitas vezes nos deparamos com processos sociais, por exemplo, fraldas geriátricas que estão na padronização, [...] para abastecer os serviços hospitalares e hoje pelo processo de judicialização da saúde as pessoas entram com um processo e precisamos disponibilizar em tempo hábil, sendo que na maioria das vezes não temos capacidade para isso, nem para prever a demanda de processos judiciais, porque ela aparece de uma hora para outra e tem que ser cumprida. O SUS ao longo desses anos, não conseguiu avançar nessas questões judiciais e as pessoas cada dia mais está tendo conhecimento e acesso aos seus direitos, então resumindo, o nosso maior gargalo na AF são os processos judiciais.” (Depoente B)

6.2.2.2.4 Armazenamento e Distribuição

Os entrevistados relataram que o armazenamento e a distribuição dos medicamentos na SMS-JP se encontram sob a responsabilidade da GEMAF, através da Central de Abastecimento Farmacêutico, local onde são recebidas, estocadas e distribuídas todas as aquisições de insumos farmacêuticos realizadas pela prefeitura, bem como é também na GEMAF que se concentra toda a parte administrativa e de controle dos procedimentos referentes à AF municipal.

“Quanto às notas fiscais, Laudos de Controle de Qualidade e demais documentos referentes a medicamentos, eles são arquivados aqui na GEMAF, existe uma pasta só para o controle de qualidade, cada nota fiscal tem o controle de qualidade, [...] as notas fiscais separadas por indústrias e o controle de qualidade numa pasta segregada, que fica mais fácil para consultarmos.” (Depoente C)

A GEMAF/CAF abastece as Farmácias dos DS(s) mensalmente, visto que estas unidades não dispõem de espaço físico para acondicionarem os medicamentos por mais de

um mês. Assim, são responsáveis pelo armazenamento e conservação dos medicamentos no nível de DS e fazem a distribuição para as USF de acordo com as demandas das referidas unidades. As solicitações de medicamentos à GEMAF pelas Farmácias dos DS(s) são mensais e ocorrem a partir do dia 20 de cada mês, e estas, assim que recebem os medicamentos da GEMAF, iniciam o processo de distribuição para as USF, concluindo esse processo até a primeira semana do mês subsequente. Entretanto, caso necessário, esses pedidos podem ser feitos a qualquer tempo, para atender às demandas específicas das USF.

“A distribuição dos medicamentos ocorre mensalmente, eles têm um período pra gente mandar, existe um mapa mensal que usamos para abastecer as Unidades, geralmente se dá na última semana do mês até a primeira semana do mês subsequente [...], então eles todo mês me mandam a solicitação através dos mapas para que eu possa avaliar e entregar para a separação e distribuição.”
(Depoente C)

Para os atores entrevistados, as condições para uma adequada conservação dos medicamentos não são ideais. O espaço físico é inapropriado e insuficiente, e a falta de sistema de refrigeração, de prateleiras e/ou estrados foram as principais inadequações assinaladas. Foi relatado, ainda, que a maioria das USF e DS funcionam em casas alugadas - portanto, adaptadas dentro das possibilidades que o espaço oferece.

“nós não temos um grau de armazenamento bom.” (Depoente A)

“Infelizmente não são ideais por falta de espaço físico a gente não tem como armazenar de forma correta, sob estrados, afastados de paredes, o máximo que a gente pode fazer a gente faz, temos muitas limitações de espaço físico, de falta de estrutura, infelizmente.” (Depoente E)

“Aqui as condições não são as ideais [...] as condições de temperatura não estão adequadas, em dias de verão a gente não consegue controlar e fica muito elevada.” (Depoente C)

“O armazenamento você já viu né? A gente procura estar sempre colocando o medicamento afastado alguns centímetros da parede sem estar no chão, sempre nos estrados, bom da para perceber que a temperatura é alta e como o fluxo da gente é muito alto, vêm várias caixas de uma vez e não da para colocar tudo nos estrados.” (Depoente G)

“O armazenamento não é o ideal, mas nenhum medicamento nem insumo ficam no chão todos ficam nos estrados, a climatização é ideal, a geladeira tem um termômetro, só em relação ao espaço algumas coisas estão encostadas na parede e algumas no teto, eu tento deixar mais essas caixas de material médico e os medicamentos sem estar encostados em paredes, a luminosidade está correta e controlada, não tem incidência de luz todas as janelas se não tiver persianas tem protetor, e não tem roedores.” (Depoente H)

6.2.2.2.5 Controle de Estoque

De acordo com os depoimentos de alguns profissionais, a GEMAF realizou um inventário em junho de 2011 na CAF, com vistas a implantar um novo Software para o controle de estoque. Foi dado início à implantação dos dados desse inventário, com vistas à criação de uma série histórica. Entretanto, inconsistência no sistema, falta de suporte técnico local e de treinamentos para utilização do sistema realizados à distância e escassez de pessoal preparado para sua operação resultou em um conjunto de dificuldades no processo de implementação dessa ferramenta. A SMS, por meio do seu setor de Informática, foi solicitada para dar suporte à implementação do software de controle de estoques, havendo, contudo, um grande acúmulo de movimentações de entradas e saídas, que, junto com a rotina diária, comprometeu a regularização da situação em tempo hábil para a obtenção de dados confiáveis referentes ao controle de estoque. Entretanto, foi informado que um novo sistema, o Hórus do MS, encontra-se em vias de adoção. Assim, observou-se que, naquele momento, estava em curso uma fase de transição e incertezas na GEMAF/CAF quanto ao sistema de controle de estoque, com incertezas entre a permanência do Software implantado ou a adesão ao Hórus do MS.

[...] “então, a gente precisou da implantação de um software para gestão de estoque, porque não dava para continuar com ficha de prateleira, não dá, eu tenho um estoque de 20 milhões e pelo menos uns três mil itens que eu não posso trabalhar com ficha de prateleira.” (Depoente A)

[...] “em geral o nosso controle está sendo feito em um sistema, nosso objetivo era esse, a gente estava fazendo, estava bem atualizado, fizemos um inventário em dezembro e o nosso objetivo era ter computadores no próprio galpão para, à medida que os meninos separassem os pedidos, eles já pudessem dar saída direto no sistema e daí a gente ficaria com o sistema bem atualizado, mas a gente teve problema pela questão de ter troca no sistema, então nós paramos depois do inventário, lançamos o inventário mas tivemos que parar com essa mudança que ia ter, aí precisava de um novo sistema e daí ainda não temos um resultado fidedigno no sistema.” (Depoente C)

“Eu acho que é importante a questão do controle do estoque hoje, que é uma coisa muito deficitária, porque [...] sem controle de estoque a gente não consegue fazer um planejamento, uma programação, não consegue fazer nada disso e aí as faltas acontecem.” (Depoente A)

Quanto ao controle de estoque nas Farmácias dos DS e nas USF, este se dava por contagem mensal, para a fundamentação dos pedidos junto à GEMAF. Portanto, não se realiza um controle diário de entradas e saídas de medicamentos. Os relatos dos

entrevistados dão conta que o controle de estoque é uma das etapas mais trabalhosas da AF, além de ser suscetível a falhas e pouco confiável.

“O controle de estoque é feito mensalmente pelo balanço mensal, [...] a gente sente muita necessidade de ter um controle através de um sistema informatizado, porque é complicado a gente trabalhar com tantas unidades de saúde, com tantos usuários, tem unidades que são enormes e não ter um sistema de informação é complicado.” (Depoente G)

[...] “então é difícil o que a gente faz aqui, faz toda uma contagem aí chega o pedido, faz o estoque geral, mas todo dia sai então não tem o controle, se você perguntar quantos comprimidos de Captopril tem? Eu não sei! Só se eu for lá contar, se eu for contar eu sei, se fosse um sistema informatizado eu dava um click e poderia garantir a você que tem ‘tantos comprimidos’, seria o ideal.” (Depoente E)

“O controle de estoque é falho porque para ter um controle de estoque você tem que realmente contar todos os meses, tem que avaliar quanto saiu, quanto entrou e muitas vezes acontecem falhas, nós observamos nas equipes que existem funcionários que mal sabem como preencher o mapa de solicitação, eles fazem vamos dizer assim de qualquer maneira, se você chegar a uma unidade hoje e perguntar quantos comprimidos de tal medicamento tem, eles não vão saber te dizer.” (Depoente K)

6.2.2.2.6 Dispensação e Orientação Farmacêutica

Os entrevistados revelaram que os medicamentos são entregues por funcionários das Farmácias dos USF aos usuários, mediante a apresentação de prescrição médica em duas vias, ficando retida a segunda via na Farmácia. Entretanto, demonstraram preocupação quanto a essa entrega e à falta de condições técnicas dos referidos funcionários para procederem com a orientação aos pacientes. Alguns relataram que são os médicos que fazem a orientação aos pacientes da terapêutica indicada e se, na entrega, o funcionário tiver dúvidas, procura o médico ou a enfermeira.

“Não ocorre dispensação, o que ocorre é a entrega de medicamentos sem orientação já que muitos profissionais que estão lá não têm conhecimento nenhum, [...]. Os farmacêuticos que deviam estar presentes ainda não estão.” (Depoente L)

“Eu não vejo orientação o que eu vejo é pegar o medicamento e entregar, às vezes quando entrega e surge uma dúvida chama a enfermeira (ou quem estiver mais próximo) para ajudar a tirar dúvida da letra ilegível, mas orientação mesmo não.” (Depoente K)

“Quem orienta sou eu, tudo bem direitinho, a dieta se a pessoa tem outra patologia, devia ter um farmacêutico, mas é difícil, a menina da farmácia entrega e às vezes vem falar comigo, tem gente que para a medicação e não

adianta nada, a pressão baixa aí ela tira por ela mesma a medicação, quando chega aqui tá bem alta a pressão, aí a gente começa orientando tudo de novo.” (Depoente P)

Alguns atores informaram que existem medicamentos que são dispensados nas farmácias dos DS pelos farmacêuticos, que são de uso restrito e decorrentes de processos administrativos e judiciais.

“Olhe os insumos que a gente tem aqui são alguns que a gente tem como restrito como Clexane que é medicamento de alto custo, a Noxiparina, tem outros como Alendronatos de 70, então alguns a gente ainda mantém no Distrito por não ter o farmacêutico nas USF e a gente prefere continuar tendo um controle na hora da dispensação, como é que o usuário vai tomar, o usuário precisa dessa da orientação.” (Depoente G)

Os entrevistados relataram que, em relação à dispensação dos medicamentos sujeitos a controle especial, ou seja, os da Portaria 344/98, esses são enviados pela GEMAF para serem dispensados nos Centros de Atenção Integral a Saúde (CAIS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma vez que essas unidades dispõem de farmacêuticos responsáveis pelo controle desses medicamentos e orientação aos pacientes.

Entretanto, a concentração da dispensação desses medicamentos nesses centros, para atender a toda a demanda da cidade de João Pessoa, tem trazido transtornos para a equipe, pelas constantes reclamações dos usuários, que advogam a disponibilidade desses medicamentos nas farmácias das USF. Os entrevistados ressaltaram, ainda, que essa centralização dificulta o acesso ao tratamento para os pacientes, sobretudo por parte dos idosos, que, muitas vezes, não têm condições físicas, e outros pacientes que não têm condições financeiras para arcar com os custos do seu deslocamento até as unidades de dispensação. Deixam claro a necessidade de sua dispensação ser feita nas farmácias das USF, porém, entendem que, para isso, faz-se necessária a presença do farmacêutico nessas unidades.

[...] “todos os medicamentos da portaria 344 eles são dispensados nos CAIS, o fluxo é GEMAF e CAIS, o usuário vai com a receita e pega o medicamento no CAIS, [...] até mesmo porque a farmácia do CAIS tem um farmacêutico responsável, eles estão sempre controlando esses medicamentos.” (Depoente G)

[...] “esses medicamentos são distribuídos da GEMAF para os CAIS, são três CAIS no município e essa quantidade é muito pouca, divide o território e tem pessoas que moram em lugares muito distantes, teve uma usuária essa semana que chegou aqui chorando (quase eu choro com ela), porque ela veio de longe, tem depressão, veio andando para o CAIS porque não tinha dinheiro para o ônibus e quando chegou não tinha, o medicamento estava faltando, ela se

desesperou, se esses medicamentos estivessem nas USF, estariam perto das casas dos pacientes, os transtornos seriam menores, porque você não precisaria se deslocar a longa distancia para receber um NÃO, é complicado já que existem pessoas que realmente precisam do medicamento.” (Depoente E)

6.2.2.3 Meios para consecução da implementação da AF municipal (recursos humanos, financeiros e estruturais)

Para que uma política pública seja implementada, é condição *sine qua non* um adequado planejamento dos recursos necessários para o êxito do programa. Nesse sentido, buscou-se observar como os entrevistados percebem os recursos humanos, financeiros e estruturais existentes no município como meios para consecução da implementação da AF.

Recursos Humanos

Quanto aos recursos humanos, tidos como principal ativo das organizações, os atores entrevistados abordaram o assunto sob vários aspectos. De acordo com os relatos, em passado recente, foi bem difícil a condução das atividades referentes à AF, devido à escassez de profissionais farmacêuticos e de técnicos de nível médio, para assumir o conjunto de atribuições da gestão farmacêutica. Entretanto, percebem avanços nesse aspecto, apesar de considerarem que ainda não se tem uma situação ideal.

[...] “nós encontramos a AF somente com eu e mais duas farmacêuticas que era ‘Maria’ a farmacêutica responsável pela Farmácia Popular que ficava na Secretaria de Saúde e ‘Maria’ que era da Fitoterapia, havia uma terceira que tinha pedido demissão, então foi uma situação bem difícil no ano passado, encontramos a GEMAF com metade dos funcionários que a gente tinha [...].” (Depoente A)

“Nos recursos humanos, faltam muitos profissionais na equipe mínima, inclusive o farmacêutico que é fundamental.” (Depoente L)

[...] “com relação aos recursos humanos tem pessoas habilitadas, capacitadas com qualidade excelente, mas infelizmente tem pessoas sem um pingão de noção tanto da AF como do serviço de saúde, você se depara com pessoas que não tem o perfil para um serviço de saúde pública, é complicado [...].” (Depoente E)

“melhorar os recursos humanos, por exemplo, o pessoal da farmácia porque a gente sabe que não é só uma dispensação, não pode está só entregando, para mim isso poderia ser melhor, portanto, ainda não é uma situação ideal.” (Depoente O)

Os relatos evidenciam uma sobrecarga de trabalho para os farmacêuticos, em virtude da quantidade de ações necessárias para reestruturação da AF, vislumbrando oferecer um

serviço de qualidade aos usuários, e da reduzida quantidade desses profissionais nos quadros atuais da prefeitura.

“O principal objetivo da Atenção Básica é que o usuário seja atendido de forma integral, de forma universal e com equidade, [...] a falta de um farmacêutico mesmo de estar junto do usuário, [...] a gente não consegue fazer essas ações por causa da nossa demanda, por não ter um farmacêutico em cada equipe, muitas ações concentradas, [...] a gente não consegue fazer aquilo que a gente realmente quer fazer, as visitas domiciliares e atender o usuário de forma integral.” (Depoente G)

“Quanto aos recursos humanos, estamos todos muito bem preparados, apesar de termos poucos farmacêuticos ainda e muita, muita coisa a fazer, então ficamos com uma carga de trabalho muito grande e o farmacêutico no caso fica sempre muito ocupado.” (Depoente F)

[...] “poderia ter mais de um farmacêutico nos Distritos, dividiria melhor a tarefa principalmente nos maiores Distritos porque aqui tem muita coisa [...] a gente corre para entregar tudo o mais rápido possível, mas é difícil pela quantidade de pessoal não dá, esse é um conflito [...] a falta de recursos humanos poderíamos dizer assim, ficamos muito preocupados com a operacionalização da entrega que sobrecarrega a gente e sem poder desenvolver outras ações.” (Depoente L)

Consideram um avanço positivo a inclusão de farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), embora este esteja envolvido com a parte gerencial da unidade, fazendo a interface entre o DS e as USF, comprometendo, portanto, o tempo necessário à realização das ações técnicas/assistenciais.

“Nas unidades não há dispensação, eles apenas entregam os medicamentos, nós temos três USF no Distrito da gente que tem farmacêutico do NASF como apoiadores, então eles tentam, [...] mas eles têm muitas obrigações e não tem como eles estarem o tempo todo orientando os usuários, isso é um nó que a gente tem. [...] o apoiador no nosso município ele está inserido na parte gerencial, porque o NASF tem duas vertentes, uma é gerencial e outra assistencial [...], a maioria dos municípios do Brasil adotaram a linha assistencial que tem o apoiador como aquele profissional que vai atuar na sua área específica, entendeu? Já no município de João Pessoa não, o apoiador está na USF para atuar na sua área, mas também para fazer o papel gerencial da US, que esse leva muito tempo do apoiador.” (Depoente G)

“Atualmente todos os meses nós pactuamos aqui no Distrito e fazemos uma vistoria das US olhando desde a estrutura, sala de vacina, olha o que está faltando, o que está quebrado, as ocorrências e uma das partes que analisamos é a farmácia, e quando nós chegamos na parte da farmácia eu avalio o preenchimento dos mapas, presença de produtos vencidos, sinalizar para a equipe a quantidade de medicamento que vai vencer, conversamos também com o médico sobre os medicamentos que podem ser prescritos com base no estoque,

para diminuir os custos porque medicamento é uma coisa cara, difícil acesso, muita burocracia e, infelizmente, ainda ocorre muito desperdício.” (Depoente K)

[...] “não tenho muito tempo, [...] mas quando eu estou lá dou uma ajuda para que o usuário saia pelo menos sabendo como tomar a medicação.” (Depoente J)

Entretanto, talvez por desenvolverem suas atividades nas USF próximos aos usuários, é perceptível certa angústia na fala dos farmacêuticos do NASF, por não disporem de tempo suficiente para desenvolver a Atenção Farmacêutica nesses locais.

[...] “a gente poderia trabalhar mais junto com a comunidade, principalmente as pessoas com Diabetes, Hipertensão, e outros agravos como Tuberculose e Hanseníase a questão da adesão ao tratamento [...], então eu acho que o farmacêutico poderia dar uma orientação, e isso não ocorre infelizmente. Alguns tratamentos deveriam ser feitos com dose supervisionada e não são feitos, [...] a gente tem um caso aqui de uma pessoa hipertensa que tomou durante muito tempo Diclofenaco de Sódio e ninguém sabia, se tivesse uma orientação sensata, uma capacitação com os agentes comunitários para verificar esses casos mais graves e chamar os profissionais para conversar, então falta muito isso ainda. A gente está trabalhando na parte de gestão mesmo, no apoio institucional mesmo, não estamos trabalhando nosso núcleo específico que é a farmácia, só os farmacêuticos do Distrito que estão na farmácia é quem fazem o papel do farmacêutico, porque eles entregam o medicamento para as pessoas e fazem a orientação, mas os que estão dentro das UBS/NASF infelizmente não têm esse momento.” (Depoente J)

“Eu vejo de ponto positivo essa expansão que está ocorrendo agora e apesar do NASF ter farmacêuticos, nós ficamos muito vinculados à gestão, então não temos muito tempo para atuar no nosso verdadeiro núcleo e uma vez por outra nós ainda fazemos. No dia a dia, nós não temos tempo infelizmente e o que podemos fazer é um curso, uma palestra, essas ações na área farmacêutica, uma coisa que nós estávamos programando no GT é tentar criar um plano para desenvolver atenção farmacêutica pelo menos para Hipertensos e Diabéticos, se isso funcionar já é o primeiro passo para abranger o caminho do CUIDADO, eu ficaria super feliz com isso.” (Depoente K)

Outro ponto positivo ressaltado pelos depoentes foi o concurso público realizado pela prefeitura, em 2010, tendo sido já convocado a tomar posse número superior de farmacêuticos ao publicado no edital, estando em tramitação mais uma convocação desses profissionais, o que, segundo as expectativas dos entrevistados, irá contribuir para o avanço e o fortalecimento da assistência farmacêutica no município de João Pessoa-PB.

“Já existe uma proposta da Secretaria de Saúde que através do concurso que teve em 2010, [...] do qual a Prefeitura já chamou mais do que o número de vagas de farmacêuticos. Bom, a proposta é colocar um farmacêutico em cada Unidade Integrada.” (Depoente G)

“Serão contratados novos farmacêuticos agora para atuar diretamente na atenção básica de saúde e vai melhorar muito, porque hoje nós temos pessoas de nível médio que nunca trabalharam no setor de farmácia e que lida com medicamento, com receita, na orientação (que muitas vezes não entendem a letra), então com o farmacêutico lá vai melhor muito a parte de erros de medicação e as atividades de uma forma geral.” (Depoente K)

[...] “agora mesmo vão ser chamados 30 farmacêuticos e a intenção é que eles fiquem nas unidades integradas, a pretensão é que todas as US tenha farmacêutico na farmácia e não ter mais o vigia, o auxiliar de serviços gerais, o auxiliar administrativo entregando o medicamento e não dispensando.” (Depoente E)

“Com isso não estaremos melhorando apenas a estrutura da farmácia, estaremos trabalhando com a questão da orientação farmacêutica para os usuários que não podiam contar com o farmacêutico ‘in loco’, contavam apenas com os apoiadores do NASF ou com o farmacêutico do Distrito em uma consulta mais distante e agora estarão muito próximo desse profissional.” (Depoente B)

Contudo, um ponto bastante mencionado pelos entrevistados foi a necessidade de realização de capacitação dos recursos humanos que desempenham suas atividades nas USF.

“Tô aqui há um ano e seis meses e nunca fiz curso e acho que ninguém fez. O paciente já vem orientado da sala da médica e aqui eu oriento da maneira que eu posso, oriento o que eu vejo na receita [...]. No caso de dúvida, procuro a médica ou a enfermeira, mas a gente precisa de um treinamento né?” (Depoente T)

[...] “eu acho que necessitaria de um treinamento com os farmacêuticos e também com os auxiliares de farmácia [...] que estão no PSF, eles entram, é feita uma seleção só que eles nunca trabalharam em serviços de farmácia, você pode fazer um treinamento, mesmo assim falta treinamento, falta controle farmacêutico, eu acho que qualificaria mais o serviço, [...] eles poderiam dar mais uma refinada, saber fazer um cálculo de matemática para somar, multiplicar e dividir, mas têm muitos agentes administrativos que tem dificuldade de construir um Mapa de medicamento, eu não sei ao certo o consumo daquela unidade sempre fica faltando ou fica sobrando.” (Depoente L)

“Eu acho que poderia ter uma capacitação inclusive envolvendo médico, enfermeira, o pessoal que fica na farmácia, [...] uma oficina para focar tanto a importância da AF quanto da saúde e trazer a parte de mais emergência (medicamentos injetáveis e controlados) para as USF, então, tem que ter um Farmacêutico. Mas a gente não pode ter medicação de controle especial aqui que daria acesso aos usuários, porque não tem farmacêutico.” (Depoente O)

Por outro lado, alguns deixaram claro nos depoimentos que já foram desenvolvidos alguns treinamentos para os funcionários que trabalham nas farmácias das USF, com vistas a propiciar aos mesmos melhores condições para o desempenho de suas funções.

[...] “em Novembro no ano passado a gente fez uma capacitação com todos os funcionários das farmácias das US, eu e mais quatro farmacêuticos aqui do Distrito, a gente elaborou um manual de boas práticas, a gente elaborou tudo que é lista, lista de medicamentos do Estado, lista de medicamentos do Município a gente consolidou tudo fez esse material, [...] foi realizada em dois dias, [...] por a gente ter muitos profissionais novos nas unidades que estão sendo responsáveis pela farmácia, entregando o medicamento na verdade.” (Depoente G)

[...] “complica um pouco porque eles não conhecem pelo nome genérico, não sabem fazer uma troca, não sabem dá uma informação mais adequada para o usuário, apesar de a gente fazer treinamento com esses agentes administrativos, aqui tem lista dos medicamentos do Estado, do Município, dos controlados, dos CAIS, da farmácia popular para dar um maior conhecimento, e suporte para o usuário que muitas vezes sai sem o medicamento tendo o medicamento lá, [...] isso complica, fora outros agravantes que podem acontecer.” (Depoente L)

“Curso não, aqui a gente sempre tem palestras né, com a apoiadora que é farmacêutica, aí vem aqui e na reunião vem falar com a gente, ‘você tem que fazer isso, sobre a seringa né, como a gente pode orientar o paciente sobre a insulina, só isso.’” (Depoente T)

É importante realçar que alguns depoimentos levantaram a questão do perfil profissional que vem sendo formado pelas universidades para trabalhar na atenção básica e para o exercício de suas atividades na esfera da saúde pública.

[...] “em relação aos farmacêuticos, o curso de farmácia não prepara para o trabalho na atenção básica, [...] eu quando estava na Universidade jamais imaginei trabalhar no serviço básico de saúde, como eu vou saber de uma situação se eu não conheço [...] eu nem sabia o que poderia fazer dentro da atenção básica, quando entrei aqui no DS me apaixonei, porque eu acho que se a gente fizer um bom trabalho na atenção básica, quantos problemas vão ser resolvidos, [...] então, eu acho muito importante a universidade formar para isso, até porque aqui em João Pessoa temos uma política diferente em que o farmacêutico pode estar inserido, [...] hoje já recebo os alunos dos estágios de vivência e isso abre a cabeça e eles se enxergam no serviço (eu recebi um aluno muito bom ‘João’ que ficou como diretor do Distrito e hoje é Diretor da Atenção Básica).” (Depoente I)

[...] “eu acho que com a mudança da grade curricular do curso de farmácia eles devem saber mais sobre isso, até porque nós recebemos vários estudantes daqui de João Pessoa para conhecer o Distrito [...]. Eu posso acrescentar que como eu não tive na minha graduação, saúde pública, até no meu estágio o farmacêutico

estava viajando, então não tive nenhum estágio na saúde pública, mas hoje está bem mais proveitoso (para os estudantes de farmácia).” (Depoente L)

Recursos Financeiros

Da mesma forma, outro recurso fundamental para a área farmacêutica é o financeiro, e, nesse sentido, a grande maioria dos entrevistados declarou não haver problemas financeiros para aquisição dos medicamentos padronizados no município. Entretanto, em dois depoimentos, verificamos uma preocupação com o orçamento previsto e destinado à essas aquisições, tendo em vista que não está explicitamente definido, na legislação, a que esfera de competência pertencem (Estado ou Município), além da crescente demanda judicial a ser atendida.

“O orçamento destinado para a AF compete ao recurso que está previsto no Fundo Municipal de Saúde e que é transferido Fundo a Fundo pelo Ministério, nós temos um bloco de AF previsto dentro da lei orçamentária anual, assim como preconiza a regulamentação da saúde, então, sob o ponto de vista do recurso que vem, não temos problemas, mas muitas vezes nós temos que fazer complementação com os recursos próprios para a aquisição de insumos e de materiais relativos à AF, inclusive para adquirirmos às vezes medicamentos não padronizados e para atender as ações judiciais, que como já lhe falei é uma grande preocupação nossa, pois às vezes desestrutura completamente o nosso planejamento orçamentário, teto financeiro.” (Depoente B)

“O Financeiro eu acho satisfatório, porque em relação a medicamentos caros, [...] a população tem acesso ao medicamento por causa do SUS e geralmente não tinha, muita gente morria e não chegava a tomar essa medicação para ter mais tempo e qualidade de vida.” (Depoente P)

“Em relação aos recursos financeiros eu acho que o dinheiro tem para comprar os medicamentos, o que complica muito na parte da administração é a demora com as compras, com as licitações, com as empresas que fornecem, [...] isso é o motivo para que haja a falta do medicamento.” (Depoente H)

“Existem alguns medicamentos essenciais que precisam e que estão faltando, mas acredito que não é por falta de disponibilidade de recursos financeiros, é mais a parte burocrática que está atrapalhando realmente esse curso, pra mim eu vejo um problema muito grande nessa parte da assistência farmacêutica no município.” (Depoente J)

Recursos Estruturais

Quanto aos recursos estruturais, os entrevistados relataram inadequação na grande maioria das unidades que compõem a rede da AF municipal, quer seja na GEMAF, na CAF e nas farmácias distritais, quer nas farmácias das USF, o que tem dificultado o bom

desenvolvimento das atividades relacionadas à assistência farmacêutica. Os relatos se referem a vários problemas, dentre os quais o espaço físico insuficiente e inadequado, a falta de refrigeração e as infiltrações nas áreas físicas.

“Na questão de recursos estruturais dos distritos, das farmácias das unidades infelizmente não temos estruturas adequadas, porque são sedes alugadas a maioria delas, eram residências que foram adaptadas e a farmácia fica meio esquecida, então colocam ela lá no fundo perto do banheiro, da cozinha, infelizmente a gente se depara com isso, porque também não tem o olhar da importância que é a parte da farmácia, só serve para estocar mesmo! Eu fico horrorizada quando eu vejo isso, mas já foi muito pior.” (Depoente E)

“A estrutura está pecando em todas as unidades, inclusive aqui, quando houve uma reforma meu primeiro pedido foi uma farmácia, porque não tem condições, todo mundo passa, todo mundo pega, o local de armazenamento não é adequado, então realmente das poucas farmácias que eu passei nenhuma tem uma estrutura boa para farmácia.” (Depoente J)

[...] “a estrutura da GEMAF/CAF é muito quente e inadequada [...].” (Depoente A)

[...] “têm unidades que ainda funcionam em prédios alugados numa situação horrível com muita infiltração, mal estruturada, a farmácia dividindo espaço com outras coisas.” (Depoente L)

“Recursos estruturais, aí é um pouco negativo, na saúde você tem que dar o bom exemplo, então se chega lá um calor grande, aquelas caixas não estão organizadas, não há um local adequado é tudo nas caixas, quer dizer falta de organização também, porque quando entra se for uma pessoa alérgica (acabou), as caixas um em cima da outra não tem nem como a gente passar, não tem ar condicionado nem ventilador, essa parte estrutural realmente está negativa.” (Depoente P)

Para os entrevistados, o município convive com duas realidades distintas, em termos da estruturação dos serviços: as USF, situadas em prédios alugados e em condições pouco adequadas, e as novas unidades integradas, que foram construídas em terrenos próprios do município. Às novas unidades integradas que vêm sendo construídas estão sendo agregadas três ou quatro equipes de saúde da família, que trabalhavam anteriormente de forma isolada, para trabalharem em uma única estrutura planejada e adequada ao acolhimento dos usuários. Em cada unidade integrada está sendo implantada uma farmácia, com estrutura necessária ao atendimento à comunidade ali atendida.

“Hoje nós temos uma política de saúde que está investindo na estruturação física dos serviços, então, até o final do ano de 2012 todas as USF estará em prédios próprios, com exceção de cinco Equipes que não tem terreno próprio e

nós vamos ter que desapropriar, mas já estamos com o processo de desapropriação [...].” (Depoente B)

[...] “então, uma das metas dessa gestão foi retirar os serviços de saúde de locais alugados e sem estrutura, por isso você pode visitar locais que tinham estruturas maravilhosas e outras que ainda estão em processos de mudança. Esse ano nós vamos entregar seis USF iguais a do Grotão (uma das novas que você visitou), tem mais 10 que estão em construção e 15 que já foram licitadas, ou seja, um quantitativo muito grande de ações que ainda estamos desenvolvendo.” (Depoente B)

[...], “por exemplo, nas unidades que estamos construindo agora todas as farmácias são climatizadas tem armários, tem prateleiras, tem geladeira para acondicionar insulina especificamente dentro da farmácia, então, é todo um processo que estamos estruturando e que antes não existiam.” (Depoente B)

“O nosso olhar é que à medida que vamos colocando as unidades em prédios novos e vamos integrando as unidades, nós vamos colocando o profissional farmacêutico, a tendência é que quando tivermos o maior número de Unidades Integradas, teremos farmacêuticos em quase todas as Unidades de Saúde.” (Depoente B)

[...] “a unidade foi inaugurada recentemente, a estrutura está ótima, ficou maravilhosa a estrutura da unidade e até agora graças a Deus está indo tudo bem, a comunidade está amando, está gostando até agora, então melhorou muito porque as Unidades eram todas separadas e agora juntou e realmente a farmácia ficou maravilhosa, para trabalhar ficou melhor ainda, porque a gente vê que está tudo organizado, tudo melhorou bastante.” (Depoente V)

Foi mencionado que um dos motivos de desmotivação dos profissionais (farmacêuticos) para atuarem nas farmácias das USF está relacionado às inadequadas condições estruturais dos serviços de farmácia das USF.

“Onde está o grande nó é nos serviços de farmácia, porque quando você trabalha na Sede na parte de gestão já é difícil, mas ainda conseguimos alguma coisa, mas quando você vai trabalhar na ponta, começa pela estrutura, não tem uma estrutura adequada é totalmente precária, as condições de armazenamento também não são adequadas e isso desestimula, porque não tem um local ideal, influencia no processo de trabalho [...], muitas vezes o mesmo ambiente da farmácia é dividido para três e assim dificulta muito. Agora nas unidades integradas é outra história, já melhora muito” (Depoente K)

Foi ressaltado por alguns entrevistados como sendo um dos grandes investimentos dessa gestão, em termos estruturais para a área farmacêutica, a nova CAF, onde irá funcionar também a GEMAF, a qual estava em construção na época do estudo, mas que, porém, já foi inaugurada em outubro de 2012. Relataram os entrevistados que a nova CAF terá todas as condições necessárias para um armazenamento dentro dos critérios de Boas

Práticas de Estocagem, pois terá uma área especial para recepção, conferência, quarentena, segregação, expedição, área para substâncias sujeitas a controle especial, área para imunização e será toda climatizada e com acondicionamento vertical.

[...] “a gestão municipal tem priorizado a Assistência Farmacêutica de uma forma assim, que eu acredito que até então não tinha sido vista, porque o que eles estão gastando hoje com essa nova CAF, tudo dentro dos padrões, pode ser que tenha uma dessa no Nordeste, mas melhor que a nossa não vai ter, isso eu falo tranquilamente!” (Depoente A)

“Com relação aos recursos estruturais nós vamos ter um ganho grande, já que a GEMAF vai se mudar para um prédio adequado, o setor de imunização vai ficar também lá, então vai melhorar muita coisa [...].” (Depoente K)

“Na nova GEMAF/CAF vai ser tudo climatizado, área de quarentena, área para segregar, a imunização vai estar lá junto, que era uma coisa separada, vai estar lá junto, o acondicionamento dos medicamentos vai ser todo vertical, vai ser uma coisa fantástica que o prefeito está com esse projeto e “é a menina dos olhos dele”, o que ele podia achar que era um galpão? Um lugar pra colocar medicamentos, mas não, você precisa ver na fala dele, ele usa sempre a Assistência farmacêutica.” (Depoente A)

“Outra questão são os fitoterápicos e trabalhos dos florais e homeopatia porque hoje nós temos 2 estabelecimentos no município que trabalham com práticas integradas e complementares e estaremos abrindo no próximo semestre outro serviço que vai ter dentro do seu espaço um laboratório de fitoterápicos, o que a gente quer? Além de ofertar essas práticas é que o usuário do SUS tenha acesso ao medicamento e ao insumo, não tem pra que eu encaminhar o usuário para uma consulta homeopática e ele tenha que ir à farmácia homeopática comprar porque eu não tenho como ofertar, a gente quer produzir também.” (Depoente B)

Cabe assinalar que alguns entrevistados pontuaram a implantação de um sistema informatizado, que irá contribuir muito para organização e estruturação dos serviços - esse sistema já se encontra disponível na GEMAF, e em vias de implantação nas farmácias distritais.

“Agora como eu falei está acontecendo uma melhora, devido alguns recursos na parte de informatização da farmácia, [...] nós vamos ter um controle maior de estoque, de entrada e de saída com a implantação de um programa que vai ser colocado nos Distritos, [...] ainda não conheço, é um software específico para a farmácia.” (Depoente J)

Nesse contexto de organização dos serviços, frisaram como sendo uma etapa fundamental para o bom funcionamento dos mesmos a elaboração de Procedimento

Operacional Padrão (POP) para as principais atividades desenvolvidas e relataram que os POPs da AF elaborados estão atualmente na fase de impressão para distribuição na rede.

[...] “começou essa discussão dos POPs no 1º Seminário de AF, a necessidade de todos os serviços farmacêuticos terem os POPs, uma questão de padronizar nosso fluxo não é? Temos que treinar nossos funcionários, [...]. São muitos POPs, tem o POP de recebimento, armazenamento, distribuição, dispensação, limpeza de ambiente, (eu não estou lembrada no momento de todos), os POPs são somente da farmácia. É uma coisa tão básica e que precisa né, não é uma coisa difícil de realizar.” (Depoente C)

“Existe porque o GT consolidou mês passado, está para ser impresso está tudo no computador, tudo feito e graças a Deus foi um movimento que começamos no ano passado e conseguimos finalizar.” (Depoente G)

“Esses procedimentos todos da farmácia foram refeitos pelo GT, fizemos há pouco tempo, concluímos em mais ou menos dois meses, falta serem impressos e distribuídos para as Unidades de Saúde, mas já estão todos prontos só falta realmente distribuir.” (Depoente J)

Também foi mencionada a aquisição de 100 mil exemplares de livros referentes à AF, abrangendo diversas áreas, para serem distribuídos aos profissionais da rede, oportunizando, dessa forma, um maior suporte técnico às ações desses profissionais.

“Nós estamos adquirindo uma remessa de 100 mil exemplares, tanto para a saúde mental, farmácia básica, farmácia hospitalar, homeopatia e fitoterapia, para distribuímos para os colegas, porque sabemos que a reciclagem é fraca, é pouca, é deficiente ainda não é? Para vê se a gente eleva o nível e estimula os profissionais a uma atualização permanente [...], livros de Farmacologia, da parte de Fitoterapia, nós estamos comprando com os recursos do Pró-Saúde, junto com o pessoal da Educação em Saúde.” (Depoente A)

[...] “a gente tentou muito isso aglutinar a equipe, aglutinar, levantar mesmo o ibope do pessoal, porque tem muitos farmacêuticos muitos bons na Rede, mas que ninguém escuta falar. Os meninos da Saúde Mental são muito bons, participam de oficinas, conversam com a mãe, com o familiar, ninguém escuta nada disso, quer dizer, se insere no grupo, ele se insere na equipe, mas não apresenta um trabalho nem nada, então estamos tentar estimular, influenciar mesmo.” (Depoente A)

6.2.2.4 Percepções dos atores sobre a política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa-Pb.

Na percepção dos atores entrevistados, a política de AF é parte integrante da política de saúde, a qual desempenha papel de grande importância na qualidade da assistência prestada aos usuários. Entretanto, eles a percebem como uma política ainda fragmentada e

que requer maior estruturação e fortalecimento para que venha a cumprir com os seus objetivos.

[...], “a Política de AF ela é básica para que a gente tenha recursos e condições de prestar uma assistência boa ao usuário [...], sem a AF não se faz Política de Saúde.” (Depoente A)

“A política de AF é de grande importância para os serviços de saúde porque acaba sendo a ponta do serviço, é a última passagem que o usuário faz após uma consulta [...] então, a gente precisa ficar bem atenta, para que esse serviço seja feito de forma correta e chegue ao usuário com qualidade [...].” (Depoente E),

“Na realidade eu acho que a AF na política de saúde ainda esta sendo estruturada, [...] porque até um tempo desses atrás a gente via que o acesso à saúde era muito difícil e agora sim, esta se estruturando, mas ainda tem muito que se melhorar e caminhar nessa área.” (Depoente L)

“Quanto a Política de AF creio que não é uma realidade somente do nosso município, é uma área ainda muito fragmentada, a gente precisa ter o farmacêutico presente em todas as US e em todas as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica que hoje em dia ainda não acontece [...], porque temos o farmacêutico nos NASF, temos o farmacêutico distrital e não temos o farmacêutico nas US, então acaba que o processo não é contínuo, o processo no meio ele é quebrado, então a gente não pode exigir dos profissionais que não são da nossa área e que não foram capacitados para isso, a gente não pode exigir tanto não é?” (Depoente G)

Contudo, reconhecem que, apesar de todas as dificuldades, a Política de AF em João Pessoa vem melhorando, até mesmo porque a oferta de assistência integral ao usuário pressupõe a integração da AF à política de saúde.

[...] “no nível do município as expectativas vêm melhorando cada vez mais, na estruturação e fortalecimento da política de AF, nós reconhecemos que tivemos muitos percalços ao longo desses anos de gestão, muito além até do que imaginávamos.” (Depoente B)

“Ela é uma política transversal. Na verdade, para que a gente possa ter um cuidado para com o usuário da melhor maneira possível, não tem como não ir dialogando com a AF, [...] então, não tem como descolar um processo do outro.” (Depoente B)

“A partir da implantação do PSF houve uma melhora significativa da AF como política de saúde, hoje nós podemos fazer a prescrição e o usuário [...] sabe que vai ter acesso à maioria da medicação, nem todas ainda.” (Depoente O)

“O papel da assistência farmacêutica na política de saúde esta bem mais atuante do que antigamente estão colocando gradativamente o farmacêutico na

saúde pública pelo menos nos DS, na Gerência de medicamentos e isso aumenta bem mais a qualidade da AF.” (Depoente L)

[...] “hoje temos um antibiótico como o Cipro, temos Omeprazol, mudou muito, hoje eles reclamam da falta de alguns medicamentos, mas hoje tem Colagenase que não tinha antes, até antiinflamatório Meloxicam a gente já tem no Distrito [...], hoje a gente tem Rocaltrol (para osteoporose), medicação para esquizofrenia (Olanzapina), uma variedade muito grande, às vezes tem a falta que é normal de ter, porém a falta maior para mim como médica da saúde da família vou dizer ‘é ter um paciente que eu não precisaria mandar para o Hospital, se eu tivesse uma Dexametasona injetável’ eu sinto falta disso. Nas Unidades a gente não tem também um farmacêutico aqui nem tem um psiquiatra, então alguns medicamentos como Diazepam, paciente que chega aqui com o estado realmente grave com a pressão lá em cima, isso a gente sente falta, justamente pela falta do farmacêutico que não pode vir esses medicamentos para cá.” (Depoente O)

Porém, pontuaram que a população não tem um conhecimento mais abrangente do que venha a ser a AF, o que também ocorre com alguns profissionais de saúde.

“A população não tem conhecimento do que é a AF em si e de que ela existe, a população quer que tenha o medicamento e que ela receba o medicamento, é isso que ela quer.” (Depoente U)

“A meu ver [...] a população não sabe o que é AF, acha que é só pegar e entregar, eles só querem saber se tem e se não tem, se tem recebe e vai embora e se não tem reclama, aqui na minha realidade eles não conhecem, não tem a mínima idéia, muitos trabalhadores (funcionários) daqui não sabem, imagine a população que não é esclarecida.” (Depoente E)

Quanto aos objetivos primordiais da política de AF, com destaque à garantia do acesso aos medicamentos pela população e ao seu uso racional, os gestores e os farmacêuticos entrevistados demonstraram ter clareza em relação a esses objetivos.

“A Assistência Farmacêutica quando se fala de Política de Saúde, tem um papel primordial [...], para o acesso ao medicamento e a garantia do uso racional [...], então não dá para se pensar em saúde sem se pensar no insumo, sem se pensar na garantia dele e na forma de utilizá-lo.” (Depoente C)

[...] “que os pacientes, os nossos usuários tenham um medicamento certo, na hora certa, na dose certa e que ele faça o uso correto, completo, que ele comece e termine o tratamento, isso pra gente é muito importante!” (Depoente A)

“E hoje em dia eu digo que esta evoluindo, esta melhorando cada vez mais a AF, porque a população esta tendo mais acesso, muito mais acesso [...].” (Depoente D)

“As ações para desenvolver o uso racional de medicamentos [...] material de orientação e educação continuada direcionada aos usuários não tem, [...] precisamos fazer palestras, conversas sobre o uso racional de medicamentos e tem que ter muito cuidado, porque às vezes você fala uma coisa e eles entendem de outra forma, que é reduzir quantidade [...] então esse material precisa ser bem elaborado.” (Depoente H)

Entretanto, os demais profissionais entrevistados, embora compreendam os objetivos finalísticos da AF relacionados ao acesso a medicamentos pelos pacientes, não demonstraram tanta perceptibilidade quando se trata da promoção do seu uso racional.

“Eu vejo o papel da Assistência Farmacêutica como Política de Saúde muito importante entendeu, para toda a comunidade, [...] principalmente na questão do acesso, porque hoje próximo a sua residência todos eles tem uma farmácia do PSF que nós dispensamos o medicamento, eu acho que 70% do medicamento dele na farmácia do PSF hoje está disponível.” (Depoente R)

“Ações para desenvolver o uso racional do medicamento? A gente prefere a quantidade do medicamento não é, então, vamos supor vem alguém com amigdalite e o tratamento é para sete dias, então pelo menos eu dou o medicamento referente a sete dias, eu nunca coloco a mais ou além não, 21 dias, então eu dou o tratamento para 21 dias [...].” (Depoente M)

“Uso racional de medicamentos? Olhe na verdade não tem não, pode ser que seja uma falha da nossa da equipe [...], eu nunca vi isso não, mas foi uma coisa boa você ter tocado nesse assunto que já é uma coisa que nós vamos tocar em reunião, isso é fácil de fazer, mas é como eu estou te dizendo é uma falha nossa. Isso aí já é um alerta para gente batalhar nesse sentido e discutir em nível de equipe.” (Depoente N)

O grau de satisfação dos usuários com a atual política de AF foi vista como algo difícil de ser avaliado, uma vez que a população desconhece o papel, a importância e a abrangência dessa política. Assim, a população reconhece como sendo bom, se o medicamento necessário para realizar o seu tratamento estiver disponível na farmácia da sua USF.

“A população reconhece como bom o acesso que estão tendo aos medicamentos [...].” (Depoente K)

[...] “o que importa é ter ou não o medicamento, porque eles nunca tiveram contato, por exemplo, com a AF como é que eles vão saber que a falta disso é importante ou não para eles, eles não podem reclamar da falta de uma AF se eles nunca tiveram, portanto, se tiver o insumo é ótimo ele pode levar como for e a quantidade que for (tendo, está bom).” (Depoente I)

“Na verdade ainda falta um pouco de conhecimento da população sobre o papel do farmacêutico, eu nunca vi na verdade as pessoas reclamando da falta de

farmacêuticos nas unidades, [...] então eu acho que se deve divulgar a importância do farmacêutico na USF, porque as pessoas ainda querem muito a medicalização (se medicar, se medicar). [...] eu proibi completamente a entrega de medicamento sem a receita, [...] o lado bom que eles vêem é o Hiperdia que hoje esta faltando alguns medicamentos, mas normalmente sempre vem a medicação, eles têm também o mínimo de assistência da parte de antibióticos que é muito difícil faltar [...], tendo os medicamentos, então para eles está bom.” (Depoente J)

Os relatos dos entrevistados também fazem menção ao reconhecimento, por parte dos usuários, da garantia do seu direito de acesso à AF e o dever do Estado em assegurar essa assistência. Portanto, para eles, a AF está boa.

[...] “a população reconhece como sendo melhor é a questão deles terem acesso principalmente a dietas especiais, aos medicamentos por meio de processos administrativos e judiciais, então a garantia do acesso eu acho que é o que eles reconhecem melhor, bom, nem sempre entendem muito o que é política da assistência farmacêutica.” (Depoente C)

[...] “muitas vezes a população não conhece nossas atribuições, mas como bom ela reconhece nosso papel na resolutividade em relação à demanda dele que vem para o Distrito e aqui nós resolvemos [...].” (Depoente F)

Por conseguinte, a falta de medicamentos ou o desabastecimento, mesmo que temporário, ocupam o centro das reclamações dos usuários. Outro aspecto assinalado com unanimidade pelos depoentes foi o controle centralizado dos medicamentos especiais. Como não estão disponíveis na rede de distribuição utilizada para os outros medicamentos, obriga os usuários a percorrer longas distâncias para adquiri-los.

“Então a reclamação é a falta de alguns medicamentos, e dos medicamentos controlados porque os idosos, por exemplo, precisa pegar em lugares muito longe como mangabeira e outros não têm dinheiro para pagar a passagem” (Depoente J)

“Então é isso, a falta de medicamento é realmente o que eles mais reclamam e é muito complicado.” (Depoente L)

[...] “se não existe o medicamento eles já começam a reclamar, porque tem o atendimento médico, tem o atendimento da enfermeira, tem o atendimento do dentista, então tem que ter o suplemento do atendimento farmacêutico, então quando não tem, [...] termina por causa da medicação que ele não recebe, portanto, o que eu acho importante é isso e o que eles mais reclamam é isso, a falta de medicamento que é constante viu.” (Depoente M)

Em síntese, na opinião dos entrevistados, as principais barreiras ao desenvolvimento da AF envolvem o estabelecimento de consenso, entre gestores, acerca das prioridades a

serem adotadas para a melhoria gradativa dos serviços; a cultura do medicamento como fórmula mágica, ou seja, que irá resolver todos os problemas; a automedicação; a baixa adesão aos tratamentos, sobretudo os que demandam o uso contínuo; a insuficiência de farmacêuticos na ponta dos serviços; o desabastecimento ou a falta de medicamentos nas unidades de dispensação, entre outros.

“O conflito é a gente chegar num consenso de prioridade, é o conflito maior que a gente tem, nós conseguirmos falar a mesma linguagem, interagir um pouco mais, principalmente com os prescritores, [...] mas é a questão ‘todo mundo acha interessante a mudança, mas ninguém quer mudar.’” (Depoente A)

[...] “mexer com medicamento, mexer com prescritor, médico ainda é uma figura muito forte, muito inquestionável dentro do contexto apesar de que já tiveram vários médicos aqui bem acessíveis, mas isso ainda é um tabu grande no município, uma coisa bem arcaica. Mudar é sempre um conflito grande.” (Depoente A)

[...] “hoje o maior problema é achar que o medicamento é uma solução mágica que vai te ajudar. Os maiores conflitos estão envolvidos nisso, das pessoas não entenderem que o medicamento pode fazer muito bem e por outro lado pode fazer muito mal, [...] a gente tem também conflitos pela falta de conhecimento dos profissionais do que venha a ser uma Política de AF, a maioria não conhece como a política acontece e como todo o processo está envolvido [...] eu acho que falta esclarecimento e o mecanismo de superação é discussão e esclarecimento sobre a política a toda comunidade, sejam profissionais da saúde, sejam os usuários do sistema.” (Depoente B)

[...] “é trabalhar com pessoas que não são treinadas nem preparadas, e olhe que a gente conversa, às vezes o paciente volta reclamando, aí eu vou lá perguntar o que aconteceu porque o paciente já está temeroso em tomar a medicação, então tem que ter maior cuidado em fazer a prescrição para pessoa chegar lá e dizer que a dose está errada, e aí como eu posso superar? A gente pode errar um dia claro, mas é uma coisa que atrapalha não ter conhecimento, atrapalha todo o processo de trabalho prejudica a confiança que existe em toda a equipe.” (Depoente N)

“Os nossos conflitos em relação à mediação é fazer o usuário entender a prescrição, muitas vezes passamos uma medicação para sete dias e no 4º dia o cidadão para de tomar, ele guarda o remédio por muito tempo, porque se precisar ele volta a tomar. A superação disso aí só vai acontecer com a mão de obra especializada, todos trabalhando juntos para dar tempo.” (Depoente Q)

“Para ser sincera o conflito existe quando a medicação falta, a gente sente a necessidade de dar o medicamento para o usuário, se ele está com o medicamento na mão para ele está tudo resolvido. Se nós formos analisar o maior conflito mesmo é a falta de apoio, orientação, referência e ajuda qualificada que deveria estar mais próxima.” (Depoente U)

6.2.2.5 Grau de integração entre as ações e sua articulação com a esfera decisória.

O tema da articulação entre as ações de saúde com vistas à promoção da integralidade da atenção à saúde foi outro ponto abordado nas entrevistas realizadas. A ideia de que uma abordagem interdisciplinar potencializa novas propostas de ação e intervenção, bem como amplia o poder de articulação com as esferas decisórias, concorrendo para a melhoria não só da AF como de outros programas, foi problematizada pelos entrevistados, que apresentaram as seguintes proposições:

“Dificuldades para articular as ações nós temos desde o processo de trabalho da equipe de saúde da família mesmo, vou citar um exemplo, [...] a implantação do Serviço para Diabetes a gente tem hoje todos os itens que são necessários para dar suporte, [...] temos protocolo implantado, curso discutido, como utilizar cada material, item por item, qual a indicação, quando não é indicado, necessidade de substituição de material e mesmo assim, ainda temos muita resistência dos profissionais, porque a gente tem muitos profissionais que não se comprometem e acabam fazendo de acordo com seu próprio interesse e isso é muito frágil para o processo político. Isso seria a micro política, e é nisso que nós temos que investir.” (Depoente B)

[...]. “A gente conseguiu uma interação muito, muito grande e hoje tudo que o pessoal está fazendo chama a AF para dar uma opinião para saber qual a visão, o que é que a gente acha em tudo que esta sendo feito, isso antes não acontecia, as coisas aconteciam e depois era comunicado, melhorou bastante nesse quesito.” (Depoente A)

[...] “precisa sensibilizar os atores, não adianta ficar só os farmacêuticos discutindo, para gente trabalhar a gente precisa da integração do médico, do enfermeiro, do funcionário, da gestão, depende do usuário, eu acho que precisa disso. Uma sugestão é sensibilizar através de encontros, sensibilizar esses atores para está junto e está entendendo um pouco mais da Política.” (Depoente C)

“Articulação dos principais atores envolvidos na formulação e implementação da política de AF [...] a gente está trabalhando hoje muito para melhorar isso [...] estamos tendo uma relação também com a AF do Estado [...], vê o que eles estão fazendo de interessante, vê o que a gente pode divulgar para o nosso usuário que tem muita questão de falta de informação.” (Depoente A)

A atuação do Conselho Regional de Farmácia (CRF) também foi mencionada em alguns depoimentos, sendo criticado o seu desempenho na esfera pública. Os farmacêuticos entrevistados relataram que o referido órgão tem uma forte atuação junto à rede privada, o que não se observa com relação ao serviço público, visto que são observadas omissões quanto a cobrar do governo a presença do profissional farmacêutico no desempenho de suas funções no serviço público, sobretudo na atenção básica.

[...] “a presença obrigatória do farmacêutico, eu sei que não foi implantado não é? Mas já era para ter sido na equipe da Saúde da Família, o que eu acho estranho é que assim, o CRF esta sempre em cima das farmácias comerciais cobrando que o farmacêutico esteja lá, cobrando que seja pago o piso para os farmacêuticos e a gente vê que no serviço público não existe tanta cobrança, então é uma coisa a se pensar para o futuro, que os Conselhos tenham essa visão, que o farmacêutico é importante também, é primordial mesmo, na Atenção Básica e que eles precisam estar cobrando isso da gestão para que seja implantado.” (Depoente G)

Outro ator considerado estratégico para os debates dos temas relacionados à saúde é o Conselho Municipal de Saúde (CMS), enquanto instância deliberativa de questões da Política de Saúde e de representação social. Nosso objetivo inicial era analisar as atas referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011, para resgatar os pontos de discussão mais relevantes sobre a política de AF e o debate ocorrido nessa instância. Contudo, constatamos que, durante o ano de 2011, o tema AF não entrou em nenhuma pauta de discussão das reuniões do referido Conselho.

A atuação do CMS com relação à política de AF municipal foi considerada por alguns gestores como sendo irrelevante. Sua atuação limita-se a aprovar as proposições enviadas pelo Executivo.

“Desde que eu entrei aqui no ano passado, não tive nenhuma discussão com o CMS, não fui chamada momento algum, eu não participei momento algum de discussão lá no CMS. Não sei se em outros momentos isso aconteceu, mas comigo aqui ainda não.” (Depoente A)

“Na construção do Plano de Saúde (de quatro em quatro anos) a gente fez uma grande oficina com a participação dos trabalhadores, gestores e usuários, [...] foi nesse processo que nós construímos o plano principal. Ele foi construído de forma legítima com participação de todos, em seguida o plano foi apresentado no CMS, onde ele foi aprovado. [...] todo ano nós fazemos um balanço com base no que está previsto para os 4 anos, os resultados que ainda faltam ser alcançados e apresentamos ao CMS a programação anualmente por linha de cuidado, existe um campo específico somente para AF e lá nós colocamos todas as ações que serão desenvolvidas no processo de construção e elaboração em cima do plano principal.” (Depoente B)

7 Discussão

7.1 A implementação – o ciclo da assistência farmacêutica como campo de ação

Em sentido amplo, a Assistência Farmacêutica tem uma função específica, que é a de assegurar o cumprimento das políticas farmacêuticas definidas pelo Governo. Envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que têm como propósito essencial a promoção do acesso a medicamentos de qualidade, assim como de seu uso racional, e como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento (LUIZA, 2003; MARIN *et al.*, 2003).

A seleção de medicamentos é considerada o eixo do Ciclo da Assistência Farmacêutica e serve de base para as demais etapas que o compõem. Os medicamentos essenciais são selecionados para compor um elenco, levando-se em conta a prevalência das doenças, as evidências sobre eficácia e segurança e comparativos de custo-efetividade (OMS, 2002).

Nesse contexto, Magarinos-Torres (2011: 137-138) pontua que, ainda que gestores e prescritores trabalhem pela melhor atenção ao paciente, diferenças importantes de perspectiva decorrentes, seja da diversidade de formação, seja em virtude de objetivos imediatos de processos de trabalho, implicam em diferenças na percepção do conceito de medicamentos essenciais. Essas diferenças têm se manifestado sob a forma de conflitos que desarticulam o objetivo de prover a melhor atenção ao paciente.

No Brasil, o nível federal é responsável pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a qual serve como parâmetro básico para a elaboração das listas estaduais e municipais, de acordo com a situação epidemiológica específica. Assim, conforme disposto no Decreto Federal nº 7508/11, que dispõe sobre a organização do sistema público de saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa regulamentando a Lei 8080/90, poderão os estados e municípios adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos respectivos entes pelo fornecimento e financiamento de medicamentos e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011b).

Portanto, apesar da elaboração das mencionadas listas pelos governos subnacionais não ter caráter obrigatório, se oficialmente instituídas seguindo critérios propostos pelo MS (BRASIL, 2001b), as listas poderão se constituir como base para a estruturação das demais ações da AF e fornecer subsídios para promover o acesso e o uso racional de medicamentos de qualidade. Servirão também como guia para nortear a execução prática dos fundamentos emanados da Lei 12.401/11, considerada como um marco legal, que veio alterar o Art. 6º da Lei 8080/90, estabelecendo, entre outras providências, que a dispensação de medicamentos deve seguir a prescrição que esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico ou, na falta do protocolo, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores federal, estaduais e municipais do SUS (BRASIL, 2011a).

Todavia, como o SUS não dispõe de protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas para todas as patologias existentes no país, as listas de medicamentos essenciais são peças chave para definir a responsabilidade pelo fornecimento e financiamento, bem como servem para nortear as ações emanadas do setor judiciário, no que tange ao acesso a medicamentos (ACÚRCIO, 2013).

No entanto, o conjunto regulatório não exige o nível municipal de suas responsabilidades. Os municípios podem definir seu elenco próprio, para atender necessidades e especificidades locais. O importante a ressaltar aqui é que, se realizada, a seleção cumpra os procedimentos adequados. Assim, a inexistência da REMUME e da CFT, no município de João Pessoa, não deverá ser considerada como uma lacuna tão importante. Porém, como se trata da capital do estado e polo de referência para tratamentos de alta e média complexidade, essa condição aumenta sua responsabilidade no exercício pleno da AF. Pode-se, portanto, considerar como positivo o relato dos gestores e farmacêuticos de que já estavam sendo ensaiados os primeiros passos para a composição da CFT municipal em futuro próximo. Assim, ainda que os indicadores correspondentes tenham tido resultado insatisfatórios, ficou evidenciado que os gestores da AF conhecem o processo correto e estão tomando iniciativas para implementá-lo no âmbito municipal.

Magarinos-Torres (2011) chama a atenção para o reduzido número de estados e municípios que possuem Lista de Medicamentos Essenciais (LME), mesmo passados 13 anos da publicação da PNM, a qual aponta como uma das suas diretrizes a seleção para instituir o uso racional de medicamentos no Brasil. A autora ressalta que apenas sete dos 20 locais visitados tinham LME condizentes com os preceitos da seleção de medicamentos

essenciais (BRASIL, 2001a). Também pontua que um dos motivos para o baixo número encontrado pode estar relacionado à dificuldade em compor uma CFT e mantê-la ativa no âmbito governamental. Cabe assinalar a similitude desse contexto com os depoimentos dos atores da presente pesquisa, visto que alguns deles apontam dificuldades para compor a comissão em virtude da falta de tempo, da sobrecarga de trabalho da equipe de saúde, bem como da inexistência de profissional com o perfil requerido.

Portanto, na ausência de uma REMUME local, os serviços de saúde devem ter como referencial o elenco estadual ou, na ausência deste, o nacional – RENAME. O importante é que haja adoção formal de um desses parâmetros, que devem estar à disposição da equipe de saúde, para possibilitar seu papel de ferramenta indispensável na condução de procedimentos e decisões que envolvem o medicamento e a assistência ao paciente (MARIN *et al.*, 2003; OPAS, 2005). Nesse sentido, foi evidenciado que a RENAME foi encontrada em 78% das USF visitadas, tornando possível o seu acesso para orientar a prescrição, dispensação e programação de medicamentos nesses locais.

A programação e a aquisição são processos estratégicos para a garantia da disponibilidade dos medicamentos nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades da população (MARIN *et al.*, 2003). A programação visa estimar as reais necessidades, compatibilizando-as com os recursos disponíveis para garantir o abastecimento e contribuir para o uso racional de medicamentos.

Segundo os relatos feitos no presente estudo, a programação não é totalmente confiável por algumas razões: falta de uma série histórica, ineficiência do controle de estoque, falta de uma REMUME oficializada e dentro de critérios preconizados pela OMS/MS, falta de capacitação da cadeia ascendente dentro da rede de AF, assim como inexistência de protocolos terapêuticos desenvolvidos no nível local. Estes fatores certamente contribuem para uma falha na programação de medicamentos consolidada e executada pela GEMAF, o que repercute negativamente nas etapas do ciclo da AF como um todo, podendo ser um dos motivos para compras em excesso e/ou a causa dos desabastecimentos.

O processo de aquisição de medicamentos segue os trâmites legais vigentes no país, que determinam como regra a realização de Licitação para as aquisições no serviço público, sendo as modalidades de Registro de Preço e Pregão as mais utilizadas pela Comissão de Licitação da SMS-JP. Entretanto, os gestores e farmacêuticos entrevistados foram praticamente unânimes quando das críticas feitas ao processo de aquisição de

medicamentos, devido à alta burocracia e à morosidade de sua operacionalização, que pode levar cerca de 9 meses a um ano para sua conclusão. Sem dúvida, essa morosidade traz grandes transtornos para a área de saúde e compromete a qualidade da assistência ao usuário, pelo desabastecimento que provoca na rede de AF. Foi relatado ainda como fator complicador o descumprimento contratual pelos fornecedores e a demora na entrega dos produtos, o que demanda muito tempo para elucidação dos recursos e processo jurídico-administrativos até a solução do impasse.

Situação similar foi observada em estudo realizado em Fortaleza, por Correia (2007), onde o tempo para tramitação dos processos de licitação de medicamentos variavam de 5,3 a 7,9 meses, e o tempo de entrega pelos fornecedores, de 18 a 74 dias, podendo chegar, portanto, a nove meses o prazo para conclusão do processo de aquisição. Oliveira (2007b) também faz referência à burocracia e à lentidão das licitações como sendo um dos motivos que dificultam o abastecimento adequado de medicamentos na rede básica do município de Alagoinha-BA

Assim, ainda que o processo licitatório determinado pela legislação brasileira tenha como méritos a intenção de garantir a transparência, igualdade de concorrência e economia de recursos, sem dúvida é um aspecto que ainda requer melhorias.

Para 73% dos medicamentos chave foram encontrados laudos de controle de qualidade (CQ) na última entrega, proporção que pode ser considerada baixa, visto que a legislação brasileira determina que todas as entregas sejam acompanhadas do laudo de controle de qualidade de cada produto, conforme Art. 5º da Portaria nº 2814/98 e Lei nº 9.787/99, que determina, em seu “§ 4º, que a entrega dos medicamentos adquiridos será acompanhada dos respectivos laudos de qualidade” (BRASIL, 1998b, 1999b).

Com relação às condições adequadas para conservação dos medicamentos, foi observada uma média de 63% de conformidade na CAF e nas farmácias distritais. Entretanto, quando avaliada a CAF municipal isoladamente, foi verificado que a mesma cumpria com apenas 30% dos requisitos básicos de armazenamento, resultado considerado preocupante, uma vez que é na CAF que se estocam todos os medicamentos e insumos farmacêuticos da prefeitura, sendo a mesma responsável pelo abastecimento das farmácias distritais e USF. Assim sendo, uma perda de qualidade de medicamentos por má conservação neste nível acarreta um maior potencial de impacto negativo, bem como maiores prejuízos para o erário público. Porém, cabe ressaltar que, no íterim da conclusão do presente trabalho, foi inaugurada a nova sede da Central de Abastecimento

Farmacêutico (CAF), em 03 de outubro de 2012, com um investimento de cerca de R\$ 6,48 milhões, equipamento considerado (pela equipe local) como o melhor do gênero no Nordeste e construída segundo os padrões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), representando um grande avanço para AF de João Pessoa-PB.

Em relação às condições adequadas para conservação dos medicamentos nas USF, foi encontrada uma média de 67% (variando de 20% a 100%) que atendia ao cumprimento dos requisitos básicos de boas práticas de armazenamento. Tal variação pode ser explicada em virtude das novas instalações das ‘Unidades Integradas’, recentemente construídas, que tinham uma farmácia estruturada cumprindo os parâmetros recomendados. No entanto, a maioria ainda se encontrava em casas alugadas, adaptadas em pequenos espaços e sem muitas condições para a adequada conservação dos medicamentos. Tendo em vista que os itens de verificação representam requisitos mínimos de qualidade, abaixo do exigido pela legislação, o resultado pode ser considerado, de forma geral, desfavorável. Esse resultado é semelhante ao que foi encontrado no nível nacional pela OPAS (2005), cuja média foi de 70% das unidades de saúde. Já Vieira (2008b), com base nos relatórios do TCU, encontrou, no nível nacional, 39%, e a média do Nordeste ficou em 43% de condições inadequadas de armazenamento.

Cabe assinalar que os problemas relatados no quesito condições de armazenamento identificados em João Pessoa são, de uma forma geral, similares aos encontrados em outros estudos, sendo relacionados principalmente aos pequenos e inadequados espaços físicos, sinais de umidade/infiltração, quantidade insuficiente de estantes e estrados, falta de controle de temperatura nas geladeiras que acondicionam os medicamentos e falta de climatização (FREITAS; NOBRE, 2011; SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012; VIEIRA, 2008b).

É importante mencionar que não foram encontrados medicamentos vencidos na CAF nem nas farmácias distritais, mas apenas em uma das USF, o que representou 0,2% da amostra estudada - nesse caso, um resultado positivo para o município, neste aspecto compatível com o encontrado pela OPAS (2005), que foi de 0,3%. Por outro lado, foi verificado um percentual de 13% de medicamentos vencidos nos municípios estudados por Vieira (2008b). Entretanto, é importante mencionar que, em estudo realizado pela OMS envolvendo países de baixa, média e alta renda, foi registrado que nenhuma das equipes que realizaram a pesquisa de nível II de saúde encontrou medicamentos vencidos nas

unidades de saúde ou nos armazéns dos países envolvidos, entre os 20 medicamentos essenciais selecionados (WHO, 2006).

O registro de movimentação do estoque é fundamental para a *accountability* e para a programação. Esse registro visa permitir o acompanhamento do serviço de dispensação, subsídio às intervenções que se façam necessárias, bem como ao planejamento de ações dos programas de saúde. Além disso, esses itens podem ser empregados como indicadores de qualidade dos serviços e resultados em saúde (BRASIL, 2009b). É, portanto, relevante que a grande maioria das USF não apresentasse informação adequada da movimentação de estoque, o que impossibilitou o cálculo do indicador de dias de estoque zerado. De acordo com Dupim (1999), o controle de estoque pode ser feito de várias formas, inclusive manual, desde que contenha a movimentação de entradas e saídas dos produtos, registro das perdas e demandas não atendidas, situação esta não observada nas unidades de saúde de João Pessoa-PB.

Os dados de pesquisas nacionais demonstram que esse se configura um maiores problemas identificados na gestão da AF, já que apenas 32% das unidades de saúde e 32% das CAF municipais tinham registro de estoque (OPAS, 2005), e, conforme relatado por Vieira (2008b), havia deficiência ou inexistência de controle de estoque em 71% dos municípios estudados e, com relação ao Nordeste, o resultado foi de 68%. São resultados que merecem ser observados com bastante atenção, uma vez que o controle de estoque é considerado um componente de grande impacto para a gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica.

A dispensação e a orientação farmacêutica são componentes de grande importância para a concretização do acesso e do uso racional de medicamentos. No entanto, não se observou a realização de tais ações nas farmácias das UFS. De uma forma geral, os medicamentos estavam sendo entregues, na sua grande maioria - 79% -, por profissionais leigos e sem treinamento para o desempenho da função. Portanto, a ausência do farmacêutico nas USF, bem como a não realização de Atenção Farmacêutica, que foi constatada na visita aos serviços, assim como também foi relatada pelos entrevistados, pode ser um fator que dificulta a implementação da AF, para prestar uma assistência de qualidade ao cidadão, visto que a Atenção Farmacêutica constitui atividade privativa do profissional farmacêutico. Cabe assinalar que, das 32 USF visitadas, apenas duas contavam com o trabalho direto desse profissional, havendo, portanto, o descumprimento da Lei nº

5.991, de 17 de dezembro de 1973, que determina a obrigatoriedade da presença do farmacêutico em locais de dispensação de medicamentos.

Adicionalmente, o MS e vários autores vêm reforçando a importância da inserção plena da assistência farmacêutica na Atenção Primária de Saúde, bem como a inclusão e integração do profissional farmacêutico a equipe de saúde (BRASIL, 2008b; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Tal atividade é particularmente importante quando se considera o nível médio de vulnerabilidade dos usuários no município. Assim, o nível de escolaridade dos pacientes abordados, que pode ser tomado como uma *proxy* da bem descrita vulnerabilidade predominante no nordeste, variou entre 42% que tinham nível de escolaridade fundamental incompleto, e 18% que tinham fundamental completo, passando por 28% que possuíam ensino médio completo.

Nesse contexto, ganha particular atenção e importância a capacitação dos recursos humanos, principalmente o desenvolvimento de educação continuada para o desempenho da dispensação e orientação farmacêutica de forma humanizada, bem como a promoção, para os usuários, de práticas educativas quanto ao uso racional dos medicamentos. Costa (2008) estudou o efeito da educação sobre a saúde, utilizando um modelo de dois estágios e considerando a variável educação como sendo endógena. O resultado mostrou que há um impacto positivo e significativo da educação sobre a saúde.

De igual forma, é também de fundamental importância a normatização de procedimentos para se alcançar uma maior confiabilidade quanto ao desenvolvimento e melhoria da qualidade na execução das ações. No momento da visita, não havia qualquer Procedimento Operacional Padrão (POP) vigente, ainda que tivesse sido relatado que um conjunto deles estava concluído, na iminência de impressão.

7.2 Percepção dos atores sobre a política de AF municipal – ambiguidade e conflito quanto aos objetivos

Na percepção dos atores entrevistados, a política de AF é parte integrante da política de saúde, tendo um papel de grande importância na qualidade da assistência prestada aos usuários. Os entrevistados consideram que tem havido avanços na implementação dessa política no nível municipal, uma vez que a prestação de assistência integral ao usuário

pressupõe a integração da AF à política de saúde - concepção da AF absorvida segundo o que emana dos preceitos institucionais (BRASIL, 2006; OMS, 2002).

Pode-se dizer que, a partir de 2005, houve uma janela de oportunidade proporcionada pelo ambiente político, com a convergência de um prefeito e de um secretário municipal de saúde que eram farmacêuticos - uma 'janela política', característica apontada por Kingdon (2003) como sendo uma oportunidade para advogar a entrada de possíveis soluções ou para impulsionar atenção sobre problemas especiais. Os eventos que provocam sua abertura podem ser programados ou não e essas oportunidades de acesso de uma questão à agenda não permanecem por tempo indeterminado. No caso estudado, a formação destes atores, estratégicos para o processo de implementação da política de AF, merece destaque. O domínio do campo de conhecimento, bem como dos componentes da política, podem ter contribuído para o histórico recente de avanços verificados no município.

No entanto, alguns anos depois, já na oportunidade da coleta de dados, ficou claro o reconhecimento, particularmente entre os gestores, de uma persistente fragilidade e fragmentação das ações concernentes à AF. Em decorrência, é patente a necessidade de maior estruturação e fortalecimento para o alcance dos objetivos, segundo as orientações nacionais, em particular da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, para promoção do acesso e uso racional de medicamentos.

Nesse contexto, as políticas nacionais tem um papel preponderante para implementação das políticas setoriais. Entretanto, faz-se necessária a convergência das políticas públicas co-relacionadas, sob responsabilidade compartilhada dos entes federados - União, Estados e Municípios, tendo a descentralização como princípio. Portanto, a dinâmica do federalismo se vincula a uma articulação harmônica entre a autonomia e a participação dos entes federados, como integrantes mutuamente dependentes e complementares (SCELLE, 1948).

Contudo, alguns entraves parecem estar dificultando a implementação dessa política nos níveis subnacionais, inclusive no município de João Pessoa. Nesse sentido, Mayorga *et al.* (2004), ao analisarem a situação da assistência farmacêutica no Brasil, concluíram que os municípios e estados enfrentam problemas relacionados ao desenvolvimento e à qualidade dos serviços farmacêuticos, à debilidade na infraestrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos. Nessa mesma linha de pensamento, afirma Vieira (2008b) que se faz necessário avanço considerável para superar o modelo predominante no SUS, limitado na maioria dos

municípios à aquisição e distribuição de medicamentos. Esse aspecto pode ser confirmado, para o contexto específico de João Pessoa e da Paraíba, conforme os achados de Bruns (Apêndice I). Adicionado a isso, estados e municípios convivem com a falta de clareza quanto à definição de competência das ações, muitas vezes sobrepostas, bem como quanto aos repasses de recursos para a consecução dos objetivos propostos pela política. Evidenciam-se, portanto, níveis significativos de ambiguidade e conflito para operacionalidade das ações.

Acesso e uso racional são tomados aqui como os dois grandes objetivos da política de medicamentos. Assim, há o reconhecimento, por parte dos entrevistados, de que o acesso dos usuários aos medicamentos melhorou, apesar de impasses existentes para conformação dessa política no nível municipal. Porém, também reconhecem que o desabastecimento ainda é uma realidade constante no município. Tal informação se coaduna com os dados encontrados nas unidades de saúde, onde foi verificada disponibilidade média de 74% (variando de 41,1% a 94,1%) dos medicamentos chave nas USF, CAF e nas farmácias distritais.

Esse achado é semelhante ao valor de 73%, encontrado pela OPAS (2005), quando avaliou a Assistência Farmacêutica no Brasil, evidenciando que o dado encontrado em João Pessoa, ainda que não satisfatório, se assemelha a outras realidades nacionais. Por outro lado, resultados de realidades mais específicas mostram que é possível atingir um melhor desempenho para este indicador. Cunha, Zorzatto e Castro (2002) encontraram uma disponibilidade de 87,2%, em 12 unidades municipais de saúde de Campo Grande/MS; Naves e Silver (2005) referem-se a uma disponibilidade de 83,2%, em 15 Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal; Santos e Nitrini (2004) observaram uma disponibilidade de 98,4%, em 10 unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto/SP.

Portanto, a importância de melhorar o desempenho para este indicador se confirma pelo padrão considerado ideal pela OMS, que é de 100% (WHO, 2007), por se tratar de um elenco de medicamentos essenciais para tratar doenças de alta prevalência, sendo considerados fundamentais como medicamentos de primeira escolha no nível do cuidado básico de saúde e que devem estar disponíveis (OPAS, 2005).

O resultado encontrado em João Pessoa indica que nem sempre o usuário obtém do serviço público os medicamentos de que necessita. Esse aspecto se mostra relevante, uma vez que o estado da Paraíba é considerado um dos mais pobres do Brasil, sendo

particularmente importante uma gestão eficiente dos recursos para atender às demandas de medicamentos da população.

Bertoldi *et al.* (2010) enfatizam que, caso o SUS não forneça os medicamentos essenciais aos usuários, estes ou os adquirem no setor privado ou não cumprem os tratamentos por falta de condições financeiras, pois grande parcela da população atendida no SUS é de baixa renda, sendo o fornecimento gratuito, normalmente, a única possibilidade de acesso aos medicamentos (PANIZ *et al.*, 2008).

Portanto, em situações de escassez de recursos, a gestão dos processos envolvidos e o controle sobre os preços dos medicamentos é condição *sine qua non* na área farmacêutica, pois possibilita uma maior disponibilidade e, conseqüentemente, uma maior acessibilidade dos medicamentos pela comunidade (ALI, 2009)

Nesse sentido, ferramentas como o MPR (Median Price Ratio) podem auxiliar na avaliação das aquisições realizadas pelo ente público. Cabe ressaltar que o valor do MPR das compras públicas indica a eficiência do processo de aquisição, e o MPR privado expressa a carga na capacidade aquisitiva do usuário.

Nesse contexto, foi encontrado um MPR de 4,066, indicando que em média foram adquiridos pela prefeitura municipal de João Pessoa os medicamentos chave por um preço quatro vezes maior em relação ao preço internacional de referência. Entretanto, análise individual do MPR indica desempenho heterogêneo, pois encontrou-se valor de MPR menor que a unidade, indicando que tal conjunto de itens foi adquirido por preço mais baixo que o de referência, e situação contrária para os 50% restantes, com MPR variando de 0,167 a 27,321. Tal resultado sugere que se faz necessário o desenvolvimento de ações com vista a melhorar a eficiência na aplicação dos recursos públicos no quesito aquisição de medicamentos.

Contudo, cabe ressaltar que para uma melhor análise faz-se necessário um estudo mais detalhado, pois a análise de ambas as situações, MPR abaixo e acima da unidade, depende da compreensão de fatores específicos que influenciam no preço, como volume de compras realizado, participação no mercado, requisitos de qualidade do produto entre outros fatores. Além disso, foi utilizado para a comparação um pequeno número de medicamentos (19 medicamentos), portanto os resultados são limitados quanto à capacidade de generalização (WHO; HAI, 2008).

Quanto ao “percentual de medicamentos prescritos e dispensados”, foi observado que 70% dos medicamentos prescritos haviam sido dispensados, dados que corroboram com os depoimentos dos atores entrevistados quanto ao problema de acesso aos medicamentos pela população do município devido ao desabastecimento. Apesar do resultado ser um pouco acima da média encontrada em outros estudos, como o de Freitas e Nobre (2011), que encontraram um percentual de 68%, e o da OPAS (2005), cuja média nacional foi de 65,7%, cabe salientar que o dado se refere a medicamentos essenciais e básicos para tratar a população, considerado, pela OMS (WHO, 2007) como sendo ideal 100% de dispensação dos mesmos.

Assim, em um município com PIB per capita de 13.553,00 e um IDH-M de 0,783, o suprimento regular pelo setor público, garantida a eficiência da aquisição e a qualidade dos produtos, é fundamental para a população que necessita desses medicamentos e possui baixo poder aquisitivo (IBGE, 2010b).

Nesse sentido, pesquisa realizada por Barros e Bertoldi (2008) em Porto Alegre/RS, com famílias abrangidas pelo Programa de Saúde da Família, constatou que os medicamentos foram responsáveis por 47% das despesas das famílias com o item saúde, e que 12% dos domicílios tinham despesas de saúde em mais de 40% da sua capacidade de pagar, situação esta que traz grandes prejuízos para a renda familiar e agravos de saúde para aqueles que não podem dar conta dos gastos requeridos.

Cabe salientar que as situações de iniquidade social são acentuadas no Nordeste, o que já vem sendo objeto de algumas pesquisas no Brasil. Nesse sentido, estudo realizado por Paniz *et al.* (2008) nas regiões Sul e Nordeste apontou que a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos foi de 81% e, em idosos, 87%, observando ainda que o maior acesso entre os adultos da região Sul estava associado com idade, melhor nível econômico, tipo de morbidade crônica e participação em grupos na UBS; entre os adultos do Nordeste, com hipertensão arterial sistêmica exclusiva ou combinada com diabetes mellitus; entre os idosos do Sul, com maior escolaridade; entre os idosos do Nordeste, com maior idade, maior escolaridade, não fumantes, vínculo com a UBS e modelo de atenção Programa Saúde da Família (PSF). Portanto, os resultados encontrados revelam importante iniquidade em saúde, ressaltando a necessidade de políticas para ampliar o acesso principalmente para populações de menor poder aquisitivo.

A proximidade das USF das residências dos usuários, conforme depoimento dos entrevistados, é um facilitador para que estes busquem os serviços de saúde e,

consequentemente, tenham acesso aos medicamentos. Nesse sentido, Emmerick (2011: 82) afirma que “a busca de cuidado no sistema de saúde foi o principal determinante do acesso a medicamentos”.

Assim, foi evidenciada uma média alta para a acessibilidade geográfica - 95% dos usuários relataram levar menos que 30 minutos para chegar à USF, e a grande maioria o fez sem custo, achado considerado positivo. Cabe ressaltar que esse dado pode estar superestimado, uma vez que foi obtido por entrevista aos usuários dentro das USF, portanto, com aqueles que conseguiram chegar ao serviço.

Quanto ao uso racional de medicamentos (URM), outro objetivo primordial para implementação da AF, vários são os fatores que contribuem para o seu alcance. O URM, como já se disse, compreende a prescrição adequada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação orientada e em condições apropriadas, o consumo nas doses certas e pelo período indicado e nos intervalos definidos de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (SANTOS; NITRINI, 2004).

Não foram relatadas ações por parte do município para o desenvolvimento do URM, e os achados apontam a inexistência de ações nesse sentido, até o momento da pesquisa. Desse modo, foi observada a falta de conhecimento por parte dos entregadores do que significa o uso racional de medicamentos, o que pode ser explicado em parte por não terem a formação na área de saúde, bem como, na maior parte das vezes, por não serem capacitados para o desempenho da função. Ademais, resultado similar foi observado por Alves (2003), quando estudou unidades básicas de saúde de Juiz de Fora – MG, onde constatou que trabalhadores comuns estavam fazendo a entrega de medicamentos sem ter a capacitação adequada para o desenvolvimento de tal ação, pois não possuíam os conhecimentos específicos sobre a importância de uma orientação farmacêutica quanto ao uso adequado dos medicamentos e a influência desta para uma efetiva recuperação da saúde dos usuários.

Quanto aos resultados dos indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos, foi detectado que, em relação ao “número médio de medicamentos por prescrição”, ambos os métodos (entrevista ao paciente e revisão de prescrições) apresentaram resultados similares, isto é, 2,0 e 1,9, respectivamente, estando dentro do padrão que a OMS considera como razoável, que é de até 2,0 medicamentos por prescrição (WHO, 2006). Entretanto, esse padrão proposto pela OMS carece de validação para contextos como o do Brasil, onde muitos protocolos oficiais da atenção básica de saúde

compreendem mais de 2 medicamentos por prescrição. Portanto, não se pode dizer que prescrições com mais de 2 medicamentos sejam, necessariamente, indicativo de sobreprescrição ou de uso irracional de medicamentos.

Contudo, cabe ressaltar que os resultados encontrados em João Pessoa guardam semelhança com outros achados desenvolvidos em outros estudos no país, como o de Cosendey *et al.* (2000), que analisou serviços de saúde em municípios de cinco estados da federação, encontrando o valor de 2,37, enquanto Luiza (2003), quando analisou 20 municípios do estado do RJ, encontrou o valor de 2,0, e Naves e Silver (2005), ao estudarem amostra de 15 centros de saúde no Distrito Federal, encontraram o valor de 2,3.

Dos medicamentos prescritos, 70% estavam adequadamente rotulados, seguindo a legislação brasileira (critério Brasil). Considerando-se o padrão ideal de 100% (WHO, 2007) a divergência pode ser explicada em virtude do manuseio inadequado dos blisters quando da divisão do quantitativo a ser dispensado ao usuário, de acordo com o tratamento prescrito. Cabe ressaltar que não havia fracionamento dos medicamentos (com violação da embalagem original) nas dependências das unidades de saúde, portanto, medidas de intervenção para melhoria e orientação quanto a esse processo se fazem necessárias.

Quanto ao “percentual de medicamentos prescritos que fazem parte da RENAME”, a média encontrada foi de 67%, com uma variação, entre as unidades, de saúde de 44% a 87%, resultado que evidencia a necessidade de uma maior discussão quanto à lista de medicamentos essenciais para se obter uma maior adesão dos prescritores. Cabe destacar que a média nacional foi de 78% (OPAS, 2005).

Com relação ao indicador “percentual de medicamentos prescritos pela denominação genérica (DCB ou DCI)”, foi evidenciada uma média de 90%, a qual, apesar de ser relativamente alta, se dá em virtude da prescrição de medicamentos pela denominação genérica ser uma exigência legal no Brasil. Chama a atenção a variabilidade do desempenho desse indicador, que variou de 51% a 100%, tendo em vista a exigência legal no Brasil, conforme a Lei nº 9.787/99 (BRASIL, 1999b). Em outros estudos, foi observada situação semelhante quanto à variabilidade dos resultados, como 30,6% encontrada por Santos e Nitrini (2004), 84,3% encontrada por Cunha, Zorzatto e Castro (2002), 84,2% referenciado pela OPAS (2005) e 91% observado por Freitas e Nobre (2011), de modo que os resultados demonstram tendência à maior adesão a esse princípio.

Em relação ao “percentual de pacientes com prescrições de injetáveis”, foi constatado que em média apenas 2% dos pacientes obtiveram prescrição de injetáveis, portanto muito abaixo dos 20% considerados como razoáveis pela OMS (WHO, 2006) e abaixo também dos valores encontrados por outros estudos como o realizado pela OPAS (2005) que encontrou 7,9% e Cunha, Zorzatto e Castro (2002) que relatou percentual da ordem de 7,5%.

Entretanto, o resultado observado de prescrições de antibióticos foi de 59%, bastante alto tendo como parâmetro a recomendação da OMS como sendo aceitável valor inferior a 30% (WHO, 2006) e ficou acima de outros estudos realizados no Brasil (COSENDEY *et al.*, 2000; OPAS, 2005). Portanto, deve-se considerar que estudo mais detalhado seria necessário para maior aprofundamento desse indicador, mas o resultado sugere, em todo caso, a necessidade de se trabalhar o conceito da prescrição racional.

Foi constatado que 86% dos pacientes “sabiam como usar os medicamentos”, um percentual relativamente alto, tendo, entretanto, esse percentual variado de 63,3% a 100% na distribuição das unidades de saúde. Resultado semelhante foi encontrado no estudo desenvolvido pelo NAF/FIOCRUZ (LUIZA *et al.*, 2006), quando fez uma avaliação nacional da dispensação de medicamentos para pessoas vivendo com HIV e AIDS (84%), e no estudo da Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil, realizado pela OPAS (2005), em que o valor encontrado foi de 77,6% para usuários das unidades básicas de saúde. O que pode ter concorrido para o alto percentual constatado é o fato de que se trata de 15 medicamentos chave para o tratamento de doenças prevalentes, e com uso provavelmente já bastante conhecido por parte dos usuários, assim como por se ter em média apenas dois medicamentos por prescrição. Entretanto, o resultado não deve interferir na conscientização da necessidade precípua da implementação da Atenção Farmacêutica, buscando o URM e adesão ao tratamento por parte dos usuários.

Quanto à “disponibilidade de protocolos terapêuticos padrão (PTP)”, os protocolos selecionados para a pesquisa foram o de Tuberculose (TB) e o de Diabetes Mellitus (DM). Verificou-se que, em 94% das unidades, existia pelo menos um dos protocolos selecionados; entretanto, esse percentual caiu para 31,3%, quando procurada a existência de ambos os protocolos terapêuticos nas unidades de saúde. Cabe assinalar que o protocolo de tuberculose se encontrava em 81% das USF, um resultado que pode ser considerado como positivo se comparado a outros resultados encontrados em outros estudos. Entretanto, por serem programas estratégicos do governo e de grande relevância para a

saúde pública, os protocolos deveriam estar disponíveis em todas as USF, já que, depois do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento serão realizados nas unidades básicas de saúde, as quais devem estar municiadas de todas as informações necessárias para a correta condução dos casos.

De acordo com a OMS, a existência da lista de medicamentos essenciais e protocolos terapêuticos contribuem de forma significativa para garantir o uso racional de medicamentos. Os protocolos devem ser desenvolvidos para cada nível de atenção, com base em condições clínicas prevalentes, objetivando a adesão dos prescritores quanto à tomada de decisão sobre o tratamento adequado para condições clínicas específicas, propiciando aos mesmos um ponto de referência para o diagnóstico e o tratamento satisfatórios (WHO, 2006).

Nessa perspectiva, foi observado que os atores entrevistados tinham uma certa clareza quanto à questão do acesso, porém ficou evidenciada a não apreensão do conceito sobre o uso racional de medicamentos por alguns prescritores e entregadores no presente estudo, ficando patente a existência de um grande hiato entre estes profissionais e os farmacêuticos, para troca de informações quanto à importância do uso racional de medicamentos e a necessidade do envolvimento de todos nesse processo, médicos, farmacêuticos, odontólogos, enfermeiros, usuários, gestores, dispensadores, indústria e governo, para, em conjunto, buscar minimizar os problemas advindos da irracionalidade do uso de medicamentos e alcançar os objetivos primordiais da política quanto ao acesso e uso racional de medicamentos.

Magarinos-Torres (2011) sinaliza heterogeneidade de perspectiva entre gestores e prescritores quanto a aspectos do uso racional. Enquanto os gestores estão mais preocupados com os critérios de evidências científicas de eficácia quanto a dados de segurança e custo-efetividade, para os médicos, o que mais importa é a disponibilidade e sua experiência com os medicamentos, especialmente os mais usualmente prescritos.

Cabe ressaltar que os prescritores têm papel preponderante no uso racional de medicamentos, porém, por vezes, não têm acesso às informações completas e confiáveis a respeito da eficácia e da segurança dos medicamentos. Parte deles desconhece os possíveis efeitos nocivos do que prescreve, ou mesmo não sabe identificar nem prevenir corretamente combinações perigosas entre as substâncias farmacológicas (NASCIMENTO, 2003). Portanto, parte da ocorrência do uso inadequado se deve a lacunas na formação

médica e, principalmente o papel assumido pela indústria farmacêutica de incitar comercialmente a demanda (PALÁCIOS; REGO; LINO, 2008).

Nesse sentido, vale, ainda, ressaltar a dependência dos prescritores, para atualização em farmacoterapia, de informações elaboradas e disseminadas pelos produtores de medicamentos. São adotadas estratégias publicitárias amplas, variadas e convincentes, a que vem somar-se a adesão dos prescritores - e, também, dos pacientes - a paradigmas reducionistas e cartesianos sobre o processo saúde-doença, que contribuem para ampliação do processo de medicalização e, em decorrência, do uso inadequado dos medicamentos (BARROS, 2008, 2013).

Além do desconhecimento e da falta de informação/orientação, por parte dos usuários, dos riscos advindos do uso irracional dos medicamentos, para Marin *et al.* (2003), a educação dos prescritores e do público em geral é um elemento fundamental da política de medicamentos. Porém, de acordo com Cosendey (2000), nos municípios visitados, pouca atenção é dada a este aspecto.

Essa “falta de informação” segura sobre o assunto para prescritores e usuários, a propaganda distorcida e desenfreada de medicamentos, a ausência do farmacêutico em grande parte dos serviços e a cultura da polifarmácia e da automedicação levam a vários problemas, dentre eles o uso irracional de medicamentos, tido hoje como um grave problema de saúde pública. Cabe assinalar que, segundo a OMS, até 50% dos medicamentos são prescritos e/ou dispensados inadequadamente, e 50% são usados incorretamente pelos pacientes (WHO, 2004). Portanto, é de suma importância que o usuário obtenha uma prescrição adequada e uma orientação no ato de dispensação, para resguardar a saúde. Assim, a dispensação deve assegurar que o medicamento seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada, e que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto. (WHO, 1993).

Vale salientar que foram evidenciadas má compreensão e divergências importantes entre os entrevistados quanto a conceitos basilares da assistência farmacêutica, como o uso racional de medicamentos, particularmente entre os prescritores e entregadores de medicamentos. Nesse contexto, chamou atenção o conceito reducionista manifestado por alguns prescritores do uso racional para disponibilidade de medicamentos.

Ainda que a ambiguidade se localize em grupos específicos de atores, estes são profissionais estratégicos para o desenvolvimento e disseminação do uso racional, pois, do

contrário, pode resultar em uma barreira importante para implementação da AF, visto ser condição *sine qua non* que pelo menos o conjunto basilar de objetivos seja amplamente conhecido pela equipe multiprofissional, para a articulação e integração das ações de saúde.

7.3 Meios para materialização e execução da política de AF – ambiguidade e conflito existentes na percepção dos atores

A implementação da política de AF, tendo como premissa a assistência voltada ao cidadão e centrada no medicamento como bem de saúde, coadjuvante para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, se materializa na proporção em que são disponibilizados os meios para a consecução de seu objetivo primordial, que é proporcionar o acesso e o uso racional de medicamentos seguros e eficazes à população.

Portanto, para garantir o desenvolvimento das diversas etapas constituintes da AF, a disponibilidade de forma planejada, continuada e adequada dos recursos humanos, financeiros e estruturais torna-se indispensável para o êxito da implementação da política. Segundo Marin *et al.* (2003: 71), “a alocação de recursos existentes é uma ‘decisão política’ do gestor da organização de acordo com seu plano e sua capacidade de governo”.

Quanto aos recursos humanos, tidos como principal ativo das organizações, pode-se inferir que, no caso da AF municipal, são insuficientes para o desempenho das ações prementes à implementação dessa política. Cabe ressaltar que, das 32 farmácias das USF visitadas, foi constatada a presença do farmacêutico no desempenho de suas funções, de forma permanente, em apenas duas unidades.

Esse quadro reduzido de farmacêuticos não é privativo do município de João Pessoa. Na realidade, configura-se em vários municípios brasileiros, conforme já salientado nos estudos de Naves e Silver (2005), que evidenciaram situação semelhante no Distrito Federal, onde somente dois Centros de Saúde, dos 15 analisados, contavam com farmacêuticos. Em De Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006), nos 20 municípios pesquisados no estado do Rio Grande do Sul, apenas cinco possuíam farmacêuticos na Assistência Farmacêutica Básica (AFB). A carência de farmacêuticos foi ainda corroborada por Silva (2011), que analisou a implementação da AFB a nível municipal no estado do Rio de Janeiro.

A existência de lacunas a serem preenchidas para a implementação da política de AF no serviço público tem como uma das suas expressões a baixa participação do profissional farmacêutico, apesar do reconhecimento dele, pela OMS, como o melhor condutor para que a mesma alcance os seus objetivos. “Somente quando se aceita o farmacêutico como membro vital da equipe de atenção em saúde é que se pode organizar os serviços de apoio necessários com o profissionalismo exigido” (WHO, 1990: 2).

Cabe assinalar que, apesar da prefeitura municipal de João Pessoa ter ampliado o quadro desses profissionais, por meio de concurso público realizado em 2010, e ter incluído o profissional farmacêutico no NASF, o que é considerado um avanço nesse quesito, os resultados observados tanto nos depoimentos dos atores envolvidos como ‘*in loco*’ evidenciam que o foco da atuação destes profissionais está direcionado primordialmente ao desempenho de funções técnico-administrativas e gerenciais, em detrimento das funções assistenciais. Soma-se a esse aspecto a sobrecarga de trabalho para o farmacêutico, devido ao quantitativo insuficiente desses profissionais para abranger as ações que se fazem necessárias, principalmente com relação à dispensação e orientação farmacêutica. Nesse sentido, tanto a OMS como a OPAS vêm empreendendo esforços para o reconhecimento do farmacêutico como profissional de saúde com melhor capacitação para a condução de todas as ações referentes à melhoria do acesso e desenvolvimento do uso racional de medicamentos (OPAS, 1993; WHO, 1990, 1998).

A dispensação e orientação farmacêutica é uma das etapas mais importantes do ciclo da AF na atenção básica, bem como uma das ações estratégicas para efetivação do acesso e do uso racional de medicamentos. É, pois, essencial e indispensável a presença do farmacêutico que é o profissional de saúde com conhecimento técnico - científico para desempenhar essa atividade.

Desse modo, quando verificado quem estava dispensando os medicamentos na farmácia no momento da visita, ficou constatado que profissionais não treinados estavam fazendo essa entrega aos usuários, correspondendo a um percentual de 78,8%, enquanto que apenas 6,1% estavam sendo dispensados por farmacêuticos, resultado considerado preocupante, em virtude dos graves problemas relacionados ao uso e à gestão inadequada dos medicamentos.

A OMS também reconhece que, para a qualificação da assistência à saúde, a educação continuada é considerada como sendo essencial para o desenvolvimento dos

recursos humanos, objetivando a apreensão de novas técnicas, desenvolvimento de competências, uso de tecnologias e atualização técnico-científica para os mesmos.

Sob esse aspecto, “o percentual de profissionais farmacêuticos e dispensadores submetidos à educação continuada” encontrado foi de 38%, valendo salientar que se buscou alcançar o quantitativo dos eventos oferecidos para capacitação dos profissionais, e não o seu desempenho. Entretanto, o resultado encontrado ficou abaixo do padrão recomendado pela OMS, o qual deverá ser maior ou igual a 50% (WHO, 2007), tal resultado se coadunando com os relatos dos entrevistados, que consideram premente o desenvolvimento de um programa de educação continuada para melhor capacitar a equipe de saúde, médicos, farmacêuticos, enfermeiros, odontólogos e, sobretudo, os profissionais de nível médio que estão entregando os medicamentos sem estar capacitados para atuar na área de AF.

Nesse sentido, De Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006) assinalam que o baixo percentual (25%) dos trabalhadores que atuam na AF e que não participaram de algum tipo de capacitação nessa área pode contribuir para a má aplicação dos recursos públicos e uma baixa efetividade, quando da utilização dos medicamentos. Considera como sendo fundamental que cada município tenha um programa institucional de educação continuada como parte do seu gerenciamento de saúde. Esse é um instrumento que promove o uso racional de medicamentos, uma vez que incentiva os prescritores quanto a uma prescrição mais racional, assim como aos funcionários envolvidos com a dispensação para uma melhor qualidade da orientação farmacêutica (COLOMBO *et al.*, 2004; SANTOS; NITRINI, 2004).

Nesses termos, a educação continuada é de grande importância para a construção de um novo perfil profissional, capaz de fazer frente aos desafios da implementação da política de Assistência Farmacêutica, em comunhão com os anseios de uma sociedade contemporânea e em busca da integralidade da assistência. De acordo com Catrib *et al.* (2003 apud MACHADO *et al.*, 2007: 340),

A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social

A manutenção de uma equipe de saúde capacitada e atualizada com as novas tecnologias, as mudanças farmacoterapêuticas, com a implementação das políticas, oportunizando a discussão entre os pares e a sociedade, resulta em enormes benefícios no que tange à qualidade dos serviços prestados à comunidade (WHO, 2006).

Quanto aos recursos financeiros, foram considerados suficientes para prover as necessidades da população quanto à dispensação de medicamentos na atenção básica, tendo sido, entretanto, apontada pelos gestores a preocupação com o elevado número de demandas judiciais, que vêm acarretando certa instabilidade quanto aos recursos orçamentários previstos para o exercício, destinados à aquisição de medicamentos.

Evidências de que a judicialização da política de assistência farmacêutica tem sido, no âmbito da atenção coletiva, um fator desorganizador das finanças públicas e de desvio de recursos para a execução de ações não programadas, que já foram sinalizadas por Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005). Em todo o país, segundo informações provenientes do Ministério da Saúde, os valores gastos com ações judiciais no ano de 2007 ultrapassaram R\$ 500 milhões de reais nas esferas federal, estadual e municipal (JUNGMANN, 2007 apud LOPES *et al.*, 2010).

Quanto aos recursos estruturais, foi verificado que, em termos de estrutura física, a maioria das farmácias das USF, a CAF/GEMAF e as farmácias distritais do município estavam instaladas em casas alugadas, com espaço físico insuficiente para atender às necessidades de cada serviço, além de serem inadequados para o armazenamento e a dispensação dos medicamentos.

Entretanto, conforme depoimentos, uma das metas da gestão municipal seria transferir esses serviços para equipamentos próprios, com infra-estrutura adequada para o bom desenvolvimento dos serviços e o bem estar da população. Nessa diretriz, algumas unidades já foram inauguradas, e outras estavam em construção, no momento da pesquisa.

Portanto, a equipe de saúde e os usuários convivem hoje com duas realidades distintas, em termos de condições de trabalho e qualidade do atendimento: USF sem condições adequadas e USF integradas, que são as novas instalações, as quais agregam de três a quatro equipes - ESF, uma farmácia e toda a infraestrutura necessária ao atendimento da comunidade do entorno.

Dois outros grandes investimentos do município na área de AF, em curso no período da pesquisa, foram a construção da nova sede da GEMAF e da CAF, inauguradas após o

término desse estudo, sede que é referida como sendo ‘se não a melhor, uma das melhores do nordeste’ E a construção do centro de práticas integrativas de plantas medicinais, o qual terá uma farmácia de manipulação de produtos homeopáticos e fitoterápicos, para atender à população com medicamentos desse segmento, ‘um sonho antigo da saúde pública municipal’, segundo um dos depoimentos.

Não foi realizada entrevista em profundidade com representantes da sociedade civil quanto à AF. A estratégia de obtenção de registros sobre os desdobramentos da política de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde não se concretizou. Foram solicitadas todas atas do ano de 2011, e o tema Assistência Farmacêutica não entrou em pauta nesse período pesquisado. No entanto, foram realizadas entrevistas com os usuários das unidades de saúde pesquisadas, logo após o atendimento nas farmácias, para aferir o grau de satisfação com o serviço prestado. Foi encontrado o resultado de 54% (variando de 13,3% a 96,7%) de ‘satisfeitos’ ou ‘muito satisfeitos’, resultado considerado baixo e preocupante, uma vez que este é o último contato do paciente com a equipe e a última impressão quanto à qualidade e à confiabilidade no serviço de saúde. Chamou a atenção a diferença de percentual encontrado nas unidades de saúde, indicativo da necessidade de medidas urgentes no sentido de reverter o quadro de insatisfação, uma vez que o pressuposto do SUS é oferecer serviços com qualidade, como pontua Vieira (2008b: 99), quando diz que “não é possível falar em efetividade da atenção à saúde sem que a assistência farmacêutica cumpra o seu papel com qualidade”.

Os entrevistados, em seus depoimentos, já supunham uma insatisfação dos usuários com a AF. Entendem que isso se dá devido aos usuários não terem a oportunidade de conhecer e experimentar plenamente uma AF prestada com qualidade e ao fato de que a percepção dos usuários é mediada, fundamentalmente, pelo acesso – se conseguem ou não os medicamentos.

Ademais, os entrevistados foram quase unânimes em afirmar a insatisfação de ambas as partes (prescritores e usuários) com relação aos medicamentos sujeitos a controle especial e injetáveis, que não são distribuídos para as USF, obrigando esses usuários a percorrerem longas distâncias para tentar obtê-los em um dos três CAIS do município. Tal situação tem dificultado o acesso aos referidos medicamentos, por vários motivos (idosos que dependem de terceiros para seu deslocamento; condições físicas/mentais debilitadas; recursos financeiros necessários para o custo do deslocamento, etc.). Soma-se a esse

quadro a falta de injetáveis básicos que poderiam evitar um novo encaminhamento ou mesmo a progressão para um quadro que requer internações e outros desdobramentos.

Cabe destacar que outros estudos desenvolvidos no país apresentaram médias bastante superiores à encontrada em João Pessoa. No estado do Espírito Santo, 81,8% (satisfeitos ou muito satisfeitos) dos usuários estavam satisfeitos com a farmácia (ESPÍRITO SANTO (ESTADO), 2007). Pesquisa realizada pela Fiocruz para avaliar a satisfação de usuários com o serviço prestado em três unidades assistenciais de saúde da Fiocruz constatou 79,1% de satisfação quanto à qualidade do serviço prestado (HOLLANDA *et al.*, 2008). Em uma escala mais ampla, estudo conduzido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG, 2000) evidenciou uma taxa de satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde de 64,3%. O crescente interesse sobre o tema tem sido reforçado em estudos, que relacionam a satisfação dos usuários com a maior propensão em aderir ao tratamento prescrito, em fornecer maiores informações ao provedor e a continuar utilizando os serviços de saúde (WARE *et al.*, 1983; WEISS, 1988; ZASTOWNY; ROGHMANN; CAFFERATA, 1989).

Contudo, existem divergências entre autores sobre o assunto, sendo necessária a constituição de um consenso de especialistas quanto à validação do conceito de satisfação e a operacionalização, para sua mensuração, a qual deve ser valorizada para avaliar a satisfação dos usuários em saúde, podendo fazer parte das pesquisas das relações pessoais no âmbito dos serviços e como ferramenta de controle social (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Nesse contexto, Esher *et al.* (2012) apresentaram uma estratégia metodológica para o desenvolvimento e a ampliação dos conhecimentos acerca da satisfação dos usuários e a dispensação de medicamentos para HIV/AIDS, tendo sido criadas subdimensões por consenso de especialistas, cujo resultado em muito favorece a mensuração da satisfação dos usuários com os serviços farmacêuticos. Cabe ressaltar que é fundamental o papel dos gestores quanto à valorização e à informação ao usuário da existência de outras dimensões e subdimensões com relação à satisfação.

Azeredo *et al.* (2009) avaliaram propriedades psicométricas de uma escala de satisfação de usuários do Programa Nacional de DST/AIDS com a dispensação de medicamentos, desenvolveram-na e aplicaram a escala num estudo abrangendo dez estados brasileiros para avaliar a qualidade da dispensação dos medicamentos. Os autores referenciaram que o instrumento mostrou-se apropriado para ser aplicado em populações

semelhantes, sendo adequado, portanto, para aferir a avaliação dos usuários sobre os serviços recebidos, podendo orientar melhorias nos serviços.

O acesso é a dimensão que melhor explica a satisfação dos usuários, e, segundo Mor (1993) e Cunningham *et al.* (1995), os conceitos das categorias de acesso e de satisfação estão fortemente interligados. Como acetuam Penchansky e Thomas (1981), os usuários são influenciados por qualquer problema que ocorra nas dimensões do acesso. Entretanto, outras dimensões são consideradas relevantes para mensurar a satisfação do usuário, como conveniência, presença do medicamento, qualidade técnica da dispensação, qualidade técnica do medicamento, ambiência e aspectos interpessoais (MACKEIGAN; LARSON, 1989; SILVA, 1999b; VAITSMAN; ANDRADE, 2005)

A falta de medicamentos ou o desabastecimento, mesmo que temporário, ocupa o centro das reclamações dos usuários, fato esse que pode estar motivando a demanda crescente de processos judiciais de usuários que estão buscando assegurar seus direitos. Nesse sentido, conforme relatado, o número de processos judiciais empreendidos no município passou de 48 para mais de 100 processos no momento da pesquisa.

7.4 Integração entre as ações e sua articulação com a esfera decisória.

A observação dos mecanismos de gestão da implementação da AF adotados no âmbito municipal indicou que processos decisórios e de comunicação ocorrem de forma hierarquizada, com fluxo vertical (realizado em níveis diferentes, mas na mesma área de atuação) e com fluxo diagonal ou transversal (realizado entre unidades organizacionais e níveis diferentes). Verifica-se um predomínio de controle do tipo *top down*, isto é, as decisões são tomadas pela autoridade que detém o poder sobre o processo e decide sobre as questões estratégicas para implementação da política. Nessa visão, quem decide atribui ao executor tarefas com base em critérios técnicos impessoais, de competência e legalidade. O passo do centro à periferia se dá pela tradução dos objetivos em meios, pela substituição da política pela técnica, pela minimização dos desafios conflitantes em proveito das racionalidades da gestão. É fácil acreditar no enfoque *top-down*. A administração do Estado moderno está edificada nessas premissas. No entanto, o contexto em que ocorre o processo de implementação expõe outras falhas da “máquina administrativa”. A dinâmica e a complexidade inerentes a esta fase da política revelam outros aspectos a considerar no processo que diferem da racionalidade presente neste enfoque. A rede de atores

responsáveis pela operacionalização e prestação dos serviços à população, suas metas, estratégias, atividades e contatos incidem sobre os efeitos esperados e não esperados pelo desenho da política.

Por outro lado, o processo de implementação da AF observado também apresenta discretas características de implementação *bottom-up*, uma vez que a gestão municipal tem sido permeada por esferas de discussão permanente sobre as barreiras identificadas no processo de implementação das ações específicas da política de AF - uma característica dessa abordagem, que prioriza estudos das realidades locais e da prestação de serviços ao público na compreensão da implementação (CARVALHO, 2006). Nesses termos, instâncias regulares, envolvendo diferentes esferas de executores mais próximos das ações e da população, expressam a afluência dos enfoques (*top down* e *bottom-up*) e expõem a execução como fonte de disfunções e assentada numa perspectiva da ação.

Na perspectiva de Matland (1995), utilizada como referência neste estudo, os enfoques (*top-down* e *bottom-up*) têm limitações na capacidade explicativa dos níveis de ambiguidade e conflito que envolvem a fase da implementação. Dito de outra forma, há uma superestimação das instâncias decisórias no processo de implementação, em detrimento da análise da participação de outros atores. As estratégias empreendidas pelo público-alvo das políticas, no sentido de ajustá-las aos seus interesses e necessidades, também são pouco consideradas nesses enfoques analíticos. Por outro lado, resistências no topo central de decisão às adaptações demandadas pelos contextos locais onde se dá a implementação concorrem para as falhas verificadas em alguns processos (MATLAND, 1995).

No caso da política de assistência farmacêutica, em que uma cadeia de ações necessita ser mobilizada para atender às expectativas de um público-alvo diversificado, ajustes e correções necessitam ser considerados para ampliar suas possibilidades de sucesso. Tal princípio deve ser observado com maior rigor na AF municipal, responsável pela execução das ações na sua jurisdição. A complexa teia intersetorial requerida para o alcance desta finalidade, por vezes, não se encontra disponível ou integrada, principalmente no tocante aos aspectos logísticos e da política. As articulações em caráter permanente com outras esferas do governo, como as áreas técnicas, assistenciais, administrativa, financeira e jurídica, são fundamentais para produção e difusão de conhecimento sobre o tema, bem como amplia o poder de articulação com as esferas decisórias.

Nesse contexto, a GEMAF promoveu uma discussão sobre a implementação da política de AF no município, da qual participaram os principais atores envolvidos nesse processo, com o intuito de elaborar propostas, objetivos e metas da AF a serem inseridas no Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013, como sendo um dos eixos da linha do cuidado. (Anexo 7). O Plano foi apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Cabe assinalar que o município instituiu dois fóruns de discussão: o primeiro foi a criação e realização do 1º e 2º Seminário da Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa, realizados em 2011 e 2012, respectivamente, com a participação de atores internos e externos. Esse constituiu-se num momento de debate, informação, reflexão e divulgação acerca da política e seus componentes, bem como a integração das ações, necessárias ao êxito da implementação.

O segundo foi a instituição do Grupo de Trabalho da AF (GT da AF), um fórum permanente de discussão dos diversos temas, no âmbito da AF, que busca a construção de consensos em torno de prioridades, proposições, mecanismos de integração das ações, objetivando o alcance de soluções colegiadas. A disseminação de informações relevantes para o campo, também é parte das potencialidades desse fórum. Portanto, esses dois espaços podem ser considerados como promotores de um ambiente fértil para a discussão e condução de novos rumos para a AF municipal, em um contexto onde ainda permanecem dificuldades para integrar e articular ações técnico-assistenciais com as ações técnico-gerenciais, precisando-se, portanto, de uma maior sensibilização dos atores envolvidos nesse processo, como pode ser observado no depoimento que se segue:

“Dificuldades para articular as ações nós temos desde o processo de trabalho da equipe de saúde da família mesmo, vou citar um exemplo, [...] a implantação do Serviço para Diabetes a gente tem hoje todos os itens que são necessários para dar suporte, [...] temos protocolo implantado, curso discutido, como utilizar cada material, item por item, qual a indicação, quando não é indicado, necessidade de substituição de material e mesmo assim, ainda temos muita resistência dos profissionais, porque a gente tem muitos profissionais que não se comprometem e acabam fazendo de acordo com seu próprio interesse e isso é muito frágil para o processo político. Isso seria a micro política, e é nisso que nós temos que investir.” (Depoente B)

Desse modo, este é outro aspecto a se considerar - a resistência à mudança, pois, para a integração dessa política com as demais políticas de saúde, programas, setores e instâncias de governo, é condição *sine qua non* a integração, a articulação e o

comprometimento dos atores envolvidos, vislumbrando a operacionalização do princípio da integralidade.

Cabe assinalar que foi referenciada pelos depoentes a divergência quanto à atuação do Conselho Regional de Farmácia (CRF) no setor privado e no âmbito do serviço público, em virtude deste não cobrar do governo a presença do farmacêutico nas farmácias das USF. Nesse contexto, faz-se necessário um maior empenho por parte dos órgãos de representação de classe - tanto o Conselho Federal de Farmácia (CFF) como o Conselho Regional de Farmácia (CRF) -, pois ambos têm papel primordial como colaboradores capazes de estabelecer o controle das ações voltadas à implementação das políticas farmacêuticas e a inserção do profissional farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde.

Vieira (2007) assinala que, a partir dos anos 1990, com a atuação dos conselhos de farmácia e vigilância sanitária em estabelecimentos comerciais farmacêuticos exigindo a presença do farmacêutico no setor privado, começou a mudar o panorama nacional quanto à atuação desse profissional em farmácias e drogarias. Entretanto, em se tratando do serviço público, esse processo vem acontecendo de forma muito mais lenta, e o número de farmacêuticos que atuam nas secretarias municipais de saúde está muito aquém das reais necessidades. Apesar do amparo legal (BRASIL, 1973), ainda não está assegurado o desempenho das suas funções em todas as unidades básicas de saúde.

Nesse contexto, Alves (2009) identifica como sendo um dos problemas ou lacunas existentes quando da elaboração das PNM e PNAF, visto que não foi explicitamente abordada a não-obrigatoriedade da participação do profissional farmacêutico nas ações de Assistência Farmacêutica.

Quanto à inobservância do tema AF nas Atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) durante o ano de 2011, dado que corrobora com depoimentos que atestam a não participação ou não convocação deste mecanismo de controle social para reuniões e eventos onde foram tratados assuntos relacionados à AF, constitui uma lacuna importante na construção da integração das ações e na influência e sensibilização das esferas decisórias em torno dos interesses da população. É uma constatação no mínimo preocupante, em virtude de se tratar de um foro estratégico dentro dos princípios do SUS como instância deliberativa das questões de saúde e de representação social, de fundamental importância na formulação e implementação de políticas públicas setoriais,

considerando-se a complexidade e os conflitos que envolvem essa área e a busca do interesse comum em prol do cidadão.

8 Considerações Finais

A análise empreendida sobre o processo de implementação da política de AF no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba possibilitou uma maior apropriação e conhecimento das estratégias adotadas no processo, permitindo, a partir da análise dos dados mobilizados pela pesquisa e da percepção de atores chave, a sinalização de pontos positivos e também de fragilidades verificadas no decurso deste estudo.

Cabe assinalar que a implementação da política de AF está diretamente relacionada a um conjunto de fatores interdependentes: contexto político e social, características organizacionais do setor saúde, componentes técnicos, administrativos, recursos de natureza diversos, além das culturas organizacionais que permeiam esse processo. Processos de implementação de políticas são contingenciados ainda pela qualidade da informação e da comunicação intra e extra institucionais, que não raro afetam o desempenho da implementação, muitas vezes limitando ou expandindo o horizonte para sua efetivação e integração com a política de saúde.

Portanto, buscando apreender as diversas nuances que perpassam a implementação de uma política tão complexa como a da AF, o uso oportuno das metodologias empregadas possibilitou um olhar diferenciado e convergente do que diziam os números e os depoimentos a respeito da realidade observada. Com os resultados obtidos, foi possível desenvolver uma avaliação da implementação, cotejando as contribuições do campo da análise de políticas, particularmente à luz das reflexões de Matland (1995).

O estudo evidenciou tanto aspectos positivos quanto fragilidades.

A instituição de um GT da Assistência Farmacêutica, que tem como papel primordial acompanhar o andamento da política de AF no município, a elaboração dos POP da AF, a construção da nova CAF e a contratação de novos farmacêuticos para atuarem na atenção básica podem ser destacados como aspectos positivos.

Entretanto, a gestão centralizada no medicamento com foco na cadeia 'logística' - adquirir e distribuir -, falta de um controle de estoque adequado, dificuldade em concatenar de forma eficiente e em tempo hábil as diversas etapas que constituem o Ciclo da Assistência Farmacêutica, entrega de medicamentos por pessoas leigas e sem capacitação adequada e insuficiência do número de farmacêuticos para profissionalizar a gestão da AF e promover o cuidado ao usuário são alguns dos itens negativos a merecer atenção, com vistas à sua superação.

Nesse contexto, buscou-se resgatar o teor das duas questões que nortearam a investigação, para uma melhor compreensão da implementação da política.

Quanto ao grau de implementação da Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa, foi verificado, de acordo com os indicadores utilizados, um escore médio de 53,12%, resultado que indicou um grau de implementação médio ou parcialmente adequado da política de AF no referido município. Portanto, ficou evidenciado que, apesar dos avanços observados quanto à implementação dessa política, ainda se faz necessário um importante esforço de governantes, gestores e técnicos para o alcance dos objetivos primordiais relacionados ao acesso e uso racional de medicamentos, garantindo, portanto, uma melhor qualidade de vida à população.

Em relação à caracterização do processo de implementação segundo o modelo de ambiguidade-conflito proposto por Matland (1995), ressalta-se o papel que ambos os aspectos exercem sobre o processo decisório das organizações. Este vem sendo enfatizado na produção recente, particularmente nos estudos que analisam as ações governamentais. Sob essa perspectiva, buscando incorporar na análise tanto o ponto de vista dos decisores centrais quanto a percepção dos implementadores, e ainda considerando os níveis de ambiguidade sobre os objetivos e meios, dimensões centrais no modelo de análise adotado, puderam-se detectar características de 'Implementação Administrativa', com baixos níveis de ambiguidade e conflito, no que concerne aos objetivos e metas, concordância quanto aos mecanismos normativos, fluxos de orientação da política, ordenados hierarquicamente, as falhas são percebidas como problemas técnicos, recursos inadequados, má compreensão, escassez de tempo ou coordenação inadequada.

Por outro lado, considerando o papel da influência externa na cadeia de implementação, e ainda o ambiente em que se desenvolvem as ações, sujeito a instabilidades, foi observado um alto nível de conflito em relação aos meios, atributos de uma tipologia 'Política', em que os resultados da implementação são decididos pela esfera central, sofrendo influências do contexto político, condicionadas por um alto nível de conflito em relação aos recursos (humanos, estruturais e tecnológicos) e meios para o cumprimento das diretrizes da política. Os resultados e efeitos obtidos neste caso dependem tanto de recursos quanto de atores que atuam na esfera da microimplementação, em seus diferentes contextos. No caso estudado, os objetivos da política, em termos gerais, estavam claros para grande maioria dos implementadores, mas o grau de conflito sobre os meios foi significativo. A força do ambiente onde se desenvolvem as ações e as estratégias

utilizadas pelos atores responsáveis pela obtenção dos resultados são também características desse tipo de implementação, extremamente suscetível às influências locais.

Apesar das dificuldades observadas com vista à implementação dessa política no nível municipal, percebe-se que tanto os gestores quanto os farmacêuticos estão comprometidos na busca do desenvolvimento desse processo. Também não se pode desprezar o esforço contínuo realizado pelas USF, muito embora com limitações, para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população. Todavia, a prática cotidiana no município ainda revela o quanto é difícil assegurar o acesso e o uso racional de medicamentos aos usuários do SUS, indicando ainda a grande distância existente entre o SUS legal e o real, principalmente quando se trata de assegurar a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, como postulado legal (BRASIL, 1990b, 2011a).

Para além da avaliação pontual, um aspecto metodológico importante considerado na análise dos dados é que esta pesquisa, como toda pesquisa de avaliação de implementação de políticas públicas, tem como objetivo apontar aspectos que possam ser melhorados nos serviços. Assim, torna-se fundamental que o município elabore, oficialize e divulgue a sua REMUME, implante um sistema informatizado e integrado de controle de estoque de medicamentos, promova uma análise do processo de aquisição de medicamentos, buscando otimizar o fluxo deste componente da AF, para garantir o abastecimento oportuno da rede municipal, invista na infra estrutura dos serviços, contrate farmacêuticos e pessoal de apoio, ofertando aos mesmos oportunidade de capacitação por meio de educação continuada, implante a atenção farmacêutica e um serviço de farmacovigilância, indispensáveis para a promoção do uso racional de medicamentos e promova ações para sensibilização dos atores envolvidos, buscando uma maior integração e articulação das ações voltadas a implementação da AF.

Desse modo, poderá o município ascender a um patamar mais elevado quanto à qualificação e à efetivação da política farmacêutica municipal, contribuindo, indubitavelmente, para a melhoria das condições de saúde da população.

Portanto, do ponto de vista dos atores entrevistados, os desafios são claros. Porém, eles se mostraram comprometidos com sua superação. Assim, as perspectivas são promissoras.

“E sobre a Atenção Farmacêutica, a partir do momento que dentro da atenção básica tivermos o profissional farmacêutico nas Unidades de Saúde, já é possível que esse profissional possa trabalhar na Atenção Farmacêutica, porque

de todos os leques, esse é um dos objetivos da introdução do farmacêutico no serviço, nós não queremos alguém para ficar controlando estoque e fazendo ficha de prateleira não, precisamos desse profissional para ter o contato direto com o usuário e fazer o restante do processo acontecer.” (Depoente B)

“As perspectivas são boas, já foram contratados mais 20 farmacêuticos e acredito que vai melhorar bastante o contingente de profissionais nas Unidades. Eles vão primeiramente para as Unidades Integradas, o que já é bom porque eles irão alcançar um número maior de pessoas e de outros profissionais, o que vai fazer uma grande diferença na saúde. Em relação à AF ela precisa ser melhorada, se fortalecer em muitos pontos, precisamos de mais tempo para acompanhar o paciente para evitar o uso irracional de medicamentos, para que não sejam prescritos medicamentos sem necessidade, então eu acho que com a chegada dos profissionais começa a estruturação para que no futuro haja um trabalho mais qualificado.” (Depoente L)

Finalmente, como sinalizado anteriormente, o Estado da Paraíba passa por uma conjuntura política muito peculiar, uma janela de oportunidade para a área farmacêutica sem precedentes, visto que houve uma ascensão de profissionais farmacêuticos em várias esferas do poder paraibano, a exemplo do governador do Estado da Paraíba, do Prefeito Municipal de João Pessoa e da primeira mulher que assumiu como Reitora os destinos da Universidade Federal da Paraíba. Portanto, trata-se de um contexto que, de certo, poderá se configurar como sendo favorável para articulações, parcerias e alianças entre as esferas governamentais e a academia para, quem sabe, promover a efetivação, com qualidade, da AF, conforme os preceitos estabelecidos nas políticas farmacêuticas (PNM e PNAF) e com foco para a gestão da AF voltada para o cidadão.

9 Referências

ACÚRCIO, Francisco de Assis (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2003.

ACÚRCIO, Francisco de Assis. **Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoconomia**. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.

ALI, Gamal Khalafalla Mohamed. How to establish a successful revolving drug fund: the experience of Khartoum state in the Sudan. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 2, p. 139–142, fev. 2009.

ALMEIDA, Célia; COSTA, Nilson Rosário; RIBEIRO, José Mendes. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. **Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos**, v. 90, p. 69–98, 1996.

ALMEIDA, Maria Hermínia Brandão Tavares de. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Org.). **Descentralização e políticas sociais**. Federalismo no Brasil. São Paulo: Edições Fundap, 1996. p. 13–40.

ALMEIDA, Maria Hermínia Brandão Tavares de. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, v. 51, n. 1, p. 13–34, 2001.

ALVES, Isabella *et al.* Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: SAMICO, Isabella *et al.* (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 89–107.

ALVES, Terezinha Noemides Pires. **Dispensação de medicamentos: aspectos da realidade em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora, MG**. 2003. Dissertação de Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2003.

ALVES, Terezinha Noemides Pires. **Política Nacional de Medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos**. 2009. Tese de Doutorado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2009.

AZEREDO, Thiago Botelho *et al.* User satisfaction with pharmacy services in the Brazilian National STD/AIDS Program: validity and reliability issues. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1597–1609, 2009.

BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**. Relatório N^o. 36601-BR. Washington D.C.: Banco Mundial

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, Aluísio Jardim Dornellas de; BERTOLDI, Andréa Damaso. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. **International Journal of Epidemiology**, v. 37, n. 4, p. 758–765, 2008.

BARROS, José Augusto Cabral de. **Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

BARROS, José Augusto Cabral de. _Ampliando espaços da medicalização. **Farmacoterapêutica**, v. Ano XVII Número 01 jan fev mar/2013, p. 3–8, 2013.

BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda *et al.* **Avaliação do Acesso aos Medicamentos Essenciais: Modelo Lógico e Estudo Piloto no Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Rio de Janeiro: 26 jul. 1999.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso *et al.* **Medicine prices, availability and affordability in Southern Brazil: a study of public and private facilities**. Working Paper No. 18/2010. London: LSE Health - The London School of Economics and Political Science

BONAVIDES, Paulo. **Teoria do Estado**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 59–69, jan. 2010.

BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União**, 25 jun. 1971, Sec. 1, p. 4839.

BRASIL. Decreto nº 72.552, de 30 de julho de 1973. Dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 jul. 1973, Sec. 1, p. 7483.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990 a, Sec. 1, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990 b, Sec. 1, p. 25694.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 27 jan. 1999 a, Sec. 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 11 fev. 1999 b, Sec. 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 14 abr. 2004 a, Sec. 1, p. 1.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 56/2007 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, 25 jan. 2008 b, Sec. 1, p. 47.

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

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991. Norma Operacional Básica / SUS 01/91. **Diário Oficial da União**, 18 jul. 1991, Sec. 1, p. 14216.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, 10 fev. 1992, Sec. 1, p. 1584.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, 24 maio 1993, Sec. 1, p. 6961.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 16 out. 1996, Sec. 21082.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 MS, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, 10 nov. 1998 a, Sec. 1, p. 18.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.814/GM, de 29 de maio de 1998. 87, Parágrafo único, item II, da Constituição, e o artigo 87 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. **Diário Oficial da União**, 1 jun. 1998 b, Sec. 1, p. 13.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 176 MS/GM, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo a Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. **Diário Oficial da União. Seção 1. 11/03/1999. p. 22**, 11 mar. 1999 c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos** . Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para a sua Organização** . Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução n° 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União** , 20 maio 2004 b, Sec. 1, p. 52.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma Construção Coletiva: Formulação de Políticas Específicas de Saúde** . Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série Cadernos de Planejamento, 7).

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 4.217 MS/GM, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União. Seção 1. 29/12/2010. p. 72** , 28 dez. 2010 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **DATASUS 2010 - TabNet Win32 3.0: População Residente - Paraíba**. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppb.def>>. Acesso em: 24 fev. 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 184, de 3 de fevereiro maio de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União** , 4 fev. 2011 c, Sec. 1, p. 35.

BRASIL, Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Portaria n° 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial da União** , 29 jan. 2001 b, Sec. 1, p. 23.

BRASIL, Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Portaria n° 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02 Introdução. **Diário Oficial da União** , 28 fev. 2002 b, Sec. 1, p. 52.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1215, de 13 de junho maio de 2012. Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** , 14 jun. 2012 a, Sec. 1, p. 30.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde** . Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário**

terapêutico nacional 2010: RENAME 2010 . 2. ed. Brasília: Ministerio da Saude, 2010c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados** . Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. . Acesso em: 11 jul. 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPBELL, Donald T.; FISKE, Donald W. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. **Psychological bulletin** , PMID: 13634291, v. 56, n. 2, p. 81–105, mar. 1959.

CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** , v. 17, n. 2, p. 259–264, abr. 2009.

CARACELLI, Valerie J.; GREENE, Jennifer C. Data Analysis Strategies for Mixed-Method Evaluation Designs. **Educational Evaluation and Policy Analysis** , v. 15, n. 2, p. 195–207, 1 jan. 1993.

CARVALHO, Eliane Hollanda de. **Programa de Saúde da Família: Estudo sobre o processo de implementação em município do Rio de Janeiro a partir do modelo Ambigüidade-Conflito** . 2006. Tese de Doutorado – Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. **Morbidity and Mortality Weekly Report** , v. 48, p. 1–40, 17 set. 1999.

CLEMENHAGEN, Carol; CHAMPAGNE, François. Quality assurance as part of program evaluation: guidelines for managers and clinical department heads. **Quality Review Bulletin**, v. 12, n. 11, p. 383–387, 1986.

COLOMBO, Daniela *et al.* Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 40, n. 4, p. 549–558, dez. 2004.

CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre *et al.* **Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos, Verão Adaptada do Artigo** . Rio de Janeiro: 1992.

CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** . Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29–47.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva** , v. 11, n. 3, p. 705–711, set. 2006.

COOK, Thomas D. Postpositivist critical multiplism. In: SHOTLAND, Robert Lance; MARK, Melvin Michael (Org.). **Social science and social policy** . Beverly Hills: Sage Publications, 1985. p. 21–62.

CORREIA, Ana Rachel Freitas. **Avaliação da qualidade da assistência farmacêutica na rede pública municipal de saúde de Fortaleza-Ceará** . 2007. Dissertação de Mestrado –

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias *et al.* Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 171–182, 2000.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luiz Barros; RIBEIRO, José Mendes. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 3, p. 32–55, 1999.

COSTA, Raimisson Rodrigues Ferreira. **O efeito da educação sobre o estado de saúde individual no Brasil**. 2008. Dissertação de Mestrado – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG, Belo Horizonte, 2008.

COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. Federalismo: as relações intergovernamentais. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio (Org.). **Sistema político brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro, São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, Fundação Editora da UNESP, 2004. p. 173–183.

CUNHA, Maria Candia Nunes da; ZORZATTO, José Roberto; CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de. Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 38, n. 2, p. 215–227, jun. 2002.

CUNNINGHAM, William E. *et al.* Access to medical care and health-related quality of life for low-income persons with symptomatic human immunodeficiency virus. **Medical care**, PMID: 7596212, v. 33, n. 7, p. 739–754, jul. 1995.

DE BERNARDI, Carmen L. B.; BIEBERBACH, Emily Wagner; THOMÉ, Henrique Inácio. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17^a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 73–83, abr. 2006.

DENZIN, Norman K. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1978.

DONABEDIAN, Avedis. **La Calidad de la Atención Médica: Definición y Métodos de Evaluación**. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204–211, 2011.

DUPIM, José Augusto Alves. **Assistência farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: Editora Segrac, 1999.

EMMERICK, Isabel Cristina Martins. **Dimensões e determinantes do acesso a medicamentos em três países da América Central**. 2011. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

- ESHER, Ângela *et al.* Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 203–214, jan. 2012.
- ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267–1276, jun. 2006.
- ESPÍRITO SANTO (ESTADO), Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. **Diagnóstico da assistência farmacêutica no setor público ea política farmacêutica do Estado do Espírito Santo**. . Vitória: Espírito Santo (Estado)
- FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 21–29, fev. 2003.
- FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub; LIMONGI NETO, Fernando Papaterra. **Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional**. Rio de Janeiro, São Paulo: Editora Fundação Getúlio Vargas (FGV), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), 1999.
- FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008.
- FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; CAZARIN, Gisele. **Justificando as conclusões. Texto de apoio ao Módulo 5 Unidade Pedagógica 2. Apostila. Curso Básico de Avaliação em Saúde. Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde**. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2008.
- FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de; NAVARRO, Leila Monteiro. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, Isabella *et al.* (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1–13.
- FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; THULER, Luiz Claudio Santos; DIAS, André Luiz Freitas. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; FELISBERTO, Eronildo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 49–70.
- FRAGA, Flávia Nunes da Rosa. **A Utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal**. 2005. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Porto Alegre, 2005.
- FREITAS, Juliana Maria Severino de Moraes; NOBRE, Arlândia Cristina Lima. Avaliação da assistência farmacêutica do município de Mombaça-CE. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 15–20, 2011.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES, Fabrício Pereira; ARAÚJO, Richard Medeiros de. Pesquisa Quanti-qualitativa em Administração: Uma Visão Holística do Objeto em Estudo. In: SEMINÁRIOS EM

ADMINISTRAÇÃO (VIII SEMEAD), 11 ago. 2005, São Paulo. *Anais...* São Paulo: [s.n.], 11 ago. 2005.

GREENE, Jennifer C.; CARACELLI, Valerie J.; GRAHAM, Wendy F. Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. **Educational Evaluation and Policy Analysis**, v. 11, n. 3, p. 255–274, 1 jan. 1989.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, v. 21, n. 55, p. 30–41, nov. 2001.

HOGWOOD, Brian; GUNN, Lewis. Why “perfect implementation” is unattainable. In: HILL, Michael James (Org.). **The Policy Process: A Reader**. Hertfordshire: Harvester-Wheatsheaf, 1993. p. 217–225.

HOLLANDA, Eliane *et al.* **Satisfação dos usuários em três unidades de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz: Relatório final**. . Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto interno bruto dos municípios 2004-2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. (Contas Nacionais, 33).

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população 2010. (Pesquisa ano 2010)**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/populacao_por_municipio.shtm>. Acesso em: 6 maio 2011b.

IMMERGUT, Ellen Margaretha. As regras do Jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, n. 11, p. 139–165, 1996.

KINGDON, John W. **Agendas, alternatives and public policies**. New York: Harper Collins College Publishers, 2003.

KORNIS, George Edward Machado; BRAGA, Maria Helena; ZAIRE, Carla Edialla Figueiredo. Os marcos legais das Políticas de Medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista de Atenção Primária Saúde (APS)**, v. 11, n. 1, p. 85–99, 2008.

LABRA, Labra, Maria Eliana. Análise de políticas, modos de policy making e intermediação de interesses: uma revisão. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 131–166, 1999.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LOPES, Luciane Cruz *et al.* Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 620–628, ago. 2010.

- LOTTA, Gabriela Spanghero. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família**. 2010. Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 2010.
- LUIZA, Vera Lucia. **Acesso a medicamentos essenciais no estado do Rio de Janeiro. 2003**. 2003. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- LUIZA, Vera Lucia *et al.* **Avaliação nacional da dispensação de medicamentos para as PVHA: relatório final de pesquisa**. . Rio de Janeiro: Núcleo de Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz
- MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* Integrality, health professional education, health education and SUS proposals: a conceptual review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335–342, abr. 2007.
- MACKEIGAN, Linda D.; LARSON, Lon N. Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services. **Medical care**, PMID: 2725084, v. 27, n. 5, p. 522–536, maio 1989.
- MAGARINOS-TORRES, Rachel. **A seleção de medicamentos na percepção de gestores e prescritores do Sistema Único de Saúde: pesquisa Fala Essencial**. 2011. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 3. (Saúde & Cidadania).
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MARIN, Nelly *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 101–107, 2007.
- MATHISON, Sandra. Why Triangulate? **Educational Researcher**, v. 17, n. 2, p. 13–17, 1 mar. 1988.
- MATLAND, Richard E. Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 5, n. 2, p. 145–174, 1 abr. 1995.
- MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

- MAYORGA, Paulo *et al.* Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BORDIN, Ronaldo (Org.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. p. 197–215.
- MEDICINATV. **La OMS alerta de que el 80% de las muertes asociadas a la diabetes se da en países de medianos y bajos ingresos**. Disponível em: <<http://www.medicinatv.com/noticias/la-oms-alerta-de-que-el-80-de-las-muertes-asociadas-a-la-diabetes-se-da-en-paises-de-medianos-y-bajos-ingresos-245515>>. Acesso em: 7 abr. 2013.
- MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DASILVA, Ligia Maria (Org.). **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Editora Fiocruz, 2005. p. 41–63.
- MENDES, Eugenio Vilaca. **Uma Agenda para a Saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
- MÉNY, Yves; THOENIG, Jean-Claude. **Las Políticas Públicas**. Tradução Salvador Del Carril. Barcelona: Ariel, 1992.
- MERHY, Emerson Elias; QUEIROZ, Marcos Souza. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p. 177–184, 1993.
- MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 525–534, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final - 8^a Conferência Nacional de Saúde. 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- MOR, Vincent. Developing indicators of access to care: the case for HIV disease. In: MILLMAN, Michael L.; INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.), Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. (Org.). **Access to health care in America**. Washington, D.C: National Academy Press, 1993. p. 147–180.
- MPOG, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. . [S.l.]: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/prodev/arquivos/prodev_ARQ_Aldino_17nov.pdf>. , 2000
- MSH, Management Sciences for Health. **Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach**. Arlington, VA; Washington, D.C.: Management Sciences for Health; USAID, 1995.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do. **Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? Vantagens e perigos do uso de produtos da indústria farmacêutica mais consumidos no Brasil: vitaminas, analgésicos, antibióticos e psicotrópicos**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2003.

NATAL, Sônia *et al.* **Avaliação formativa do componente fortalecimento técnico das Secretarias de Estado de Saúde em monitoramento e avaliação**. Relatório Executivo ENSP/FIOCRUZ - IMIP - MS/DAB. Rio de Janeiro: [s.n.]

NAVES, Janeth de Oliveira Silva; SILVER, Lynn Dee. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223–230, abr. 2005.

OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Ministerial Symposium on the Future of Public Services. mar. 1996, Paris. *Anais...* Paris: OECD, mar. 1996.

OLIVEIRA, Egléubia Andrade de. **Política de produção pública de medicamentos no Brasil: o caso do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE)**. 2007a. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de. **Avaliação da assistência farmacêutica básica no SUS municipal**. 2007b. Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2007.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

OMS, Organización Mundial de la Salud. **Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica national**. 2nd ed ed. Ginebra: World Health Organization, 2002.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas**. Brasília: [s.n.], 2009. v. Medicamentos Essenciais, Acesso e Inovação (THR/EM). (Série Técnica, 1).

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OPAS, Organização Pan-Americana de Salud. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**. Informe de La Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Tokio: Organização Pan-Americana de Salud

OSZLAK, Oscar; O'DONNELL, Guillermo Alberto. **Estado y políticas estatales en América Latina hacia una estrategia de investigación**. Buenos Aires: Centro de estudios de estado y sociedad, 1976. (CEDES / G.E. CLACSO, 4).

PALÁCIOS, Marisa; REGO, Sergio; LINO, Maria Helena. Promoção e propaganda de medicamentos em ambientes de ensino: elementos para o debate. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 27, p. 893–905, dez. 2008.

- PANIZ, Vera Maria Vieira *et al.* Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 267–280, fev. 2008.
- PATTON, Michael Quinn. Beyond the goals Clarification game: Focusing on outcomes. **Utilization-focused evaluation: the new century text**. 3. ed. Thousand Oaks; London; New Delhi: Sage Publications, 1997. p. 147–176.
- PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J William. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127–140, 1981.
- PERINI, Edson. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACÚRCIO, Francisco de Assis (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2003. p. 9–30.
- PIANETTI, Gérson Antônio. Política Nacional de Medicamentos. In: GOMES, Maria Jose Vasconcelos de Magalhães; REIS, Adriano Max Moreira (Org.). **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 301–310.
- PIOVESAN, Márcia Franke. **A Trajetória de Implementação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999-2008)**. 2009. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- PMJP, Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013**. Aprovado pela Resolução CMS/JP n° 16, de 21 de dezembro de 2010. João Pessoa: [s.n.]
- PMJP, Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Relatório de Gestão 2010. João Pessoa: [s.n.]
- REIS, F. **Lei n° 12401 de 2011 - Inclusão de Medicamentos e Procedimentos Terapêuticos no SUS**. Disponível em: <<http://pfarma.com.br/noticia-setor-farmacutico/magistral/582-lei-12301-2011-medicamentos-procedimentos-sus.html>>. Acesso em: 27 jan. 2013.
- RODRIGUES, Auro de Jesus. **Metodologia científica**. São Paulo: Avercamp, 2006.
- SABATIER, Paul A. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. **Journal of Public Policy**, v. 6, n. 01, p. 21–48, 1986.
- SANTOS, Vania dos; NITRINI, Sandra Maria Ottati Oliveira. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 819–834, dez. 2004.
- SANTOS, Maria Helena de Castro. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação de Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **Dados**, v. 40, n. 3, p. 335–376, 1997.
- SANTOS, Reginaldo Souza *et al.* Compreendendo a natureza das políticas do Estado capitalista. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 5, p. 819–834, 2007.

- SCELLE, Georges. **Manuel de droit international public** . Paris: Domat-Montchrestien, 1948.
- SHOTLAND, Robert Lance; MARK, Melvin M. Improving inferences from multiple methods. **New Directions for Program Evaluation** , v. 1987, n. 35, p. 77–94, 1987.
- SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo** . 16. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 1999a.
- SILVA, Suzete Henrique da. **A Implementação da Assistência Farmacêutica Básica no Nível Municipal do Estado do Rio de Janeiro na Perspectiva de Atores Relevantes** . 2011. Mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- SILVA, Amala de. **A Framework for Measuring Responsiveness** . GPE Discussion Paper Series: No. 32. Geneva: World Health Organization
- SILVA JÚNIOR, Eugênio Bispo da; NUNES, Luciana Macatrão Nogueira. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde** , v. 37, n. 2, p. 65–69, 2012.
- SIQUEIRA, Fábio; GAUDARD, Ana Márcia Yunes Salles. Acesso aos serviços de Farmácia em atenção básica na SES-DF. **Comunicação em Ciências da Saúde** , v. 20, n. 3, p. 211–217, 2009.
- SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH** , v. 16, n. 39, p. 11–24, 2003.
- SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta Marta Teresa da Silva; MARQUES, Eduardo Cesar (Org.). **Políticas Públicas no Brasil** . Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65–86.
- STEIN, Ernesto *et al.* **The Politics of Policies: Economic and Social Progress in Latin America, 2006 report** . Washington, D.C.; Cambridge, MA: Inter-American Development Bank; Harvard University, 2005.
- STREINER, David L; NORMAN, Geoffrey R. **Health measurement scales a practical guide to their development and use** . Oxford: Oxford University Press, 1989.
- VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** , v. 10, n. 3, p. 599–613, set. 2005.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Os diferentes tipos de pesquisa. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa** . Petrópolis: Vozes, 2002. p. 157–167.
- VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração** . 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- VIANA, Ana Luiza. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. **Revista de Administração Pública** , v. 30, n. 2, p. 5–43, 1996.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213–220, mar. 2007.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 365–369, 2008a.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 2, p. 91–100, ago. 2008b.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 149–156, 2010.

WARE, John E. *et al.* Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Evaluation and program planning**, v. 6, n. 3, p. 247–263, 1983.

WAYSMAN, Mark; SAVAYA, Riki. Mixed Method Evaluation: A Case Study. **American Journal of Evaluation**, v. 18, n. 3, p. 227–237, 1997.

WEISS, Gregory L. Patient satisfaction with primary medical care evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Medical Care**, v. 26, n. 4, p. 383–392, 1988.

WHO, World Health Organization. **The role of the pharmacist in the health care system**. Report of a WHO consultative group, New Delhi, 13-16 December 1988. Geneva: World Health Organization

WHO, World Health Organization. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication**. Report of the 4th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. Geneva: World Health Organization

WHO, World Health Organization. **WHO Medicines Strategy: Countries at the Core: 2004-2007**. Geneva: World Health Organization, 2004.

WHO, World Health Organization. **Using Indicators to measure Country Pharmaceutical Situations [Fact Book on WHO Level I and Level II monitoring indicators]**. Geneva: World Health Organization, 2006.

WHO, World Health Organization. WHO Operational package for assessing, monitoring and evaluating country pharmaceutical situations. Geneva: World Health Organization, 2007.

WHO, World Health Organization. **Median Prices from the 2011 MSH/WHO International Drug Price Indicator Guide, 2011 Edition**. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js19969en/>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

WHO, World Health Organization; HAI, Health Action International. **Measuring medicine prices, availability, affordability and price components**. 2. ed. [S.l.]: World Health Organization, 2008.

WHO, World Health Organization; Division of Family Health; Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment. **Rapid**

evaluation method guidelines for maternal and child health, family planning and other health services. Geneva: World Health Organization, 1993.

WHO, World Health Organization; Expert Committee on the Use of Essential Drugs. **The use of essential drugs: seventh report of the WHO expert committee** . Geneva: World Health Organization, 1997. (WHO technical report series, 867).

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos** . Tradução Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZASTOWNY, Thomas R.; ROGHMANN, Klaus J.; CAFFERATA, Gail L. Patient satisfaction and the use of health services: explorations in causality. **Medical Care**, v. 27, n. 7, p. 705–723, 1989.

Apêndice A – Modelo Lógico – Assistência Farmacêutica no Município de João Pessoa-PB**Contexto municipal da organização da saúde**

Componente	Seleção	Programação / Aquisição	Armazenamento / Distribuição	Dispensação	Uso Racional	Gerenciamento
Objetivos	Garantir o acesso de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, considerados essenciais e de acordo com o perfil de morbi-mortalidade	Definir os quantitativos de medicamentos a serem adquiridos, planejar a aquisição (modalidade e respectiva periodicidade) em função do orçamento disponível	Garantir controle de estoque e acondicionamento adequado dos produtos ao longo da cadeia de distribuição Garantir o controle dos medicamentos sob regime especial	Garantir a provisão de medicamentos com qualidade no tempo e quantidade corretos aos usuários	O usuário receber o medicamento apropriado, na dose correta, por adequado período de tempo e a orientação quanto ao seu uso	Instituir sistema planejado, flexível e compatível com os objetivos gerais da SMS? Otimizar e racionalizar o uso dos recursos da GEMAF, particularmente os humanos e financeiros
Atores diretamente envolvidos	GEMAF GAB	GEMAF Gerente do FMS	GEMAF	GEMAF Farmacêuticos das US	GEMAF DAS	GEMAF DAS
Recursos necessários	CFT formalizada com infraestrutura adequada	Recursos financeiros Editais adequados e oportunos	Espaço físico adequado para o armazenamento Sistema de distribuição que preserve a qualidade dos produtos	Infraestrutura física adequada para preservação dos medicamentos e acolhimento dos usuários Materiais para orientação do paciente Profissionais capacitados	Profissionais capacitados	Orçamento definido para ações de gestão
Processos ou etapas críticas	CFT operante, com reuniões regulares Valorização dos critérios técnicos de decisão	Adesão à lista padronizada Compra por competição	Sistema de informação operante. Processo de trabalho do armazenamento adequadamente rotinizado e documentado Monitoramento do consumo de medicamentos nas UBS	Realização das boas práticas de dispensação Participação ou supervisão direta do farmacêutico	Educação ao paciente Farmacovigilância Informação de medicamentos. Decisão terapêutica adequada por parte dos profissionais. Educação continuada dos profissionais envolvidos no processo de medicação.	Garantia de recursos (humanos, estruturais e financeiros) para execução de todas as ações inerentes à AF. Processo formal de planejamento. Elaboração e implementação de normas e rotinas

Componente	Seleção	Programação / Aquisição	Armazenamento / Distribuição	Dispensação	Uso Racional	Gerenciamento
Produto	Lista municipal de medicamentos essenciais Protocolos de tratamento definidos e divulgados	Abastecimento contínuo de medicamentos de qualidade	Estoque estável de medicamentos nas unidades de saúde	Medicamentos de qualidade, corretamente dispensados	Redução da iatrogenia medicamentosa. Maior adesão da terapêutica indicada e Melhoria da qualidade de vida do usuário.	Estrutura organizacional compatível com a necessidade local Plano Municipal de Assistência Farmacêutica Indicadores de monitoramento do PMAF
Evidência de resultado	Atendimento das prescrições com medicamentos padronizados de qualidade, com garantia de acessibilidade e abastecimento contínuo			Usuários sabendo usar os medicamentos Usuários satisfeitos	Disponibilidade de informações técnicas e gerenciais indicativas de capacidade operativa	
Impacto	Acesso e uso racional de medicamentos. Acesso da população aos medicamentos com garantia de continuidade do abastecimento e credibilidade da Assistência Farmacêutica					

Fonte: Adaptado do modelo de Luiza (2003) e Silva (2011)

Apêndice B – Indicadores – Quantitativos

Componentes	Aspecto	Indicador	Definição	Referência	Utilidade	Método de Cálculo	Unidades de observação	Critério de Julgamento
Seleção	Produto	Existência de Lista Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)	Lista municipal de medicamentos essenciais para a APS formulada no nível municipal	Espírito Santo (Estado), 2007	Aferir conformidade com os objetivos declarados pelas GEMAF	NSA	GEMAF	Informativo 1 = NÃO 4 = SIM
Seleção	Processo	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) / número de reuniões em 2011	Caso exista serão contabilizadas as reuniões formalmente registradas (ata ou resumo de reunião)	Osório-de-Castro e Castilho, 2004	Um processo formal de seleção de medicamentos deve, minimamente configurar-se com um processo contínuo e formal	NSA / Contagem	GEMAF	Informativo 1 = NÃO 4 = SIM
Seleção	Produto	Percentual de unidades com disponibilidade da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	Serão observadas as listas de medicamentos essenciais em uso pelo município. Em caso de inexistência da REMUME, será observada a RESME e, na ausência desta, a RENAME	WHO/TCM, 2007	Determinar se os prescritores têm disponíveis as principais fontes de informações terapêuticas de que necessitam na prática diária.	Número de unidades com RENAME / número de unidades da amostra x 100)	USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%
Seleção	Produto	Disponibilidade de pelo menos um dos protocolos terapêuticos nas USF	Será observado protocolo de elaboração municipal que contenha orientação terapêutica. Será eleito um protocolo como traçador.	WHO/TCM, 2006	Determinar se os prescritores têm disponíveis as principais fontes de informações terapêuticas de que necessitam na prática diária.	Número de unidades com protocolo terapêutico / número de unidades da amostra x 100	USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%
Seleção	Produto	Disponibilidade de ambos protocolos terapêuticos (TB e DM) nas USF	Será observado protocolo de elaboração municipal que contenha orientação terapêutica. Será eleito um protocolo como traçador.	WHO/TCM, 2006	Determinar se os prescritores têm disponíveis as principais fontes de informações terapêuticas de que necessitam na prática diária.	Número de unidades com protocolo terapêutico / número de unidades da amostra x 100	USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%

Componentes	Aspecto	Indicador	Definição	Referência	Utilidade	Método de Cálculo	Unidades de observação	Critério de Julgamento
Programação / Aquisição	Processo	MPR (Median Price Ratio) dos preços de compra de medicamentos praticados pela SMS-JP	Para um conjunto de medicamentos-chave será verificado o preço obtido na última compra realizada e comparado a um valor de referência a ser definido (possivelmente do banco de preços em saúde ou o Reference Price do MHS)	MSH/WHO, 2011	Um bom processo de compras, sobretudo com recursos públicos, deve ser capaz de obter preços razoáveis.	Média do Preço obtido / preço de referência para cada medicamento	GEMAF	1 = MPR maior que 2 2 = MPR 1 a 2 3 = MPR = 1 4 = MPR < 1
Armazenamento / Distribuição	Processo	Percentual de medicamentos chave disponíveis	Considerados disponíveis os medicamentos chave com pelo menos uma unidade em estoque no momento da visita	WHO/TCM, 2007	A disponibilidade do medicamento é condição fundamental para garantia do acesso. Os medicamentos chave tem como critério serem primeira escolha para condições relevantes no nível da APS	(Somatorio de (Medicamentos disponíveis em cada Unidade/Medicamentos Verificados em cada Unidade * 100)) / 38	USF + Farmácias / CAF Distritais + CAF Municipal	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%
Armazenamento / Distribuição	Processo	Percentual de medicamentos acompanhados de laudo de Controle de Qualidade (CQ) na última entrega	A entrega de todos os medicamentos adquiridos pelo setor público devem ser acompanhadas pelo laudo de controle de qualidade emitido pelo fabricante. Foi solicitada a apresentação do laudo dos 17 itens chave.	Osório-de-Castro e Castilho, 2004	A presença do laudo do CQ é um indicativo de um esforço sistemático para garantir a qualidade dos produtos adquiridos	Número de medicamentos chave com laudo na última entrega / total de medicamentos chave x 100	GEMAF / CAF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%
Armazenamento / Distribuição	Estrutura	Condições adequadas de conservação dos medicamentos nas CAF	Com base em lista de verificação foi aferido o grau de cumprimento de requisitos básicos de estocagem, fundamentais à preservação da qualidade dos medicamentos armazenados	WHO/TCM, 2007 MS,2000 Valery, 1989	O garantia de condições de estocagem é fundamental para a preservação da qualidade dos medicamentos	Media de (total de critérios de BPE atendidos / critérios de BPE verificados)	CAF Municipal + Farmácias / CAF Distritais	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%

Componentes	Aspecto	Indicador	Definição	Referência	Utilidade	Método de Cálculo	Unidades de observação	Critério de Julgamento
Armazenamento / Distribuição	Produto	CAF com medicamentos vencidos	Serão considerados os medicamentos chave com validade expirada no dia da verificação, presente em áreas não identificadas como de rejeito	WHO/TCM, 2007	A existência de medicamentos vencidos em áreas não identificadas suscita a possibilidade de sua dispensação ou aplicação aos usuários com riscos importantes de eventos adversos. O indicador sinaliza a proporção de unidades de saúde onde o problema ocorre.	Número de unidades com medicamentos vencidos / total de unidades verificadas x 100	CAF Municipal + Farmácias / CAF Distritais	1 = 2 ou mais CAF com medicamentos vencidos 3 = 1 CAF com medicamentos vencidos 4 = Nenhum medicamento vencido em qualquer das CAF
Armazenamento / Distribuição	Produto	Unidades de saúde visitadas com medicamentos vencidos	Serão considerados os medicamentos chave com validade expirada no dia da verificação, presente em áreas não identificadas como de rejeito	WHO/TCM, 2007	A existência de medicamentos vencidos em áreas não identificadas suscita a possibilidade de sua dispensação ou aplicação aos usuários com riscos importantes de eventos adversos. O indicador sinaliza a proporção de unidades de saúde onde o problema ocorre.	Número de unidades com medicamentos vencidos / total de unidades verificadas	USF	1 = 16% e mais 2 = 11 - 15% 3 = 5 - 10% 4 = menos de 5%
Armazenamento / Distribuição	Produto	Dias de estoque zerado	Considerados os dias com estoque zerado no período de referência de um ano para os medicamentos chave selecionados. Serão considerados apenas os períodos com informação consistente sobre o estoque	WHO/TCM, 2007	O processo de armazenamento deve ser capaz de garantir o estoque de maneira contínua. A interrupção do estoque implicará na interrupção do tratamento da população alvo	Media dos dias de estoque zerado para cada unidade de observação estudada / total de dias incluídos na observação	USF + Farmácias / CAF distritais + CAF Municipal	
Controle de Dispensação e Orientação	Estrutura	Condições adequadas de conservação dos medicamentos nas USF	Com base em lista de verificação foi aferido o grau de cumprimento de requisitos básicos de estocagem, fundamentais à preservação da qualidade dos medicamentos nas farmácias das USF	WHO/TCM, 2007 MS, 2000 Valery, 1989	O garantia de condições de estocagem é fundamental para a preservação da qualidade dos medicamentos	Media (total de critérios de BPE atendidos / critérios de BPE verificados x 100)	USF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%

Componentes	Aspecto	Indicador	Definição	Referência	Utilidade	Método de Cálculo	Unidades de observação	Critério de Julgamento
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de USF com Atenção Farmacêutica implantada	Será considerado como Atenção Farmacêutica implantada a realização de atividades desenvolvidas pelo farmacêutico, por métodos considerados pela literatura, como registro de identificação e intervenção em PRM (problemas relacionados a medicamentos) ou seu equivalente. Uma lista de verificação construída com esta finalidade permitirá classificar a Atenção Farmacêutica como implantada ou não.	Elaboração própria	A Atenção Farmacêutica é o ato profissional privativo do farmacêutico que visa obter resultados concretos em saúde na população atendida e sua implantação está prevista na PNAF e nos objetivos declarados pela GEMAF	Total de USF com Atenção Farmacêutica implantada / total de USF verificadas x 100	USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de medicamentos dispensados	Medir o grau de capacidade das USF de disponibilizar os medicamentos requisitados	WHO/TCM, 2007	Aferir se os medicamentos prescritos estão sendo dispensados aos pacientes	Média (total de medicamentos dispensados / total de medicamentos prescritos x 100)	Entrevista com os pacientes na saída da farmácia nas USF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de medicamentos adequadamente rotulados - critério Brasil	Verificar a qualidade da prática de dispensação, pois os medicamentos devem estar adequadamente rotulados pela pessoa que procede a dispensação	WHO/TCM, 2007	Os medicamentos devem estar adequadamente rotulados para resguardar a segurança da saúde dos pacientes	Média (número de medicamentos com rótulos completos / total de medicamentos dispensados x 100)	Entrevista com os pacientes na saída da farmácia nas USF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%
Controle de Dispensação e Orientação	Resultado	Percentual de pacientes que sabem usar os medicamentos	Serão considerados os pacientes ou cuidadores diretos capazes de informar quantos aos medicamentos prescritos: nome, posologia, duração do tratamento	Espírito Santo (Estado), 2007	O paciente ou cuidador direto deve minimamente conhecer as informações de uso dos medicamentos. É atribuição da AF no componente dispensação garantir este conhecimento, adicionalmente à ação do prescritor	Média (total de pacientes que sabem usar os medicamentos em cada USF / total de pacientes entrevistados x 100)	Entrevista com os pacientes na saída da farmácia nas USF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%

Componentes	Aspecto	Indicador	Definição	Referência	Utilidade	Método de Cálculo	Unidades de observação	Critério de Julgamento
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de pacientes na distância 1 (< 30 min)		Espírito Santo (Estado), 2007		Média (total de tempo que o paciente leva para chegar a USF -código 1-3 / total de pacientes entrevistados x 100)	Entrevista com os pacientes na saída da farmácia nas USF	1 e 2 > 1 hora 3 de 31 min a 1 hora 4 < 30 min
Controle de Dispensação e Orientação	Resultado	Percentual de pacientes satisfeitos com os serviços da farmacia	A satisfação do paciente com a farmácia será medida por uma pergunta sintética direta	Azeredo et al., 2009	A satisfação dos pacientes é um resultado previsto na PNAF e é assinado na literatura como proxis para adesão ao tratamento	Média (total de pacientes que se declaram satisfeitos com a farmácia em cada USF / total de pacientes x 100)	Entrevista com os pacientes na saída da farmácia nas USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual medicamentos prescritos da RENAME	Medir o grau de adesão da prática de prescrição médica em conformidade com a lista nacional de medicamentos essenciais	Espírito Santo (Estado), 2007	A utilização da RENAME como base prescritiva, possibilita uma prescrição de medicamentos mais seguros e eficazes, sob o ponto de vista das evidências científicas.	Média (total de medicamentos prescritos dentro da RENAME / total de medicamentos prescritos x 100)	Receitas médicas arquivadas (ano de 2011 - amostra de 960 receitas) nas farmácias das USF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual medicamentos prescritos pela denominação genérica	Medir o grau de adesão da prática de prescrição de acordo com a legislação vigente sobre a prescrição pela denominação genérica	WHO/TCM, 2007	É um medicamento de qualidade, atestado pela ANVISA, ter menor custo de aquisição que os medicamentos de referência.	Média (total de medicamentos prescritos pela denominação genérica / total de medicamentos prescritos x 100)	Receitas médicas arquivadas (ano de 2011 - amostra de 960 receitas) nas farmácias das USF	1 = 75% e menos 2 = 76 - 80% 3 = 81 - 90% 4 = 91 - 100%
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual de pacientes com prescrições de antibióticos	Verificar a prevalência da prescrição de antibióticos para os pacientes	WHO/TCM, 2006	A prescrição de antibióticos em excesso denota a inadequação do seu uso	Média (total de prescrições com antibióticos / total de prescrições revistas x 100)	Receitas médicas arquivadas (ano de 2011 - amostra de 960 receitas) nas farmácias das USF	1 = 76 - 100% 2 = 51 - 75% 3 = 26 - 50% 4 = 0 - 25%

Componentes	Aspecto	Indicador	Definição	Referência	Utilidade	Método de Cálculo	Unidades de observação	Critério de Julgamento
Controle de Dispensação e Orientação	Produto	Percentual pacientes com prescrições de injeções	Verificar a prevalência da prescrição de injetáveis para os pacientes	WHO/TCM, 2006	A prescrição de injetáveis em excesso denota a inadequação do seu uso	Média (total de prescrições com injetáveis / total de prescrições revistas x 100)	Receitas médicas arquivadas (ano de 2011 - amostra de 960 receitas) nas farmácias das USF	1 = 76 - 100% 2 = 51 - 75% 3 = 20 - 50% 4 = 0 - 19%
Gestão	Produto	Percentual de profissionais farmacêuticos e dispensadores submetidos a educação continuada	Serão considerados aqueles com um total de pelo menos 20 horas de atividade de capacitação em temas diretamente ligados à AF nos últimos 2 anos com apoio da SMS-JP (financiamento ou oferta da capacitação)	Espírito Santo (Estado), 2007	A garantia de educação continuada é importante para manter os profissionais atualizados e está prevista nos objetivos da GEMAF	Total de profissionais farmacêuticos e dispensadores com pelo menos 20 horas de capacitação nos últimos 2 anos / total de profissionais entrevistados x 100	USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%
Gestão	Produto	Percentual de Farmácias das USF com POP atualizada	Consideradas POP para pelo menos uma das atividades: recebimento de produtos ou dispensação, atualizado nos últimos 2 anos	Espírito Santo (Estado), 2007	A padronização de procedimentos é importante para a garantia de uma qualidade estável de sua execução	Média (total de USF com POP / total de USF verificadas x 100)	USF	1 = 0 - 25% 2 = 26 - 50% 3 = 51 - 75% 4 = 76 - 100%

Fonte: Elaboração própria

Apêndice C – Informações de interesse para análise ambiguidade-conflito – Indicadores Qualitativos

Conceitos	Dimensões	Componentes	Método
Ambiguidade	de metas	Clareza quanto aos objetivos da AF pelos atores	Entrevista
	de meios	Influência de fatores locais (percepção de importância da AF, percepção de suficiência de recursos RH, Estruturais e Financeiros). Ciclo da AF	Entrevista
Conflito	Relação entre os atores	Existência de relações entre os atores (reuniões formais, documentadas) Existência de conflitos e mecanismos de superação	Entrevista
	Incompatibilidade de objetivos	Não concordância quanto aos objetivos/meios	Entrevista
		Apoio político	Entrevista + total de atas do CMS que discutiram a AF (descrever temas discutidos)

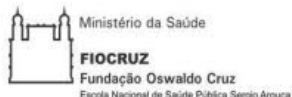
Fonte: Adaptado do modelo de Carvalho (2006)

Apêndice D – Matriz de Julgamento (panorama parcial) para averiguação do grau de implementação da Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB, 2013

Indicador	Pontuação máxima possível	Valor Médio observado	Pontuação alcançada
SELEÇÃO			
Existência de Lista Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)	4	-	1
Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) / número de reuniões em 2011	4	-	1
Percentual de unidades com disponibilidade da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	4	78%	4
Disponibilidade de pelo menos um dos protocolos terapêuticos nas USF	4	94%	4
Disponibilidade de ambos protocolos terapêuticos (TB e DM) nas USF	4	31%	2
Grau de implantação do componente Seleção	20	-	12 (60,0%)
PROGRAMAÇÃO / AQUISIÇÃO			
MPR (Median Price Ratio) dos preços de compra de medicamentos praticados pela SMS-JP	4	4,066	1
Grau de implantação do componente Programação / Aquisição	4	-	1 (25,0%)
ARMAZENAMENTO / DISTRIBUIÇÃO			
Percentual de medicamentos chave disponíveis	4	74%	1
Percentual de medicamentos acompanhados de laudo de Controle de Qualidade (CQ) na última entrega	4	73%	1
Condições adequadas de conservação dos medicamentos nas CAF	4	63%	1
CAF com medicamentos vencidos	4	0%	4
Unidades de saúde visitadas com medicamentos vencidos	4	0%	4
Dias de estoque zerado	-	-	-
Grau de implantação do componente Armazenamento / Distribuição	20	-	11 (55,0%)
CONTROLE DE DISPENSAÇÃO E ORIENTAÇÃO			
Condições adequadas de conservação dos medicamentos nas USF	4	67%	1
Percentual de USF com Atenção Farmacêutica implantada	4	0%	1
Percentual de medicamentos dispensados	4	70%	1
Percentual de medicamentos adequadamente rotulados - critério Brasil	4	70%	1
Percentual de pacientes que sabem usar os medicamentos	4	86%	3
Percentual de pacientes na distância 1 (< 30 min)	4	95%	4
Percentual de pacientes satisfeitos com os serviços da farmácia	4	54%	3
Percentual de pacientes com prescrições de antibióticos	4	59%	2
Percentual de pacientes com prescrições de injeções	4	2%	4
Percentual de medicamentos prescritos da RENAME	4	68%	1
Percentual de medicamentos prescritos pela denominação genérica	4	90%	3
Grau de implantação do componente Controle de Dispensação e Orientação	44	-	24 (54,5%)
GESTÃO			
Percentual de profissionais farmacêuticos e dispensadores submetidos a educação continuada	4	38%	2
Percentual de Farmácias das USF com POP atualizada	4	6%	1
Grau de implantação do componente Gestão	8	-	3 (37,5%)
TOTAL GERAL	96	-	51 (53,1%)

Fonte: Elaboração própria sendo adaptada da matriz de julgamento de Figueiró e Cazarin (2008), desenvolvida para o Programa Nacional de Controle da Dengue

Apêndice E – Roteiro semi-estruturado de entrevista (gestores)



Projeto de Tese: Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB: contexto, desafios e perspectivas

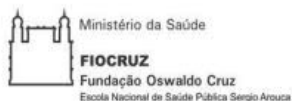
Entrevista nº _____
 Entrevistado: _____ Sexo: () Fem. () Masc.
 Formação profissional: _____ Estado Civil: _____
 Cargo ocupado/função: _____
 Tempo no cargo/ função: _____ Tempo de atuação na SMS: _____
 Telefone: _____ E-mail: _____
 Entrevistador: _____
 Data: ____/____/____ início: _____ h término: _____ h

1. Como se deu historicamente a estruturação da política de assistência farmacêutica no município?
2. Quando assumiu, qual foi o quadro encontrado na assistência farmacêutica (AF) no município? (diagnóstico)
3. Qual o seu projeto para AF quando entrou?
4. O que implantou? Foram acatadas as suas sugestões?
5. Na sua visão, quais foram as principais mudanças na política de assistência farmacêutica? Quais foram os principais fatores que explicam essas mudanças?
6. Na sua opinião, qual a prioridade dessa política na agenda do governo municipal; da SMS?
7. Quais são as estratégias prioritárias adotadas pelo município no âmbito da política assistência farmacêutica?
8. Como essa política se relaciona com as demais áreas e políticas de saúde do município?
9. Quais são os principais atores envolvidos na formulação e implementação dessa política? (interna e externamente ao município– ex: gestores de outras esferas, profissionais de saúde, movimentos sociais)? Que atores a apóiam ou que não apóiam?
10. O Conselho Municipal de Saúde participa ativamente das discussões e debates sobre a assistência farmacêutica no município?
11. Como se organizam os serviços de assistência farmacêutica no município?
12. Atualmente o que está sendo desenvolvido?
13. Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica formalmente constituída? Qual o tipo de ato (portaria ou resolução)? Qual o calendário de reuniões desta comissão? Essas reuniões foram registradas em ata ou equivalente? Existe regimento para a CFT? Quantas reuniões houveram no ano de 2011?
14. Existe uma lista de medicamentos essenciais específica do município de JP? Qual o ano da última atualização?
15. Que problemas você está encontrando para o êxito do seu trabalho? (Conflito)
16. Que desafios você acha que estão colocados para AF no município de João Pessoa?
17. Quais foram/tem sido os maiores avanços, lacunas e dificuldades da política de assistência farmacêutica?
18. Como você vê o papel da assistência farmacêutica na política de saúde? Como tem sido a atuação dos serviços de farmácia na prática?

Perguntar sobre dados disponíveis sobre a evolução da política e organização dos serviços.

Considerações finais do entrevistado.

Apêndice F – Roteiro semi-estruturado de entrevista (farmacêuticos, médicos e entregadores de medicamentos)



Projeto de Tese: Política de Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB: contexto, desafios e perspectivas

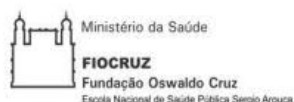
Entrevista nº _____
 Entrevistado: _____ Sexo: () Fem. () Masc.
 Formação profissional: _____ Estado Civil: _____
 Cargo ocupado/função: _____
 Tempo no cargo/ função: _____ Tempo de atuação na SMS: _____
 Telefone: _____ E-mail: _____
 Entrevistador: _____
 Data: ____/____/____ início: _____ h término: _____ h

1. Como você vê o papel da assistência farmacêutica na política de saúde? Como tem sido a atuação dos serviços de farmácia na prática?
2. Em sua opinião, qual(is) o(s) principal(is) fator(es) da política municipal de assistência farmacêutica que a população reconhece como bons? E do que ela mais reclama?
3. Como você avaliaria o serviço com relação aos recursos: financeiros, humanos, estruturais e administrativos?
4. Como é feita a seleção (segue o perfil de morbimortalidade), Programação/Aquisição (há disponibilidade de recursos financeiros) e o controle de estoque, como é feito? E o controle dos medicamentos sob regime especial? Como são as condições de armazenamento?
5. Quais os objetivos da ABS? Em sua opinião, quais são os principais pontos positivos e negativos da atual política de assistência farmacêutica do município?
6. Para a adequação desta política, o que você gostaria de sugerir?
7. Existe no município uma lista de medicamentos padronizados?
8. Qual a lista que você segue? Segue a RENAME? Os medicamentos são prescritos por nome Genérico?
9. Quais os Protocolos Terapêuticos instituídos pela SMS? Existe adesão aos protocolos de tratamento da ABS? Quais os protocolos que você segue?
10. Como se dá a distribuição de medicamentos? Qual a periodicidade? Existe na prefeitura veículos disponíveis e adequados para o transporte de medicamentos?
11. Existe Protocolo Operacional Padrão (POP) atualizado (2 últimos anos) para recebimento e dispensação de medicamentos (GMAF/DS/USF)?
12. Como se dá a dispensação? É orientada? Por quem?
13. Quais as ações para desenvolver o uso racional de medicamentos? Existe material para orientação/educação continuada direcionada aos usuários?
14. Quais os maiores conflitos e quais os mecanismos de superação?
15. Para você, quais as maiores dificuldades nesta área para o desenvolvimento do seu trabalho?
16. Em sua opinião, quais as perspectivas para o futuro?
17. E quanto à atuação do farmacêutico na rede de ABS? Você acha importante? Por quê?

Perguntar sobre dados disponíveis sobre a evolução da política e organização dos serviços.

Considere as conclusões finais do entrevistado.

Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (GEMAF/CAF)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GEMAF/CAF

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: CONTEXTO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS**, desenvolvida como parte das exigências para o curso de Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública/ entre a Universidade Federal da Paraíba e a ENSP/FIOCRUZ.

O objetivo deste estudo é avaliar a Política e a organização da Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB. As informações fornecidas contribuirão para um maior conhecimento sobre aspectos da assistência farmacêutica e serão utilizados para colaborar com a melhoria dessa área no município de João Pessoa-PB.

Você foi selecionado para participar do estudo por trabalhar no GEMAF/CAF do município de João Pessoa.

Sua participação poderá contribuir para a melhoria da Assistência Farmacêutica prestada pelo município de João Pessoa-PB e consistirá em conceder entrevista, cuja duração estima-se que leve aproximadamente 60 minutos, bem como, permitir o trânsito da pesquisadora principal como entrevistadora e dos pesquisadores voluntários para observação de alguns aspectos e consulta a documentos de planejamento, programação, aquisição, armazenamento, movimentação de estoque, controle e distribuição de medicamentos.

Cabe ressaltar que sua participação não é obrigatória e que, a qualquer momento poderá desistir da participação e retirar seu consentimento para a pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições envolvidas no projeto. Ressaltamos que consta o telefone e o endereço da pesquisadora, de modo que poderá, a qualquer momento esclarecer, suas dúvidas sobre o projeto e sua participação.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, em todas as formas de comunicação do resultado. Os dados poderão ser utilizados em relatórios, artigos científicos e tese de doutorado, sem identificação de seu nome. A referência às informações fornecidas pelo entrevistado eventualmente será feita somente com menção ao cargo/ função que ocupa na rede. Contudo, há risco de identificação indireta devido à função exercida.

Todo o material de campo será mantido sob responsabilidade da pesquisadora principal, armazenado de forma segura e protegido contra revelação não autorizada, por 5 anos, após o que serão descartados.

Entrevistado

Declaro ter recebido uma cópia do presente termo e manifesto minha concordância em participar

Suelma de Fátima Bruns

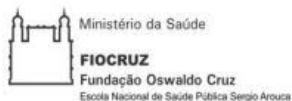
Rua: Infante Dom Henrique, 436, Apt°. 502, Tambaú,
CEP.: 58.039-151 – João Pessoa – PB
Tel. (83) 8823-0414;
E-mail: suelmadefatima@ensp.fiocruz.br

Autoriza a gravação: () Sim () Não

João Pessoa, ____ / ____ / 2012

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, andar térreo – Mangueiras - Rio de Janeiro, RJ- CEP. 21041-210. Tel e Fax - (21) 2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br; *http://www.enasp.fiocruz.br/etica

Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuário)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: CONTEXTO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS**, desenvolvida como parte das exigências para o curso de Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública/ entre a Universidade Federal da Paraíba e a ENSP/FIOCRUZ.

O objetivo deste estudo é avaliar aspectos quanto ao acesso a medicamentos e sobre a Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa.

Você foi escolhido para participar do estudo por estar sendo atendido em uma das unidades de saúde selecionada para o estudo.

No entanto, cabe ressaltar que a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir da participação e retirar seu consentimento para a pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida no projeto.

As informações fornecidas contribuirão para um maior conhecimento sobre aspectos da assistência farmacêutica e serão utilizados para colaborar com a melhoria da Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB. As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados. Os dados poderão ser utilizados em relatórios, artigos científicos e tese de doutorado.

Entrevistado

Declaro ter recebido uma cópia do presente termo e manifesto minha concordância em participar

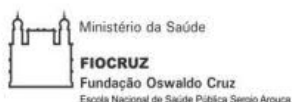
Suelma de Fátima Bruns

Rua: Infante Dom Henrique, 436, Aptº. 502, Tambaú,
CEP.: 58.039-151 – João Pessoa – PB
Tel. (83) 8823-0414;
E-mail: suelmadefatima@ensp.fiocruz.br

João Pessoa, ____ / ____ / 2012

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, andar térreo – Manguinhos - Rio de Janeiro, RJ- CEP. 21041-210. Tel e Fax - (21) 2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br; *<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (farmacêuticos, médicos e entregadores de medicamentos)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTORES, FARMACÊUTICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: CONTEXTO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS**, desenvolvida como parte das exigências para o curso de Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública/ entre a Universidade Federal da Paraíba e a ENSP/FIOCRUZ.

O objetivo deste estudo é avaliar a Política e a organização da Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa-PB. As informações fornecidas contribuirão para um maior conhecimento sobre aspectos da assistência farmacêutica e serão utilizados para colaborar com a melhoria dessa área no município de João Pessoa-PB.

Você foi selecionado para participar do estudo por trabalhar na rede municipal de saúde tendo relação direta com Assistência Farmacêutica do município de João Pessoa.

Sua participação poderá contribuir para a melhoria da Assistência Farmacêutica prestada pelo município de João Pessoa-PB e consistirá em conceder entrevista, cuja duração estima-se que leve aproximadamente 60 minutos, bem como, permitir o trânsito da pesquisadora principal como entrevistadora e dos pesquisadores voluntários para observação de alguns aspectos e consulta a documentos de planejamento, programação, armazenamento, movimentação de estoque, controle e distribuição de medicamentos.

Cabe ressaltar que sua participação não é obrigatória e que, a qualquer momento poderá desistir da participação e retirar seu consentimento para a pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições envolvidas no projeto. Ressaltamos que consta o telefone e o endereço da pesquisadora, de modo que poderá, a qualquer momento esclarecer, suas dúvidas sobre o projeto e sua participação.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, em todas as formas de comunicação do resultado. Os dados poderão ser utilizados em relatórios, artigos científicos e tese de doutorado, sem identificação de seu nome. A referência às informações fornecidas pelo entrevistado eventualmente será feita somente com menção ao cargo/ função que ocupa na rede. Contudo, há risco de identificação indireta devido à função exercida.

Todo o material de campo será mantido sob responsabilidade da pesquisadora principal, armazenado de forma segura e protegido contra revelação não autorizada, por 5 anos, após o que serão descartados.

Entrevistado

Declaro ter recebido uma cópia do presente termo e manifesto minha concordância em participar

Suelma de Fátima Bruns

Rua: Infante Dom Henrique, 436, Apt°. 502, Tambaú,
CEP.: 58.039-151 – João Pessoa – PB
Tel. (83) 8823-0414;
E-mail: suelmadefatima@ensp.fiocruz.br

Autoriza a gravação: () Sim () Não

João Pessoa, ____ / ____ / 2012

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, andar térreo – Manginhos - Rio de Janeiro, RJ- CEP. 21041-210. Tel e Fax - (21) 2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br; *<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Apêndice J – Artigo submetido à Revista de Administração Pública (RAP) em 13/02/2013

Gestão da Assistência Farmacêutica em municípios do Estado da Paraíba

Gestión de Asistencia Farmacéutica en municipalidades del estado de Paraíba

Pharmaceutical Services Management in Paraíba state municipalities

Resumo

No contexto da gestão contemporânea foi analisada a utilização de recursos públicos destinados à Assistência Farmacêutica (AF) básica de 52 municípios da Paraíba (Brasil). Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada a partir de relatórios de fiscalização dos municípios (período de 2003 a 2010), produzidos pela Controladoria Geral da União (CGU). O estudo apontou que 98,1% dos municípios apresentaram pelo menos um problema na gestão de recursos e/ou de serviços de AF, que em 52,7% o controle de estoque não existia ou era deficiente, que em 52,7% não foram observadas as normas de aquisição de medicamentos, que em 38,2% foram constatados desvios de recursos e fraudes do Programa e que em 27,3% dos municípios faltavam medicamentos básicos. Conclui-se que houve importantes problemas de gestão que afetaram processos e a qualidade da prestação dos serviços ao cidadão.

Palavras-chave: Gestão; Recursos Públicos; Políticas Públicas; Assistência Farmacêutica

Resumen

En el contexto de la gestión contemporánea se analizó el uso de los recursos públicos para la los servicios farmacéuticos (AF) en el nivel de la atención primaria de 52 municipalidades del estado de Paraíba (Brasil). Tratase de un estudio descriptivo, a partir de los informes de inspección en las municipalidades (de 2003 a 2010), producidos por la *Controladoria Geral da União* (CGU). Si encontró que 98.1% de las municipalidades tienen al menos un problema en la gestión de recursos y/o servicios de AF; que en 52.7% el control de inventario no existía o era deficiente así como no fueron observadas la aplicación de las reglas de adquisición de medicamentos; que en 38.2% se encontraron desvío de recursos y fraude; y que 27.3% de las municipalidades hay falta de medicamentos básicos. Si concluyó que había problemas de gestión que afectan a importantes procesos así como a la calidad de la prestación de servicios a los ciudadanos.

Palabras clave: Gestión, Recursos Públicos, Políticas Públicas, Asistencia Farmacéutica

Abstract

The use of public resources for Pharmaceutical Services (AF) in the primary health care level in Paraíba (PB) municipalities was analyzed under the national contemporaneous perspective. This is a descriptive study, conducted using the Union General Comptroller (CGU) inspection reports concerning to 52 municipalities in PB in the period from 2003 to 2010. It was found that 98.1% of the municipalities had at least one problem in the AF resources and/or services management. Furthermore, it was found that in 52.7% of the municipalities medicines storage inventory inexistent or inadequate; in 52.7% it was not observed the use of the national rules for medicines procurement; in 38.2% it was diversion of financial resources and fraud; and in 27.3% there was stock out of basic medicines. It was concluded that there were management problems that affect important processes as well as the quality of services delivered to Paraíba citizens.

Keywords: Management; Public Resources; Public Policy; Pharmaceutical Assistance

1. Introdução

Diante da complexidade e velocidade das mudanças num mundo globalizado, onde se faz necessário a assunção de novos papéis e o abandono de outros para superar os desafios impostos na gestão contemporânea pela crise que afeta tanto as organizações públicas como privadas, torna-se fundamental o desenvolvimento e o fortalecimento da gestão para sustentabilidade dessas organizações. Analisando a administração como um fenômeno universal do mundo moderno, Chiavenato (2003) sinaliza que empresas e organizações, com suas especificidades, necessitam empreender de forma coordenada uma gama de atividades, que envolvem desde a condução de pessoas e suas potenciais aptidões, a avaliação de desempenhos dirigidos a objetivos estabelecidos, até a alocação de recursos de maneira efetiva. Este processo implica em inúmeras atividades administrativas desempenhadas por vários administradores, direcionadas às áreas específicas, que requerem coordenação sistemática em conformidade com a cultura e perfil de cada organização ou empresa.

Nesse sentido, a administração pública tem como foco o gerenciamento dos resultados, buscando a eficiência e eficácia administrativa, a redução das desigualdades sociais, a redução dos gastos e a prestação de serviços com qualidade a população, tendo como fundamento a

ética, a moral e a jurisdição, princípios essenciais que devem ser assumidos por todos aqueles que administram os bens públicos em favor do cidadão e da justiça social.

Meirelles (1997: 83) conceitua a administração pública como “conjunto de órgãos a serviço do Estado agindo in concreto para satisfação de seus fins de conservação, de bem estar individual dos cidadãos e de progresso social.”

O modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) promulgado na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2010a) comunga com a contemporânea administração pública pari e passu por demandar a criação e o fortalecimento de novas bases, conceitos, e ferramentas, associados a uma visão de consenso e negociação por meio de ações articuladas entre os entes federados, para a consecução dos objetivos de uma gestão compartilhada que assegure o direito constitucional à saúde. A gestão do SUS requer, portanto, a ação articulada dos entes federativos, o estabelecimento de parcerias para a complementação de serviços na rede de atenção e a participação social na definição das políticas de saúde, nos moldes da moderna administração pública, que considera o protagonismo de atores políticos e sociais (Santos, 2011).

Cabe ressaltar que, dentro do campo de atuação do SUS se encontra a implementação da política de assistência farmacêutica, estando, portanto sob sua responsabilidade conforme estabelece o artigo sexto da Lei 8.080 de 1990, a garantia da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

Entretanto, um dos grandes desafios para consolidação do SUS se encontra justamente na gestão da assistência farmacêutica (AF) devido ao seu grau de complexidade, que envolve tanto os aspectos assistenciais, técnicos, logísticos e tecnológicos, como os aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais.

Desse modo, indubitavelmente, uma gestão eficiente da política de assistência farmacêutica é considerada hoje como sendo estratégica para otimizar os escassos recursos destinados à saúde, Cameron e colaboradores (2009) apontam que os medicamentos são responsáveis por uma alta proporção dos gastos com saúde nos países de baixa e média renda, consumindo de 20 a 60% do orçamento da saúde. Portanto, a AF representa um dos maiores impactos financeiros no âmbito do SUS.

Assim sendo, o gerenciamento eficaz é obtido através de um conhecimento da área e do desenvolvimento de habilidades e atitudes que devem ser baseadas no planejamento, na

organização, na coordenação, no acompanhamento e na avaliação do trabalho desenvolvido. Essas atitudes, assumidas de forma permanente, possibilitam o alcance dos objetivos desejados, em todas as áreas, incluindo aquelas relacionadas à assistência farmacêutica, foco deste estudo (Marin et al., 2003).

O Ciclo da Assistência Farmacêutica é constituído pelas etapas organizacionais: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (prescrição, dispensação e uso) de medicamentos, permeadas por mecanismos de gestão, ao qual podemos chamar de governança, e este tem sido adotado como princípio norteador da assistência farmacêutica no SUS (Marin et al., 2003). Esse ciclo tem sua interface pautada nas ações da atenção à saúde com foco no usuário, transcendendo as questões puramente logísticas (Brasil, 2001).

A gestão da assistência farmacêutica começou a ser descentralizada a partir da publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, a qual além de estabelecer a PNM, define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da assistência farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal (Brasil, 1998). Essa descentralização, ao mesmo tempo em que promove o fortalecimento dos princípios do SUS, traz desafios aos gestores estaduais e municipais na promoção das mudanças para o novo modelo de gestão voltada ao cidadão. Portanto, para uma real efetivação da descentralização, faz-se necessário o aperfeiçoamento e a busca de novas estratégias por parte dos gestores, com o intuito de promover a eficiência de suas ações e a consolidação e integralização dos vínculos entre os serviços e a população (Brasil, 1990).

Nesse sentido, para dar andamento ao processo de descentralização e buscando organizar de forma crescente a responsabilidade das esferas federativas na gestão da assistência farmacêutica, quanto ao financiamento, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos produtos, foi instituído o Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB) e através da Portaria n. 176 de 1999, foram estabelecidos os critérios e os requisitos para a habilitação dos estados e municípios a receberem este incentivo financeiro do governo federal (Brasil, 1999).

Posteriormente, a fim de aprimorar a legislação para viabilizar a instituição do programa e definir responsabilidades entre os entes federados, outras portarias foram instituídas, a exemplo da Portaria n. 2.982 de 2009, que posteriormente foi revogada pela Portaria n. 4.217

de 2010, a qual aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2010b).

Apesar dos avanços legais, muitos problemas perduram e comprometem a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos e o seu uso racional (Vieira, 2010). Nesse sentido, estudos demonstram dificuldades de acesso da população aos medicamentos essenciais, refletindo, portanto, em prejuízo à saúde do cidadão (Oliveira, Assis, e Barboni, 2010; OPAS, 2005; Siqueira e Gaudard, 2009).

No âmbito do SUS, no tocante à assistência farmacêutica, poucos são os estudos sobre o conhecimento do desempenho destes serviços de saúde. Em 2005, pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), intitulada “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil”, apontou para deficiências na gestão, nos mecanismos de financiamento e na integração das ações de assistência farmacêutica às ações de saúde, deixando claro, a necessidade de investir para qualificação dos serviços (OPAS, 2005).

Outro estudo realizado em nível nacional foi o de Vieira (2008), no qual foram utilizados os relatórios das auditorias da CGU, no período compreendido entre agosto de 2004 e julho de 2006, cujo foco era a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil.

A importância desses estudos reside na consolidação de modelos sistemáticos que podem ser aplicados para avaliação do desempenho da assistência farmacêutica, como forma de subsidiar as decisões na busca da qualificação dos serviços ofertados a população.

Nesse sentido, as informações gerenciais desse setor são relevantes, tanto para a formulação e implementação da Política de Assistência Farmacêutica, como para auxiliar os gestores na tomada de decisões, uma vez que refletem a realidade dos serviços através de indicadores seletivos e específicos, definidos pelo gestor, propiciando melhorias e racionalização da aplicação dos recursos (Brasil, 2011).

Apesar de ampla base de dados existente no país, persistem dificuldades para a realização de estudos sistemáticos com metodologias já consagradas para avaliação do desempenho da assistência farmacêutica. Portanto, vale ressaltar a importância de consolidar metodologias que possam ser úteis na análise dos dados disponíveis e no suporte à gestão das políticas públicas.

O presente estudo busca, a partir de base de dados secundários dos relatórios da Controladoria Geral da União, disponíveis na internet, verificar o desempenho de distintos aspectos da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba.

2. Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo a partir de base de dados secundários obtidos dos relatórios de fiscalização de municípios quanto à utilização de recursos públicos, produzidos pela Controladoria Geral da União (CGU), órgão responsável no âmbito do Poder Executivo pelas atividades de auditoria pública, controle interno, correção, prevenção e combate à corrupção. Baseia-se na metodologia utilizada por Vieira (2008), que abordou o país como um todo.

Para avaliar a execução dos orçamentos da União, fiscalizar a implementação dos programas de governo, fazer auditorias e fiscalizações sobre a gestão dos recursos públicos federais sob a responsabilidade de órgãos e entidades públicos, foi criado em abril de 2003, o Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos, que usa o mesmo sistema de sorteio das loterias da Caixa Econômica Federal para definir, de forma isenta, municípios e estados a serem fiscalizados quanto à utilização dos recursos públicos federais (Brasil, 2003).

Com os resultados dos sorteios, uma equipe da CGU se desloca até os municípios sorteados e procede in loco a auditoria, seguindo parâmetros previamente definidos para a verificação de toda a documentação pertinente, bem como a averiguação das condições em que os serviços vêm sendo prestados à população. Em caso de constatação de qualquer irregularidade, fornece ao gestor responsável o direito de defesa e do contraditório, para que este possa apresentar contraprovas e justificativas pertinentes. Ao término das auditorias, os relatórios concluídos são disponibilizados na íntegra na página eletrônica da CGU¹.

O estado da Paraíba, escolhido para este estudo, é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localizado na região Nordeste, possui uma extensão territorial de 56 mil Km², distribuídos entre 223 municípios, com uma população de 3,77 milhões de habitantes (IBGE, 2010).

¹ Controladoria Geral da União (CGU), SAS Quadra 1, Bloco "A" – Edifício Darcy Ribeiro – Brasília (DF), CEP 70070-905. <http://www.cgu.gov.br/sorteios/index1.asp>

Para esta pesquisa, foram obtidos os dados disponíveis no site da CGU de todos os municípios paraibanos sorteados para serem fiscalizados, desde o 1º até 33º sorteio, no período compreendido entre 2003 e 2010. Cumpre assinalar, que os mesmos não foram contemplados no 1º sorteio realizado em 2003, aparecendo assim somente a partir do 2º sorteio, também realizado em 2003. Dessa forma, a CGU realizou 73 fiscalizações em 68 municípios, uma vez que, cinco municípios (Pitimbu [2003 e 2008], Araruna [2007 e 2010], Bom Sucesso [2003 e 2007], Caldas Brandão [2006 e 2010] e Várzea [2003 e 2004]) foram repetidos de acordo com os sorteios realizados.

A categorização das variáveis de interesse foi feita a partir dos problemas constatados pelos auditores, conforme frequência apresentada nos relatórios e que representaram as principais dificuldades identificadas pelos auditores para efetivação da Assistência Farmacêutica Básica nos municípios. Assim, foram criadas 16 categorias segundo os componentes do Ciclo da Assistência Farmacêutica abordados nas auditorias do TCU (Tabela 1).

Tabela 1. Categorias de análise segundo o componente do Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Componente	Categoria
Programação	Ausência de programação e/ou procedimentos de controle;
Aquisição	Inobservância das normas de aquisição de medicamentos/ processo licitatório irregular;
	Fracionamento de despesas para aquisição de medicamentos;
	Aquisição de medicamentos com preço superior ao do fornecedor ou do banco de preços em saúde (BPS);
	Aquisição de medicamentos sem licitação;
Armazenamento	Controle de estoque deficiente/inexistente de medicamentos;
	Condições inadequadas de armazenamento;
	Medicamentos com validade expirada;
Dispensação	Falta de controle na dispensação de medicamentos;
Governança	Desvio de recursos e fraudes do programa de Assistência Farmacêutica;
	Falta de contrapartida da Secretaria Estadual de Saúde (SES);
	Inexistência de Plano Municipal de Assistência Farmacêutica Básica;
	Falta de contrapartida da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
	Falta de comprovação dos gastos com os recursos da Assistência Farmacêutica;
	Ausência do Farmacêutico (Responsável pelo Serviço de Assistência Farmacêutica).
Resultado	Falta de medicamentos à população/Descumprimento do estoque mínimo e obrigatório.

Fonte: Elaboração própria (2011)

Os dados foram coletados em planilhas do Excel, em seguida exportados para um banco de dados do PostgreSQL², onde foi feita a unificação dos mesmos e as consultas necessárias. Cada consulta foi exportada novamente para o Excel onde foram feitas as formatações, procedendo-se, a partir de então à análise exploratória.

3. Resultados e Discussão

A leitura e análise dos 73 relatórios das auditorias da CGU mostraram que a Parte Variável do Piso da Atenção Básica (PAB) para a Assistência Farmacêutica Básica constava de 55 relatórios de fiscalização (75,3%) de 52 municípios no período de 19 de maio de 2003 a 30 de setembro de 2010, sendo esta, portanto, a população objeto deste estudo (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência de Municípios paraibanos com Relatórios de Assistência Farmacêutica por municípios sorteados, entre 2003 e 2010

Ano	Municípios paraibanos sorteados com relatório da Controladoria Geral da União	Municípios paraibanos com relatório de Assistência Farmacêutica	%
2003	11	11	100,0
2004	14	10	71,4
2005	10	4	40,0
2006	6	6	100,0
2007	9	7	77,8
2008	6	5	83,3
2009	9	5	55,6
2010	8	7	87,5
TOTAL	73	55	75,3

Fonte: Elaboração própria com base nos relatórios de fiscalização da Controladoria Geral da União (CGU), recuperado em: <http://www.cgu.gov.br/sorteios/index2.asp>, consultado em 17 de maio de 2011.

Assim, 23,3% dos 223 municípios do estado puderam ser analisados, o que pode ser considerado uma abrangência satisfatória.

Quanto às constatações de irregularidades/falhas detectadas na assistência farmacêutica, o estudo apontou que 98,1% dos municípios paraibanos apresentaram problemas em pelo menos uma das categorias definidas para o estudo (Figura 1 e Tabela 3). Bigdeli e colaboradores (2012) mencionam a baixa responsabilidade e transparência no setor público

² O PostgreSQL é um SGBD (Sistema Gerenciador de Banco de Dados) objeto-relacional de código aberto, com mais de 15 anos de desenvolvimento. É extremamente robusto e confiável, além de ser extremamente flexível e rico em recursos.

como sérios desafios para a promoção do adequado acesso aos medicamentos nos países de renda baixa e média.

Figura 1. Frequência de problemas na Assistência Farmacêutica constatados nos relatórios da CGU em municípios paraibanos, entre 2003 e 2010.



Fonte: Elaboração própria com base nos relatórios de fiscalização da Controladoria Geral da União (CGU), recuperado em: <http://www.cgu.gov.br/sorteios/index2.asp>, recuperado em 17 de maio de 2011.

O elevado percentual de municípios que apresentaram problemas quanto à gestão da assistência farmacêutica reflete as dificuldades enfrentadas pelo SUS em prestar uma assistência farmacêutica de qualidade. De acordo com os relatos da auditoria da CGU, apenas 1,9% dos municípios analisados no presente estudo, não apresentaram problemas na condução da assistência farmacêutica.

Tabela 3. Frequência de problemas na Assistência Farmacêutica constatados nos relatórios da CGU em municípios paraibanos, entre 2003 e 2010

Variáveis	Quantidade	%
Controle de estoque deficiente/inexistente de medicamentos	29	52,7
Inobservância das normas de aquisição de medicamentos	29	52,7
Desvio de recursos e fraudes do Programa de Assistência Farmacêutica	21	38,2
Falta de controle na dispensação de medicamentos	19	34,5
Fracionamento de despesas para aquisição de medicamentos	16	29,1
Ausência de programação e/ou procedimentos de controle	16	29,1
Falta de medicamentos/Descumprimento do estoque mínimo obrigatório	15	27,3

Variáveis	Quantidade	%
Falta de contrapartida da SES	11	20,0
Condições inadequadas de armazenamento	11	20,0
Aquisição de medicamentos com preço superior ao do fornecedor ou do banco de preços em saúde (BPS)	9	16,4
Aquisição de medicamentos sem licitação	8	14,5
Inexistência de Plano Municipal de Assistência Farmacêutica Básica	7	12,7
Medicamentos com validade expirada	6	10,9
Falta de contrapartida da SMS	5	9,1
Falta de comprovação do gasto dos recursos	3	5,4
Ausência do Farmacêutico	2	3,6

Fonte: Elaboração própria com base nos relatórios de fiscalização da Controladoria Geral da União (CGU), disponíveis no endereço: <http://www.cgu.gov.br/sorteios/index2.asp>, recuperado em 17 de maio de 2011.

Com base nas análises das variáveis estudadas, constatou-se que 52,7% dos municípios apresentaram um controle de estoque deficiente ou inexistente. O resultado encontrado é preocupante, em virtude da importância de se dispor de um eficiente sistema de controle de estoque (entradas e saídas) para subsidiar a programação e a aquisição de medicamentos, corrigir distorções, evitar perdas, superposições ou desabastecimento, equilibrando assim, a demanda e a oferta de medicamentos. De acordo com as recomendações de Fleury, Wanke e Figueiredo (2000) o controle de estoque deve especificar claramente o quanto pedir, quando pedir, quanto manter em estoques de segurança e onde localizar. Estas definições são importantes para subsidiar uma política de estoque na resposta a cada uma dessas questões que envolvem diversas análises tais como: o valor agregado dos produtos, a capacidade de projeção da demanda em conformidade às exigências dos consumidores finais, considerando prazos de entrega e disponibilidade do produto.

Existem várias formas para que se possa realizar o controle de estoque: de forma manual, através de fichas de prateleiras, de formulários, relatórios de acompanhamento, por meio de sistema informatizado, entre outros. Para que se possa ter uma confiabilidade e maior segurança das informações, deve-se adotar um duplo controle no seu acompanhamento (Marin *et al.*, 2003).

As deficiências neste componente de gestão podem concorrer para a ausência de programação e/ou procedimentos de controle, constatada em 29,1% dos municípios analisados. Isso resulta em sérios transtornos a população, comprometendo todas as demais etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica.

Uma programação eficaz garante a disponibilidade dos medicamentos nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender à demanda da população com base na lista oficial de medicamentos básicos.

Em 38,2% dos municípios foram evidenciados desvios de recursos e fraudes do programa de assistência farmacêutica, configurando uma situação grave diante da escassez de recursos destinados à saúde, assim como trazendo fortes indícios referentes à malversação de recursos públicos. Adicionalmente, cabe assinalar que a falta de documentação comprobatória da utilização dos recursos gastos em municípios paraibanos foi de 5,4%.

Esses dados coincidem com os relatados por Vieira (2008), que aponta, a partir de sua análise das regiões brasileiras, que os maiores percentuais de fraudes e desvios de recursos do programa de assistência farmacêutica foram detectados em municípios das regiões Nordeste (9%) e Norte (6,8%).

Em 52,7% dos municípios paraibanos, foi detectada a inobservância das normas de aquisição de medicamentos, o que constitui uma das principais falhas ou irregularidades encontradas nas licitações públicas. Além disso, em 29,1% dos municípios constatou-se o fracionamento de despesas na aquisição de medicamentos, que se caracteriza por dividir a despesa estimada visando realizar a contratação direta ou utilizar modalidade de licitação menos complexa que a prevista pela lei. Este fato foi ratificado pelos auditores da CGU, quando analisadas as notas fiscais emitidas a favor de empresas, totalizando um montante financeiro muito acima do valor estipulado para dispensa de licitação (Art.24, II – limite R\$ 8.000,00), infringindo, portanto, o disposto no art. 23 § 5º da Lei n. 8.666 de 1993 (Brasil, 1993).

Em uma situação de escassez de medicamentos o controle sobre o preço possibilita uma maior disponibilidade e conseqüentemente uma maior acessibilidade dos mesmos pela comunidade (Carasso *et al.*, 2009).

Em 16,36% dos municípios a aquisição de medicamentos ocorreu com preço superior ao do fornecedor ou ao banco de preços em saúde³, situação que caracteriza no mínimo, a

³ O Banco de Preços em Saúde (BPS) é um sistema informatizado que registra, armazena e disponibiliza por meio da internet os preços de medicamentos e produtos para a saúde, que são adquiridos por instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. Os preços são inseridos pelas próprias instituições. Além de tornar públicas as informações o sistema proporciona a visualização de relatórios gerenciais, visando auxiliar as instituições na gestão de seus recursos financeiros.

ausência de realização de pesquisa de preços para definição do valor unitário máximo a ser contratado pelo município para a aquisição dos medicamentos.

A atitude supracitada contraria as disposições dos Arts. 15, inciso V, o qual faz a seguinte referência: sempre que possível a gestão deve balizar-se pelos preços praticados no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública, e o Art. 40, § 2º, inciso II, da Lei n. 8.666/1993 e no orçamento estimado em planilhas de quantitativos e preços unitários (Brasil, 1993). Os dados mostraram ainda que em 14,5% dos municípios estudados, a aquisição de medicamentos ocorreu sem o processo licitatório.

O contexto acima descrito caracteriza a transgressão de formalidades previstas na Lei n. 8.666/1993 (Brasil, 1993) e na Lei n. 10.520/2002 (Brasil, 2002). Estas infrações podem estar associadas ao despreparo das Comissões de Licitação, responsáveis pela condução das aquisições, ou por vezes, vinculadas a fraudes.

Conforme o Art. 3º, da Lei n. 8.666/1993, o procedimento licitatório tem por objetivo garantir o princípio constitucional da isonomia e selecionar a proposta mais vantajosa para a administração pública, estando esta, em plena conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da probidade administrativa. Um dos princípios consagrados, de forma implícita é o da “economicidade”, ao mencionar que o procedimento licitatório visa selecionar a proposta mais vantajosa para a administração pública.

Profissionalizar a gestão é fundamental, para evitar o superfaturamento, a corrupção, os procedimentos de aquisição ilegais e licitações que não seguem a legislação vigente, práticas que causam muitos prejuízos à sociedade (Benevides e Menezes, 2011).

Outro fator relevante é a falta de controle na dispensação dos medicamentos, cujo percentual foi de 34,5%. Evidencia-se, portanto, que não se tem controle da quantidade, do destino, se o medicamento realmente foi dispensado e conseqüentemente não se tem conhecimento da demanda de medicamentos não atendida, ademais, primordialmente está o bem estar do paciente que necessita da orientação quanto ao uso adequado do medicamento. É justamente no ato da dispensação onde ocorre o contato do usuário com o farmacêutico antes de iniciar o tratamento da sua doença ou enfermidade (Marin et al., 2003).

Assim, como as demais ações desenvolvidas na farmácia a dispensação precisa ser documentada, de preferência em sistema informatizado, contendo todas as informações sobre

o paciente e a farmacoterapia indicada. O registro dos referidos dados auxiliam no acompanhamento do serviço de dispensação, assim como serve para subsidiar as intervenções que se façam necessárias, bem como o planejamento de ações de programas de saúde e estes itens podem ser empregados como indicadores de qualidade dos serviços e resultados em saúde (Brasil, 2009).

Cabe assinalar que segundo a OMS até 50% dos medicamentos são prescritos e/ou dispensados inadequadamente e 50% são usados incorretamente pelos pacientes (WHO, 2004). Portanto, é de suma importância que o usuário obtenha uma prescrição adequada e uma orientação no ato de dispensação para resguardar a saúde. Assim, a dispensação deve assegurar que o medicamento seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto. (OMS, 1993).

A ausência do profissional farmacêutico foi observada em apenas 3,6% dos municípios estudados, resultado surpreendentemente positivo a partir do conhecimento da realidade do estado. Um eventual falso positivo pode ter sido ocasionado pela forma como a pergunta foi feita, pois se sabe da prática de alguns municípios de registrar a existência do profissional sem que este preste trabalho efetivamente na assistência farmacêutica, ou por vezes estes profissionais desenvolvem suas atividades nos laboratórios de análises clínicas.

Assumido como verdadeiro, o resultado encontrado é melhor do que a situação evidenciada por Naves e Silver (2005) no Distrito Federal, onde somente dois Centros de Saúde dos 15 estudados possuíam farmacêuticos.

É importante destacar também que, em 27,3% dos municípios foi constatada a falta de medicamentos essenciais que fazem parte das listas oficiais pactuadas, como sendo estoque mínimo e obrigatório. Segundo Rohde e colaboradores (2008) e Walley e colaboradores (2008) os medicamentos essenciais têm um papel importante e fundamental no desempenho da atenção primária à saúde. Por conseguinte, o referido resultado demonstra a falta de acesso dos usuários aos medicamentos e a não resolatividade do seu problema de saúde. Isso, muitas vezes, resulta em maiores complicações para o paciente e necessidade de um nível mais complexo de atenção e conseqüentemente de custos mais elevados para o SUS, para sociedade.

Este quadro evidencia o descumprimento por parte do município, da sua responsabilidade quanto à oferta dos medicamentos básicos assegurada pela legislação

vigente, ferindo, portanto, o que preconiza a Constituição Federal de 1988, o disposto nas Leis 8.080 de 1990 e 12.401 de 2011, que assegura a assistência farmacêutica como direito do cidadão.

Estudos recentes sinalizam que, boa parte dos medicamentos solicitados judicialmente faz parte das listas oficiais do SUS, o que demonstra claramente problemas de gestão da assistência farmacêutica na rede de serviços públicos (Chieffi e Barata, 2009; Marques e Dallari, 2007; Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza, 2005; Pepe et al., 2010; Romero, 2008).

O armazenamento é um “conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos” (BRASIL, 2006). Para a realização de um armazenamento adequado se faz necessário a observância de alguns procedimentos, tais como: recebimento e conferência dos medicamentos, estocagem de acordo com as especificações dos produtos (termolábeis, fotossensíveis, inflamáveis), disposição conforme orientação do fabricante, sistema de organização que facilite a localização e o acesso rápido e fácil, preservação da integridade e qualidade dos medicamentos, assim como dispor de uma boa infraestrutura.

Foram constatados problemas relacionados às condições de armazenamento dos medicamentos nos municípios. Foi verificado que 20% dos municípios paraibanos incluídos no estudo apresentaram condições inadequadas de armazenamento. Isso sugere que os medicamentos podem estar expostos a alterações na qualidade, perda e possíveis desvios.

Esse dado corrobora aos encontrados no Rio Grande do Sul, por De Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006), onde um percentual de 22% dos itens exigidos para as Boas Práticas de Armazenamento (BPA) não foram cumpridos evidenciando a existência de problemas de armazenamento nos municípios.

A falta de infraestrutura adequada, a má gestão de estoque - aquisição acima ou abaixo da demanda - juntamente com as más condições de armazenamento, são os principais fatores que determinam o desperdício de recursos públicos destinados à aquisição de medicamentos.

Esse fato ficou ratificado nos relatos dos auditores da CGU, quando encontraram medicamentos com prazos de validade expirados em 10,9% dos municípios paraibanos, percentual considerado elevado e agravado pelo registro da falta de medicamentos para atender à população. Isso sugere ineficiência nas etapas de seleção, programação, aquisição,

controle e a inobservância das Boas Práticas de Armazenamento, bem como a ausência de recursos humanos capacitados para o desempenho das referidas funções.

A chance de um paciente receber um medicamento nessas condições, o expõe a riscos de agravos à saúde, pois, o uso de medicamento vencido pode tornar o tratamento inseguro, impróprio, ineficaz ou até mesmo nocivo à saúde (De Bernardi, Bieberbach e Thomé 2006).

Outro fator que dificulta a efetivação das ações sistemáticas da assistência farmacêutica é a falta de contrapartida da Secretaria Estadual de Saúde para o Programa Farmácia Básica, constatada em 20% dos municípios, bem como, a falta de contrapartida da Secretaria Municipal de Saúde para o referido Programa em 9,09% dos municípios auditados.

Verifica-se, portanto, que tanto o Estado como os municípios não vêm assumindo as contrapartidas sob sua responsabilidade de forma sistemática, conforme determina legislação vigente, isso promove um descumprimento das normas legais, e traz prejuízos e transtornos para o sistema de saúde e para a população assistida.

Outro problema observado foi a inexistência de um Plano Municipal de Assistência Farmacêutica Básica em 12,7% dos municípios, evidenciando, portanto, a falta de uma programação das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população (Brasil, 1998), que visa assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à Atenção Básica à Saúde da população, integrando sua programação à do Estado, com foco no abastecimento permanente e oportuno.

Portanto, cabe assinalar que esse contexto encontrado pelos auditores da CGU em municípios paraibanos, é semelhante ao referenciado no trabalho de Oliveira, Assis e Barboni (2010), onde concluíram que existe baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais em muitos municípios brasileiros; que a dispensação é realizada por trabalhadores sem qualificação; que a qualidade dos medicamentos é comprometida pelas condições inadequadas de armazenamento; que em grande parte dos municípios os prescritores não seguem à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e que existem problemas relacionados ao acesso dos usuários à farmacoterapia.

Traça-se aqui algumas comparações dos resultados do presente estudo com os achados de Vieira (2008). Salientamos que não há a apreensão de um caráter absoluto ou independente, considerando-as, portanto, como importante em caráter relativo (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação dos resultados obtidos em municípios paraibanos com os dados encontrados na região nordeste e os nacionais, de acordo com Vieira (2008)

Variáveis	Paraíba	Nordeste	Brasil
Controle de estoque deficiente/ inexistente de medicamentos	52,7%	68,1%	71,4%
Inobservância das normas de aquisição de medicamentos	52,7%	27,1%	19,4%
Desvio de recursos e/ou fraudes do Programa de Assistência Farmacêutica	38,2%	9,0%	4,7%
Falta de medicamentos	27,3%	30,3%	24,1%
Falta de contrapartida da SES	20,0%	13,8%	13,6%
Condições inadequadas de armazenamento	20,0%	43,1%	39,0%
Aquisição de medicamentos com preço superior ao do banco de preços em saúde (BPS)	16,4%	3,7%	6,7%
Medicamentos com validade expirada	10,9%	12,8%	13,2%
Falta de contrapartida da SMS	9,1%	7,4%	8,4%
Falta de comprovação do gasto dos recursos	5,4%	14,4%	11,7%
Ausência do Farmacêutico	3,6%	5,9%	8,5%

Fonte: Elaboração própria com base nos relatórios de fiscalização da Controladoria Geral da União (CGU), disponíveis no endereço: <http://www.cgu.gov.br/sorteios/index2.asp> e adaptado de Vieira, F. S. (2008). Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(2), 91-100.

Alguns dos resultados encontrados, em municípios paraibanos, mostram-se melhores quando comparados com a região nordeste e a nível nacional. Cita-se como exemplo, à deficiência ou inexistência do controle de estoque de medicamentos, sendo constatados 52,7%, 68,1% e 71,4% respectivamente, e às condições inadequadas de armazenamento, observada em 20% dos municípios paraibanos, em 43,1% na região nordeste e 39% no Brasil.

Por outro lado, os achados apontam para alguns indicadores que apresentaram resultados desfavoráveis em relação aos municípios paraibanos auditados. Os resultados demonstram os percentuais referidos aos municípios paraibanos, ao nordeste e ao Brasil respectivamente. Os indicadores são: a inobservância das normas de aquisição de medicamentos que demonstrou 52,7%, 27,1% 19,4%; o desvio de recursos e fraudes no Programa de Assistência Farmacêutica Básica, que apontou 38,2%, 9% e 4,7%; a aquisição de medicamentos com preço superior ao do banco de preços em saúde (BPS) que foi identificado em 16,4%, 3,7% e 6,7%; e a falta de contra partida da Secretaria Estadual de Saúde representou 20%, 13,8% e 13,6%.

Outros resultados encontrados são bastante semelhantes entre a Paraíba, o Nordeste e o Brasil, a exemplo daqueles relacionados à falta de medicamentos, medicamentos vencidos e a falta de contrapartida da Secretaria Municipal de Saúde.

Diante do exposto evidencia-se que a situação da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba, guardadas as devidas proporções, apresenta problemas e dificuldades semelhantes à realidade nacional, constatadas nas referidas pesquisas.

Segundo Vieira (2008: 91) “não é possível falar em efetividade da atenção à saúde sem que assistência farmacêutica cumpra o seu papel com qualidade.”

4. Considerações finais

Considerado como um dos estados mais pobres da nação, a Paraíba conseqüentemente possui os recursos destinados à saúde, escassos. Com base nos resultados apontados, fica evidente a problemática da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba. Esse fato parece refletir a realidade no âmbito do nordeste e do Brasil. É fundamental que a utilização desses recursos seja otimizada, para que se possa atender à elevada demanda de medicamentos, uma vez que, grande parte da população tem reduzido poder aquisitivo e que se encontra impossibilitada de obter esses ativos fora do sistema público de saúde.

Ficou evidente que houve problemas de gestão importantes no período estudado que afetaram processos, muitos deles evitáveis pelo seguimento de normas existentes na legislação brasileira. Assim, de acordo com os resultados encontrados nos relatórios da CGU, podemos inferir que ainda há um longo percurso a ser construído para a efetivação e qualificação dos serviços farmacêuticos. Para tanto é imprescindível, uma conduta das três esferas de governo, no sentido de se profissionalizar a gestão pública, evitar toda e qualquer perda de recursos, tanto pela ineficiência administrativa, quanto pelos desvios e fraudes na condução da Política de Assistência Farmacêutica.

Dessa forma, a população poderá ser contemplada com o que lhe é assegurado por direito na legislação vigente: acesso aos medicamentos, que segundo definição de Peters e colaboradores (2008: 2) é “o uso oportuno de serviços de acordo com as necessidades”, e uma assistência farmacêutica de qualidade.

Cabe registrar que, este trabalho não é específico para avaliar a qualidade da assistência farmacêutica municipal, mas sim analisar a aplicação dos recursos federais, no caso, destinados a Assistência Farmacêutica Básica nos municípios. Apesar dessa limitação, sugere-se que os resultados encontrados, se mostram como uma alternativa factível e útil para um diagnóstico de como se encontra a assistência farmacêutica nos diversos municípios e sua tendência.

A utilização desse tipo de dados secundários envolve baixo custo e seu potencial de informações sobre a assistência farmacêutica é relevante, devendo assim, ser difundido, para que possa contribuir no sentido de diagnosticar possíveis problemas e fornecer subsídios a gestão federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento de ações preventivas e corretivas, buscando a implementação das Políticas de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica para a qualificação dos serviços farmacêuticos nos municípios brasileiros.

Cabe assinalar que a base de informações se mostrou adequada para a análise pretendida. Contudo, estudos adicionais devem ser realizados para ampliar e aprofundar os achados.

5. Referências

- BENEVIDES, Carolina; MENEZES, Maiá. Sobrepreço na compra de remédios, um mal nacional. *O Globo*, Rio de Janeiro, Primeiro Caderno, p. 9, 30 jan. 2011.
- BIGDELI, Maryam *et al.* Access to medicines from a health system perspective. *Health policy and planning*, PMID: 23174879, p. 1–13, 22 nov. 2012.
- BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de Outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais n°s 1/1992 a 64/2010, pelo Decreto legislativo n° 186/2008 e pelas emendas Constitucionais de Revisão n°s 1 a 6/1994*. 32. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Seção 1. 20/09/1990. p. 18055, 19 set. 1990.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Incentivo à Assistência farmacêutica Básica: o que é e como funciona / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaborada por Geraldo Luchesi... [et al]. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. Seção 1. 10/11/1998. p. 18, 30 out. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 176, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo a Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União. Seção 1. 11/03/1999. p. 22, 11 mar. 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Seção 1. 29/12/2010. p. 72, 28 dez. 2010b.
- 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. Seção 1. 29/04/2011. p. 1, 29 abr. 2011.
- BRASIL. Controladoria Geral da União (CGU). Portaria nº 247, 20 de junho de 2003. Institui, em caráter permanente, o mecanismo do sorteio público para definição das unidades municipais onde será objeto de fiscalização a aplicação de recursos públicos federais. Diário Oficial da União. Seção 1. 20/06/2003. p. 13, 20 jun. 2003.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.666, de 21 de Junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1. 22/06/1993. p. 8269, 21 jun. 1993.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.520, de 17 de Julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1. 18/07/2002. p. 1, 30 jul. 2002.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica, (Série A, Normas e Manuais Técnicos), 2006.
- CAMERON, A. *et al.* Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *The Lancet*, v. 373, n. 9659, p. 240–249, 23 jan. 2009.
- CARASSO, Barbara S. *et al.* Availability of essential medicines in Ethiopia: an efficiency-equity trade-off? *Tropical Medicine and International Health*, v. 14, n. 11, p. 1394–1400, nov. 2009.
- CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- CHIEFFI, Ana L.; BARATA, Rita B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 8, p. 1839–1849, ago. 2009.
- DE BERNARDI, Carmen L. B.; BIEBERBACH, Emily W. ; THOMÉ, Henrique I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 1, p. 73–83, abr. 2006.
- FLEURY, Paulo F.; WANKE, Peter; FIGUEIREDO, Kleber F. *Logística empresarial; uma perspectiva brasileira*. São Paulo, Atlas, 2000.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem da população 2010. (Pesquisa ano 2010)*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/populacao_por_municipio.shtm>. Acesso em: 6 maio 2011.

- MARIN, Nelly *et al.* *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- MARQUES, Sílvia B.; DALLARI, Sueli G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 101–107, 2007.
- MEIRELLES, Hely L. *et al.* *Direito administrativo brasileiro*. São Paulo: Malheiros Editores, 1997.
- MESSEDER, Ana M.; OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia G. S.; LUIZA, Vera L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 525–534, 2005.
- NAVES, Janeth de O. S.; SILVER, Lynn D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 223–230, abr. 2005.
- OLIVEIRA, Luciane C. F. de; ASSIS, Marluce M. A.; BARBONI, André R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 3561–3567, nov. 2010.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacéutico em el Sistema de Atención de Salud. Tokio: OPS/HSS/HSE/95.1, 1993.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- PEPE, Vera L. E. *et al.* Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 3, p. 461–471, mar. 2010.
- PETERS, David H. *et al.* Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1136, n. 1, p. 161–171, 2008.
- ROHDE, Jon *et al.* 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *The Lancet*, v. 372, n. 9642, p. 950–961, 13 set. 2008.

- ROMERO, Luiz C. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do distrito federal. *Texto para discussão*, v. 41, p. 48, maio 2008.
- SANTOS, Lenir. *Articulação federativa e contrato de ação pública no SUS. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. June 15, 2011*. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/06/15/articulacao-federativa-e-contrato-de-acao-publica-no-sus/>. Acesso em: 25 fev. 2013.
- SIQUEIRA, Fábio; GAUDARD, Ana M. Y. S. Acesso aos serviços de Farmácia em atenção básica na SES-DF. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 20, n. 3, p. 211–217, 2009.
- VIEIRA, Fabiola S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 27, n. 2, p. 149–156, 2010.
- VIEIRA, Fabiola S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 24, n. 2, p. 91–100, ago. 2008.
- WALLEY, John *et al.* Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*, v. 372, n. 9642, p. 1001–1007, 19 set. 2008.
- WHO, World Health Organization. *WHO Medicines Strategy: Countries at the Core: 2004-2007*. Geneva: World Health Organization, 2004.

Apêndice K – Judicialização da Assistência Farmacêutica: dois pesos e uma medida (cap. livro / prelo)

Capítulo do Livro Direito e Saúde - Cidadania e Ética na Construção de Sujeitos Sanitários, que se encontra no prelo para ser publicado pela Editora UFAL em Maceió-AL

JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: DOIS PESOS E UMA MEDIDA

Suelma de Fátima Bruns
Vera Lucia Luiza
Egléubia Andrade de Oliveira

RESUMO

O presente texto trata da assistência farmacêutica no Brasil a partir da judicialização, a qual cria um conflito entre três quesitos políticos-doutrinários que balizam o Sistema Único de Saúde (SUS): igualdade e a equidade, acesso universal e integralidade. Foi realizada revisão da literatura nacional publicada em bases de acesso livre no período de 2005 a 2010. Estas foram analisadas à luz dos princípios da justiça propostos por John Rawls e Amartya Sen, que tratam dos principais paradigmas de justiça presentes no debate sobre a alocação de recursos em saúde: igualdade e equidade, e seu impacto nas políticas públicas. Mostra-se que as ações protagonizadas pelo judiciário contrariam, em parte, a concepção da Política Nacional de Saúde, como parte do rol dos direitos sociais, que têm, entre seus princípios norteadores, a redução das desigualdades sociais, para garantir uma sociedade justa.

Palavras-chaves: Judicialização da assistência Farmacêutica, Sistema Único de Saúde, Equidade em Saúde, Medicamentos, Orçamento, Alocação de Recursos.

1. Introdução

Cada vez mais a discussão acerca da atuação do judiciário na garantia dos direitos à assistência farmacêutica ganham importância no Brasil. O aumento progressivo de demandas judiciais buscando a tutela de um direito individual ao fornecimento de medicamentos vem tomando proporções significativas. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2005 foram 387 ações; 2.625 em 2006; 2.979 em 2007 e 783 ações de janeiro a julho de 2008. Os custos de tais ações para o governo federal foram de 2,5 milhões, 7 milhões, 15 milhões e 48 milhões de reais respectivamente nos mesmos períodos. Em apenas três anos a aquisição de medicamentos por ações judiciais cresceu 1.920% (BRASIL, 2008b). Já os valores gastos para cumprir decisões judiciais que determinavam o fornecimento de medicamentos de alto custo aumentaram mais de 5.000% nos últimos seis anos. Foram gastos R\$ 2,24 milhões em 2005 contra R\$ 132,58 milhões em 2010 (BRASIL, 2011). De forma semelhante, o mesmo fenômeno vem ocorrendo a nível estadual e municipal.

Via de regra, o termo judicialização tem sido utilizado para denominar o aumento das demandas judiciais no campo da saúde e a consequente intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas, tendo como base o termo "judicialização da política", o qual passou a ter repercussão nos debates das ciências jurídicas e sociais, a partir das contribuições da pesquisa de Vallinder e Tate "The Global Expansion of Judicial Power" (1995), no qual se aborda a expansão do Poder Judiciário no processo decisório das democracias contemporâneas e se define 'judicialização' como sendo a "reação do judiciário à provocação de terceiros e que tem por finalidade revisar a decisão de um poder público tomando como base a Constituição" (VALLINDER; TATE, 1995).

Portanto, a expressiva expansão do poder judiciário no Brasil se deu a partir da assunção do papel normativo da Carta Magna de 1888, que proclama o direito à saúde calcado nos princípios da universalidade, igualdade e integralidade, garantindo aos cidadãos seu acesso às ações e serviços de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. Sua regulamentação se deu por meio da Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, bem como estabelece em seu artigo sexto, que estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de várias ações, entre elas, a de garantir a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

É importante mencionar, o estabelecimento da Política Nacional de Medicamentos, em 1998, que propõe garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos ao menor custo possível e promover o uso racional e o acesso da população aos produtos considerados essenciais, cabendo aos entes federados - União, estados, Distrito Federal e municípios - a aquisição e distribuição de acordo com os critérios técnicos, administrativos e operacionais, conforme legislação vigente (BRASIL, 1998). Cabe destacar, também, a promulgação em 2004 da Política Nacional de Assistência Farmacêutica como parte integrante da Política Nacional de Saúde, que envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garante os princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2004).

Levando-se em consideração os preceitos constitucionais já mencionados e com base nos dispositivos normativos supracitados, pode-se concluir que o Estado tem o dever de garantir direitos quanto à promoção da saúde para todos os cidadãos. No entanto, o que se percebe, é que apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos, a administração pública, não tem conseguido atender plenamente às diretrizes preconizadas na Constituição Federal de 1988 criando-se, portanto, um conflito no tratamento das questões relativas à implementação de direitos ali assegurados. Diante disso, torna-se estratégico um outro direito fundamental que é o acesso à justiça, positivada no artigo 5º, inciso XXXV, da Carta Magna, onde explicita que se faz necessário que o Estado garanta meios para viabilizar o acesso à Justiça, quando houver lesão ou ameaça de lesão aos direitos constitucionais - “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direitos” (BRASIL, 2008a). Cabe assinalar que o caminho judicial vem favorecendo o exercício dos preceitos constitucionais da universalidade e integralidade na assistência à saúde. Poder-se-á dizer o mesmo, entretanto, quanto ao princípio da equidade na saúde? Ora, se, por um lado, as decisões judiciais buscam garantir o medicamento ao cidadão, por outro, imputam ao gestor a tomada de decisões que, na maioria das vezes, negam preceitos contidos na Constituição brasileira e em qualquer sociedade justa: o acesso à assistência à saúde de qualidade e à equidade para uns em detrimento a outros.

Esse fenômeno, com repercussões no Poder Público, tem levado a um confronto entre os Poderes Executivo e Judiciário, daí decorrendo um verdadeiro desafio no que concerne à aplicação dos postulados da Constituição Federal, que garante o direito à igualdade e à integralidade na assistência à saúde, assim como o acesso universalizado. Portanto, faz-se

necessário problematizar os efeitos que permeiam os atores envolvidos e as instituições públicas que lidam com essa nova questão.

Nesse contexto, alguns obstáculos merecem destaque. Por exemplo, equacionar valores e interesses legítimos relacionados a um bem considerado essencial – a saúde – com a escassez de recursos no setor. Não raro, o princípio básico na distribuição de ativos na saúde, que é o da equidade, deixa de ser observado.

As crescentes demandas judiciais com vistas à garantia do acesso a medicamentos que não são encontrados na rede pública por diversos motivos, têm contribuído com a desestruturação da assistência farmacêutica previamente planejada. As principais razões que dão origem as ações judiciais para garantir o acesso a medicamentos são: a prática de preços abusivos pelos fabricantes, não serem padronizados, inexistência de registro no país, falta de estoque, dúvidas quanto à eficácia terapêutica, entre outras (CHIEFF; BARATA, 2009).

O propósito do presente texto foi o de verificar como os autores vêm abordando a judicialização da assistência farmacêutica, dando especial ênfase às questões do direito (individual/coletivo), de igualdade, da equidade, da integralidade, da distribuição de ativos, dos conflitos que permeiam essa temática, bem como as consequências das ações judiciais para a gestão do SUS.

Assim, a proposta foi efetuar uma reflexão sobre o tema a partir de revisão da literatura com base em artigos científicos relacionados à judicialização da assistência farmacêutica no Brasil, publicados em periódicos disponíveis na base Scielo e Lilacs durante o período compreendido entre 2005 e 2010. Foram utilizados como termos de busca: “Direito *and* saúde *and* assistência farmacêutica”; “saúde *and* justiça *and* medicamento”; “saúde *and* justiça *and* iniquidade”; “Judicialização de medicamentos”; e “Judiciais”. Santos (2004) assinala que, é caracterizada como pesquisa bibliográfica aquela que é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

A matriz conceitual da reflexão repousa nas contribuições de John Rawls e Amartya Sen sobre os princípios de justiça: Igualdade e Equidade, objetivando, verificar como a literatura científica brasileira aborda a questão da judicialização da assistência farmacêutica, à luz destes princípios.

Nesse contexto, suscitam-se os seguintes questionamentos: Como a judicialização da assistência farmacêutica vem sendo abordada nos artigos selecionados? Como os estudiosos

John Rawls e Amartya Sen, discutem as questões de igualdade e de equidade? Nos artigos selecionados, os autores analisam o impacto que as decisões judiciais em prol das demandas individuais tem causado para as demandas coletivas?

Nossa hipótese é de que há consenso entre os autores de que não se trata de negar os direitos dos indivíduos, mas de pontuar a inobservância por parte do Judiciário dos princípios norteadores da política de saúde, bem como do princípio da equidade na dimensão coletiva. Portanto, a justiça vem assegurando a tutela dos direitos de igualdade em detrimento dos direitos de equidade.

Admitindo, a importância estratégica do tema - judicialização da assistência farmacêutica - pelo amplo debate em torno da cobertura, do acesso universal e integral, face a escassez de recursos financeiros e em cumprimento ao direito constitucional, justifica-se a iniciativa de desenvolver o presente ensaio, como forma de colaborar para aprofundar a discussão, considerando sua contribuição para a consolidação do Sistema Único de Saúde, que tem como pressupostos prestar serviços com eficiência, com qualidade, com maior equidade, mantendo sua sustentabilidade financeira.

Foram localizados 91 artigos e, após a leitura do resumo, selecionados os 18 que se adequavam à proposta da pesquisa. Adicionalmente foram lidas contribuições de John Rawls (1997, 2003) e Amartya Sen (2000, 2001, 2002) sobre os princípios de justiça.

2. Princípios de justiça - Igualdade e Equidade: as contribuições de John Rawls e Amartya Sen.

Discorre-se aqui sobre dois dos princípios paradigmáticos de justiça, presentes na discussão sobre a alocação de recursos públicos em saúde: o princípio da ‘igualdade’ e o da ‘equidade’. É evidente que outros princípios são passíveis de aplicação, mas a escolha destes se justifica por estarem presentes nas discussões que tratam de alocação de recursos públicos, sobretudo no campo da saúde. Assim sendo, escolheu-se abordar de forma breve as contribuições de dois autores. John Rawls, norte-americano, autor de “Uma Teoria da Justiça”, considerada uma das mais importantes obras de filosofia política do século XX, na qual faz explanação sistemática sobre o tema ‘justiça’, propondo princípios e procedimentos a serem seguidos pelo Estado para resolução ou diminuição das desigualdades existentes na sociedade. Fundamenta-se na prioridade do justo sobre o bem, tendo como foco em suas obras a justiça como fator de equidade. A teoria da justiça de Rawls, reconhecida mundialmente, tem influenciado as políticas públicas de vários países, entre eles o Brasil.

O indiano Amartya Sen, Prêmio Nobel de Economia de 1998 e um dos criadores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolveu relevantes estudos sobre a *teoria da escolha social, economia do bem-estar* e desigualdades sociais, sendo uma de suas principais obras “*Desigualdade reexaminada*”. Sen acolhe parcialmente as idéias de Rawls, assim como propõe o aperfeiçoamento das mesmas.

Ao tratar o tema justiça, Rawls dá ênfase às instituições, uma vez que, na sua concepção, é na estrutura básica da sociedade que se encontra o principal objeto da justiça, pois é através das principais instituições sociais (constituição política e as organizações econômica e social) que se distribuem os direitos e deveres fundamentais e determina-se a divisão dos benefícios decorrentes da cooperação social (RAWLS, 1997).

Rawls aborda o tema ‘igualdade’ e ‘liberdade’ de forma bastante singular, uma vez que preconiza iguais liberdades (de direitos, de escolhas e de oportunidades para todos), faz menção à questão das diferenças sociais e econômicas (desigualdades) e tem como fundamentais dois princípios de justiça, que devem nortear a estrutura básica das instituições e da sociedade: 1. Cada pessoa deve ter direito a liberdades e direitos básicos iguais; 2. As desigualdades sociais e econômicas devem estar ligadas às funções e posições abertas a todos em condições de igualdade justa de oportunidades, e devem proporcionar a maior vantagem aos membros menos favorecidos da sociedade (RAWLS, 1997).

Nesse contexto, todos os indivíduos têm tratamento semelhante. Parte da idéia de que os indivíduos são todos iguais, portanto, têm os mesmos direitos e acesso aos mesmos ativos. Levando-se em consideração esse princípio, uma pessoa rica tem direito ao mesmo tratamento que uma pessoa pobre. Já o preceito da equidade admite que os indivíduos diferem entre si, e por isso é justo que tenham tratamento diferenciado que elimine ou diminua as desigualdades (MEDEIROS, 1999). Portanto, o conceito de equidade, na área de saúde, aparece como um dos pilares da atenção básica e tem como significado ser o “princípio segundo o qual a distribuição de recursos é feita em função das necessidades de saúde de uma determinada população” (BRASIL, 2006:16).

Para Rawls, não pode haver separação em relação à justiça moral, política ou do sistema econômico. Portanto, o reparo das injustiças sociais, só pode advir da prática de uma política que vise à equidade. Assim, cria um critério para a justiça na desigualdade, que é assumido pelo princípio da equidade, qual seja: tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais desfavorecido (RAWLS, 1995: 68 *apud* MEDEIROS, 1999: 4).

A concepção rawlsiana da justiça, como teoria normativa que se fundamenta no contratualismo moderno, com ênfase nas questões da justiça e não nas de legitimidade, não elimina as decisões injustas [...]. Uma teoria da justiça, no plano normativo, precisa lidar com a questão da igualdade e da desigualdade entre pessoas e grupos de pessoas, demonstrando que a igualdade é moralmente justificável e a desigualdade injustificável [...] Rawls se preocupou em construir uma teoria da justiça e não uma teoria do governo legítimo, daí que a relevância de sua teoria repousa neste ponto e essa é a grande novidade do pensamento rawlsiano, no qual os neoliberais se inspiram para repensar e apresentar teorias alternativas de justiça (BARROS, 2009: 4).

Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), fazem referência à teoria da justiça de Rawls, como sendo bastante influente na literatura atual sobre desigualdades em saúde, a qual propõe igualdade de oportunidades, de liberdade, bem como distribuição igual dos principais determinantes da saúde. Para estes autores,

na atual conjuntura de debate teórico da Saúde Coletiva no Brasil, tornou-se consenso afirmar que a superação das desigualdades em saúde requer a formulação de políticas públicas equânimes. Isso corresponde ao reconhecimento da saúde como direito e à priorização

das necessidades como categoria essencial para as formas de justiça (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009: S223).

Nesse enfoque, cabe assinalar que, considerações acerca dos princípios de justiça estão presentes, igualmente, nos trabalhos de Amartya Sen, que apregoa uma igualdade (complexa) de oportunidades, baseada nas caracterizações e delimitações das *capacidades* e dos *funcionamentos*. *Esse igualitarismo de oportunidade, reflete, por exemplo, na área de saúde, tanto no campo das possibilidades de uma pessoa alcançar uma vida livre de enfermidades, quanto da ampliação das capacidades e funcionamentos, quando o indivíduo goze de boa saúde* (SEN, 2002).

No princípio da equidade, quando um indivíduo “A” estiver em posição inferior – na hierarquia de bem-estar - ao indivíduo “B”, e ambos estiverem empatados, no indicador “renda”, a divisão de recursos que inclui “A” e “B” será justa quando se distribuir mais para “A” do que para “B” (Sen, 2001). A desigualdade de uma sociedade também pode ser gerada pelo princípio da igualdade. Por exemplo, um programa de saúde destinado ao controle da desnutrição, distribui um polivitamínico para complementar a alimentação com tais suplementos e suprir o organismo de nutrientes essenciais, baseado pelo princípio da igualdade, distribuiria a mesma quantidade de polivitamínicos entre bairros ricos e pobres.

A equidade também tem seus embaraços que se revelam na dificuldade de mensurar o nível de “desvantagem” das pessoas para poder distribuir benefícios. Nestes termos, como fazer quando a distribuição recair entre uma criança pobre e uma gestante pobre? Ou no caso de dois espaços urbanos com problemas comuns? São esses alguns dos dilemas surgidos para cuja superação Amartya Sen aponta algumas pistas. “Igualdade de quê?” questiona quando alude à igualdade (ou desigualdade). Isso faz ver que a alocação depende do que venha a ser definido como necessidades e o nível de diferenciação dessas necessidades (SEN, 2001).

Em se tratando de políticas públicas, que é o ponto central de nossa análise, que necessidades elas devem contemplar? Visto que o setor público visa atender as necessidades insatisfeitas da população e definidas essas necessidades, cabe estabelecer quais os indivíduos obterão o benefício público. O outro aspecto relevante sobre modelos de justiça, é a distribuição dos recursos. Quando o acesso é universal, o rateio de recursos não tem muita importância, visto que alguns direitos são aplicáveis a todos, independente de suas características. Entretanto, quando a política é focalizada, a distribuição entre os indivíduos é

essencial. Portanto, levando em conta o princípio da equidade, têm prioridade de acesso aos serviços de saúde os mais doentes e mais carentes (MEDEIROS, 1999).

A reorientação dos recursos à todos (universalização), mas de forma diferenciada (focalização), permitindo acesso global à saúde, representaria um gigantesco passo em direção à maior paridade e à menor exclusão; uma vez mais a "fórmula" aristotélico-seniana de *justa distribuição desigual* se mostra como melhor caminho para a maior equidade em saúde (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005:139).

Poder-se-ia então dizer que a expressão "tratar os diferentes de forma desigual, priorizando os mais necessitados", define bem o significado da palavra 'equidade'. Como a população é composta de cidadãos desiguais entre si - embora considerados iguais perante a lei - a única igualdade que se pode conseguir seria sob a forma de 'equidade'. De maneira mais objetiva pode-se afirmar que a equidade em saúde pressupõe que, idealmente, toda pessoa deve ter uma oportunidade justa para alcançar seu potencial pleno de saúde, o que compreende trazer os diferenciais da saúde ao nível mais baixo possível para criar oportunidades iguais (WHITEHEAD, 1991 *apud* NOGUEIRA, 2011).

Diante do exposto, os princípios de justiça e a concepção de justiça distributiva abordados por Rawls e Sen, podem contribuir, como fio condutor para as discussões dos atuais dilemas vivenciados pela judicialização da saúde, em especial pela judicialização da assistência farmacêutica, em que pese a necessidade premente de um consenso entre os Poderes Executivo e Judiciário, para efetivação de um sistema de saúde justo para todos os cidadãos, com a implementação de políticas equânimes.

3. Contribuições da literatura científica sobre Judicialização da Assistência Farmacêutica: alguns recortes

No Brasil, a concepção de um modelo de sistema de saúde, contemplando o acesso para todos, se deu muito recentemente. Apenas a partir do final da década de 1980 o acesso à assistência à saúde passou a ser direito de todos os cidadãos, conforme definido na Constituição Federal de 1988, Capítulo II, Seção II, artigo 196 (BRASIL, 2008a).

Essa mesma seção traz, nas diretrizes que constituem esse Sistema Único de Saúde, a garantia de: [...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais [...] (BRASIL, 2008a). Posteriormente, foi publicada a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e estabelece em seu artigo sexto, que estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de várias ações, dentre elas, a de garantir a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

É justamente nos dispositivos acima citados que os magistrados fundamentam suas decisões para garantir o acesso dos cidadãos aos medicamentos como direito, conforme referenciado na pesquisa de Borges e Ugá (2010),

todas as decisões estão fundamentadas no Artigo 196 da *Constituição Federal* e na *Lei n.º. 8.080/90*, com argumentações no sentido de que é um direito constitucional do cidadão receber do Estado ações e serviços de saúde, incluindo-se nele o fornecimento de medicamentos (BORGES; UGÁ, 2010: 61).

Entretanto, a Constituição deixa claro que o direito à saúde estará garantido mediante políticas sociais e econômicas. *É, portanto*, imprescindível para sua consecução, a sustentabilidade financeira e a efetivação de outras políticas como a de saneamento, moradia, emprego, renda e educação. Como bem lembrado por Vieira (2008), “considerando que a escassez de recursos é fato, verifica-se que não é possível prescindir das políticas quando o objetivo é garantir a observância aos princípios de universalidade, integralidade, igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde (VIEIRA, 2008: 367)”.

Segundo Silva (apud MARQUES e DALLARI, 2007: 102), os direitos sociais “são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos

que tendem a realizar a equalização de situações sociais desiguais”. Nesse aspecto, Siqueira-Batista e Schramm (2005) consideram que concepções de justiça que se baseiam, pura e simplesmente, em uma suposta igualdade plena, estariam fadadas ao fracasso em sua própria origem, visto que, “entre o princípio de que a saúde seja um direito de todos [...] e a garantia de seu cumprimento [...], não basta preconizar *as mesmas* bases sanitárias para toda sociedade, uma vez que as demandas pessoais são deveras abrangentes, podendo, neste caso, se produzir um aguçamento das disparidades (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005: 138)”.

Assim, cabe ao Estado a responsabilidade pela formulação, implementação e controle das políticas públicas de modo a atender às crescentes demandas sociais, principalmente em países de grande iniquidade como o Brasil. Como parte integrante da Política de Saúde, estão inseridas a Política Nacional de Medicamento (1998), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004) e vários atos administrativos do Ministério da Saúde, como a instituição da RENAME, de programas específicos de assistência farmacêutica, de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, entre outros, os quais buscam normatizar, operacionalizar e definir as questões relacionadas ao medicamento no país, visando o melhor atendimento às necessidades de saúde da população e à otimização dos escassos recursos públicos.

A política pública implementada em matéria de medicamentos e assistência farmacêutica [...] estabelece critérios justificados de inclusão e exclusão de medicamentos ofertados pelo SUS à população. Tais critérios são formalizados juridicamente por meio dos atos administrativos que compõem os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, emanados do Ministério da Saúde. A política assim implementada e os serviços públicos prestados possuem limitações quanto às necessidades terapêuticas de toda a população brasileira. A política é elaborada com base na tomada de decisões coletivas pelo sistema político, sob uma perspectiva coletiva e distributiva (MARQUES; DALLARI, 2007: 103).

Nesse contexto, Chieffi e Barata (2009: 1848) afirmam que, “a interpretação dos direitos sociais apenas na dimensão individual, desconsiderando a dimensão coletiva, [...] resulta em medidas que, em vez de promoverem a justiça social, acabam prolongando indefinidamente a imensa dívida social com a parcela mais vulnerável da população.” Portanto, é justamente esta parcela da população que, apesar de ser igual perante a lei, precisa

ter atendimento diferenciado em relação à satisfação de suas necessidades. Ou seja, só disponibilizando-se mais a quem mais precisa, será possível diminuir as desigualdades existentes, aplicando-se o princípio da equidade previsto no SUS.

Vários autores enfatizam a importância desse princípio para a prática da justiça social nas políticas públicas. (CHIEFFI; BARATA, 2009; LOPES *et al.*, 2010; SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005; VIEIRA, 2008; VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009). Entretanto, no contexto da política de saúde, tal princípio não vem sendo observado por parte dos magistrados, que, em sua grande maioria, com a intenção de fazer justiça, tem concedido o direito de acesso aos medicamentos, através de liminares, sem uma observância mais rigorosa dos princípios norteadores do SUS, tendo como base a prescrição médica individual e ordenando o cumprimento imediato da decisão proferida. Esse procedimento tem trazido à tona grandes tensões entre os poderes, até porque, grande parte dos medicamentos requeridos não fazem parte das listas oficiais financiadas pelo governo. Alguns estudos apontam também a presença de medicamentos não registrados no país (CHIEFFI; BARATA, 2009; MACHADO, 2010; MARQUES; DALLARI, 2007; PEREIRA *at al.*, 2007; SANT'ANA, 2009 *apud* PEPE *at al.*, 2010), bem como, medicamentos cuja indicação de uso não é reconhecida pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas utilizados no SUS (FIGUEIREDO, 2010; LOPES *at al.* 2008).

As demandas judiciais para aquisição de medicamentos sem registro no país, podem significar uma estratégia de pressão/lobby da indústria farmacêutica junto aos diversos segmentos (médicos, pesquisadores, pacientes, associações, agentes governamentais), para ter seu produto aprovado pelo órgão regulador. A decisão judicial, nesse caso, poderá trazer prejuízos ao paciente, visto que concede sem qualquer análise crítica o medicamento solicitado (ANGELL, 2007 *apud* PEPE, 2010). A pressão da indústria farmacêutica poderá ocorrer também com relação aos medicamentos registrados, porém, não integrantes das listas oficiais ou para uso não previsto nos protocolos. Nesse sentido, a estratégia é buscar a inclusão dos mesmos nessas listas ou uso previsto nos protocolos, visto que, devido ao alto custo dos medicamentos, o governo seria o seu principal cliente.

É importante mencionar o esforço empreendido para que a seleção dos medicamentos integrantes dos programas de governo para tratamento das doenças que acometem a população seja feita com todo o rigor, com base em critérios cientificamente comprovados, uma vez que os mesmos serão utilizados por milhões de brasileiros sendo, portanto,

indispensável fornecer a população medicamentos seguros, eficazes, eficientes e custo-efetivos (VIEIRA, 2008 *apud* CHIEFFI; BARATA, 2009). Não se pode desprezar a possibilidade de que parte deste esforço seja impulsionado pela pressão da população organizada, que vem aumentando sua capacidade de vigilância das ações de governo e de vocalização de suas necessidades.

Por outro lado, boa parte dos medicamentos solicitados judicialmente, faziam parte das listas oficiais do SUS, podendo caracterizar dessa forma, problemas de gestão da assistência farmacêutica na rede de serviços públicos (CHIEFFI; BARATA, 2009; MARQUES; DALLARI, 2007; MESSEDER *et al.*, 2005; PEPE *at al.*, 2010; ROMERO, 2008; VIEIRA; ZUCCHI, 2007;). Nesse aspecto, não há o que se discutir: cumpre ao Estado prover os medicamentos constantes das listas oficiais, os quais deveriam estar à disposição da população por direito.

Em todo caso, a divergência entre os atores envolvidos se situa em outro ponto. É justamente quanto ao fornecimento dos medicamentos que não constam das listas públicas destinadas à prestação da assistência farmacêutica e cujo fornecimento individualizado, compromete os recursos destinados às ações coletivas. Como afirmam Borges e Ugá (2010), o "Poder Judiciário concede os pedidos formulados sem considerar a padronização de medicamentos adotada pelo Ministério da Saúde, exercendo assim uma excessiva intervenção na política de saúde"(BORGES; UGÁ, 2010: 68).

Para alguns autores, o problema se encontra no desempenho insatisfatório dos Poderes Judiciário e Executivo, para atender às demandas de saúde do cidadão de forma resolutiva e eficiente, dentro de um contexto de deveres ampliados generosamente pela Constituição, os quais são de responsabilidade do Estado brasileiro (BORGES, 2007; MESSEDER *et al.*, 2005; ROMERO, 2008; SANTANA, 2009). Para outros, a garantia do acesso se dará pela melhoria da interlocução entre os Poderes Judiciário e Executivo, assim como pela inclusão da participação da comunidade, criando dessa forma um controle democrático e judicial (DALLARI, 2010; PEPE *at al.*, 2010).

A atuação do Judiciário na solução de questões como a concretização de direitos é não só democraticamente legítima, mas é também imprescindível, uma vez que o controle judicial oferece a possibilidade de que as minorias, sem acesso concreto ao poder deliberativo, possam buscar seus direitos. Porém, o fenômeno da judicialização da saúde tem levado os dois poderes a divergirem quanto à interpretação do princípio da integralidade, sendo necessário

uma maior reflexão por parte dos magistrados visto que, hoje, a oferta no que tange ao mercado farmacêutico conta com mais de 16 mil especialidades farmacêuticas (VIEIRA, 2008). É evidente, portanto, ser impossível para qualquer governo a inclusão de todo esse arsenal terapêutico na política pública de saúde, até porque esse quantitativo é muito mais a resultante de uma política de marketing da indústria farmacêutica para obter maiores fatias de mercado, bem como para lhes possibilitar a prática de política de preços diferenciados (ANGELL, 2007).

O termo integralidade na concepção do SUS, é a prestação das ações de saúde de forma integrada com os diversos segmentos e em todos os níveis de atenção, sejam elas no âmbito ambulatorial ou hospitalar. Portanto, o termo não se traduz como o acesso a toda e qualquer terapêutica existente no mercado, da qual prescritores e pacientes possam lançar mão, fazendo opção por este ou aquele medicamento, desconsiderando, inclusive, a disponibilidade de outras alternativas terapêuticas já contempladas pelo SUS. Já na concepção dos magistrados, parece dominante a interpretação do artigo sexto da Lei 8.080/90 ao pé da letra, “garantir a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. Para Borges e Ugá (2010), não é porque o Brasil fez a opção por um sistema de saúde público e universal, que o governo terá a obrigação de disponibilizar no sistema, todos os serviços, tratamentos e medicamentos existentes no mercado. Nesse sentido, Vieira (2008) afirma que:

para os tribunais a integralidade está mais associada à noção de consumo, haja visto o deferimento de demandas sem ressalvas sobre a existência de política pública para tratar as doenças. Nessa concepção, o direito à saúde se resume à oferta de medicamentos, reduzindo-se às ações curativas e paliativas, sem considerar o caráter fundamental de promoção e prevenção de doenças e agravos. Sob esse ponto de vista, gera-se a confusão entre a existência de mercado com a sua oferta de mais de 16 mil especialidades farmacêuticas e a existência do SUS, que deve fornecer tratamento à população em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde (VIEIRA, 2008: 366).

A integralidade não é um conceito que admite toda e qualquer terapêutica existente ou demandada por um paciente ou profissional de saúde. Há que se ter critérios técnicos, atualizados cientificamente, para embasar a incorporação desta ou daquela tecnologia, desta ou daquela terapêutica ou medicamento (SANTOS, 2006 *apud* BORGES; UGÁ, 2010). Essas questões, de grande complexidade, completam o quadro de projeção das ações judiciais que

demandam o acesso a medicamentos. Exemplo disso fica evidenciado em uma pesquisa realizada por Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005) a qual revela que,

os registros de mandados judiciais na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) iniciam-se em 1991. Desse ano até 1999, o ritmo de entrada das ações é paulatino e as indicações direcionadas a algumas enfermidades. No entanto, a partir de 2000, percebe-se um grande aumento no número de ações impetradas contra a gestão estadual solicitando medicamentos para todos os tipos de indicações terapêuticas, inclusive de atenção básica. Ao final de 2002, somavam-se 2.733 ações judiciais contra o Estado (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005: 526).

Desse modo, são inúmeras as ações judiciais consumindo milhões dos recursos públicos destinados à saúde, muitas vezes de forma injustificável e até mesmo potencialmente danosa aos usuários. O impacto que essas demandas têm produzido repercute no orçamento planejado para as políticas de saúde como um todo. Segundo Messeder *at al.* (2005), há evidências de que a judicialização da política de assistência farmacêutica tem sido, no âmbito da atenção coletiva, um fator desorganizador das finanças públicas e de desvio de recursos para a execução de ações programadas .

No Brasil, estimou-se que, em 2000, 70 milhões de pessoas não tinham acesso a medicamentos, o que correspondia a aproximadamente 41% da população brasileira (VIEIRA; ZUCCHI, 2007 *apud* VENTURA, 2010:79). Diante desse contexto, é primordial seguir o planejamento das prioridades da política de saúde, para garantir a assistência farmacêutica a quem mais precisa, tendo como foco a equidade, a coletividade, bem como a alocação distributiva dos recursos.

Em todo o país, segundo informações provenientes do Ministério da Saúde, os valores gastos com ações judiciais no ano de 2007 ultrapassam R\$ 500 milhões de reais nas esferas federal, estadual e municipal (JUNGMANN, 2007, *apud* LOPES *at al.*, 2008).

No Estado de São Paulo, no ano 2006, a Secretaria de Estado da Saúde, gastou com o cumprimento das decisões judiciais da comarca da capital, 65 milhões de Reais, para atender cerca de 3.600 pessoas. Em comparação, no mesmo ano, ela investiu 838 milhões de Reais no Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional (alto custo), atendendo 380 mil pessoas. Foram gastos aproximadamente 18 mil Reais por paciente com ações judiciais

naquele ano, enquanto o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional consumiu 2,2mil Reais por paciente (TERRAZAS, 2008 *apud* CHIEFFI; BARATA, 2009: 1839). As autoras ainda apontam, conforme os dados levantados que as ações judiciais vêm beneficiando a população com maior poder aquisitivo e desrespeitando o princípio da equidade do SUS (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Seguindo esses mesmos achados, trabalho realizado por Pereira *at al.* (2010: 3554), analisando as demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, nos anos de 2003 e 2004, apontou que os custos para o atendimento das demandas judiciais representaram em 2002 aproximadamente 0,6% do valor total gasto pela SES/SC (R\$ 23 milhões) com a aquisição de medicamentos. Em 2003 e 2004 as demandas judiciais foram responsáveis, respectivamente, por aproximadamente 7,5% e 11,5% dos valores totais gastos com medicamentos pela SES/SC (R\$ 37,5 milhões e R\$ 56 milhões).

Diante da preocupante situação vivenciada em nível nacional hoje pelos gestores quanto aos destinos da política pública de saúde, em virtude da alarmante judicialização da assistência farmacêutica, foi fundamental a intervenção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que em decisão recente da Ministra Eliana Calmon atentou para a questão da padronização, destacando que o dever do Estado de garantir o direito à vida e à saúde não se confunde com o direito de escolha do paciente a medicamentos específicos (BRASIL, 2009).

Nesse enfoque também cabe assinalar, a importância da atuação do Supremo Tribunal Federal (STF), por meio de decisão da Ministra Ellen Gracie, que suspendeu liminar concedida por juiz de primeira instância em ação civil pública que tinha por objeto a determinação genérica de que o Estado fornecesse *“todo e qualquer medicamento necessário ao tratamento dos transplantados renais e pacientes renais crônicos”*. A decisão considerou a questão da padronização, decidindo que ao Estado compete fornecer tão somente os medicamentos contemplados na portaria que regulamenta os medicamentos excepcionais. As mencionadas decisões indicam que o Poder Judiciário começa a reconhecer a importância da seleção oficial de medicamentos como condição para viabilidade da assistência farmacêutica no SUS (BRASIL, 2007).

Como o direito à assistência farmacêutica depende de uma política pública para ser garantido, sob a perspectiva da justiça distributiva, é preciso que as necessidades individuais sejam contextualizadas dentro

da política pública de medicamentos. Assim, a noção de justiça distributiva pode nortear a prestação coletiva e o próprio atendimento às necessidades terapêuticas individuais (MARQUES; DALLARI, 2007: 106).

Finalmente, há que se mencionar a recente concretização do esforço de normatizar essa questão, com a publicação da Lei Federal 12.401/2011, que altera o artigo sexto da Lei 8080/90, acrescentando o capítulo VIII, o qual dispõe que, a assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: dispensação de medicamentos cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico ou, na falta do protocolo, com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal, pelos gestores estaduais e pelos gestores municipais do SUS; e na oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. Dispõe também que, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. Os medicamentos ou produtos serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. Além de prevê, consultas e audiências públicas com a participação da sociedade civil, como forma de garantir mais transparência aos processos de incorporação de novas tecnologias, produtos e serviços na rede pública de saúde (BRASIL, 2011).

4. Considerações Finais

O preceito básico para o desenvolvimento deste trabalho está expresso no artigo 2º da Lei Orgânica da Saúde, Lei N° 8.080, de setembro de 1990, o qual estatui que: "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício". No entanto, faz-se importante delimitar os limites operacionais para a garantia de cumprimento deste dispositivo legal, uma vez que, os recursos são finitos e há constantes alegações de sua escassez, particularmente nos Estados mais pobres. Municípios e Estados têm sido alvo de decisões pouco voltadas para a atenção das reivindicações sociais. A elasticidade do conceito de saúde, que tem sido utilizada pelo poder judiciário, tem dado lugar a alguns exageros que podem inviabilizar o planejamento das ações de saúde e comprometer o orçamento da administração pública.

Embora, nos últimos anos, se tenha reduzido substancialmente o número de brasileiros que se encontram na zona de miséria, existe ainda uma pobreza massiva. São mais de 30,5 milhões de pobres no país (Neri, 2010). Esse dado é importante porque os estratos menos favorecidos na estrutura de renda têm uma elevada demanda em temas ligados à saúde e medicamentos, uma vez que essa população está impossibilitada de obter esses ativos fora do sistema público de saúde.

Convém destacar que, segundo o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, "é de se reconhecer que muito já se evoluiu no sentido de se obter um atendimento igualitário, universal e integral no campo da saúde, mas ainda há um bom caminho a ser trilhado até que se alcance a meta de obter saúde pública de qualidade para todos. [...] a saúde como parte do rol dos direitos sociais, faz parte das políticas públicas de redução das desigualdades sociais, e se funda no princípio da solidariedade, orientador de todas as sociedades que se pretendam justas e fraternas".

Assim, uma injusta alocação de recursos à saúde, em um sistema que não contempla a equidade entre os cidadãos, pode provocar efeitos perversos, injustos e graves. À medida que um sistema de saúde mostra-se deficiente, com limitações nos serviços prestados e atendimento ao público, é cada vez mais urgente que se promova a adequação no nível de distribuição dos recursos. Caso contrário, esse sistema tornar-se-á excludente.

Quando o direito individual do cidadão se confronta com o direito de toda uma coletividade em matéria de saúde, qual o valor maior a ser preservado? Esta pergunta de

conteúdo cruel e de resposta imediata, quando se trata de salvar uma vida, não pode prescindir de uma investigação mais profunda quando possa descaracterizar todo um sistema de saúde estruturado à luz da Constituição Federal e que deve ser respeitado por todos os poderes da República, dentre eles o Judiciário.

O ativismo judicial é perfeito quando os seus resultados produzem mais situações benéficas que maléficas. Entretanto, quando se sai do campo da interpretação para a concretude, fazendo prevalecer um princípio em detrimento do outro, corre-se o risco da desestabilização do sistema. Os valores a serem preservados em favor da coletividade não podem ser abalados pela individualidade. Existe uma política de saúde traçada para atender à população, com seus gestores sendo responsabilizados pelo seu descumprimento. No campo do fornecimento do medicamento e assistência farmacêutica sob a responsabilidade do poder público, existem inúmeros fatores que interferem nessa escolha e que vão da seleção criteriosa dos medicamentos integrantes das listas oficiais que devem ser disponibilizadas à população, à prevenção da especulação e interferência de grandes laboratórios interessados na colocação do seu produto, ditando o seu custo.

Cabe ao Poder Judiciário, levar em consideração dois pesos nos pratos da balança da justiça - o primeiro, examinar os princípios que norteiam a Assistência Farmacêutica no SUS e, o segundo, analisar o direito individual/coletivo do cidadão e tomar uma medida que não faça ruir o arcabouço constitucional e infra-constitucional que compõe o ordenamento jurídico do país.

5. Referências Bibliográficas

- ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos – como somos enganados e o que podemos fazer a respeito.** Tradução do inglês: “*The truth about the drug companies*”. Editora Record, 3ª edição, 2007, 319 p.
- BARROS, M. O. F. **As desigualdades sociais sob a correção da Justiça como equidade de John Bordley Rawls.** 2009. Disponível em: http://www.mundofilosofico.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=154%3Aas-desigualdades-sociais-sob-a-correcao-da-justica-como-equidade-de-john-bordley-rawls&catid=3%3Afilosofia&Itemid=2 Acessado em 16/11/10.
- BORGES, D. da C. L.; UGÁ, M. A. D. **Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005.** Cad. Saúde Pública, 26(1): 59-69, jan. 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 56/2007 e pelas Ementas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94.–Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008a. 464 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Ações judiciais comprometem política de saúde.** Esplanada dos Ministérios - Bloco G – Brasília, DF, Set/2008b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=9633. Acessado em: 25/03/2011
- _____. Portaria GM/MS nº. 3.916 de 30 de outubro de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** Diário Oficial da União, 1998.
- _____. Resolução MS/CNS nº 338, de 06/05/2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, nº 96 de 20 de maio de 2004.
- _____. 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 República Federativa do Brasil, Brasília, 19 set, 1990.
- _____. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei 8.080/90, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 abril, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático: economia da saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Falta de remédio de alto custo gera ações.** Brasília, DF, 28/04/2011. Disponível em: <https://conteudoclippingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2011/4/28/falta-de-remedio-de-alto-custo-gera-aco.es>. Acessado em 24/05/2011
- _____. Superior Tribunal de Justiça (STJ). **Recurso em mandado de segurança nº.28.338 – MG(2008/0264294-1).** “Relatora”: Ministra Eliana Calmon Recorrente. Diário Oficial da União. 27 jun, 2009.
- _____. Supremo Tribunal Federal (STF). **Suspensão de tutela antecipada nº. 91.** “Relatora”: Ministra Ellen Gracie. Diário Oficial da União. 5 mar, 2007.
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. **Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade.** *Cad. Saúde Pública*, Ago 2009, vol.25, no.8:1839-1849.
- DALLARI, S. G. **Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica.** *Physis*, 2010, vol.20, nº.1:57-75.
- FIGUEIREDO, T.A. **Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: A aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
- 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.** *Ciênc. saúde coletiva*, Jun 2010, vol.15, suppl.1:1665-1672.
- JUNGMANN, M. **Ministério da Saúde classifica de "epidêmico" volume de ações judiciais contra o SUS.** Brasília; 2007[citado 2009 set 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/main.asp?View=%7BDA56F374-128A-40FB-B16F-D08A1F5DD07B%7D&Team=¶ms=itemID=%7B9016699E-670E-4209-B9DD-06C65CA88037%7D;&UIPartUID=%7BD90F22DB-05D4-4644-A8F2-FAD4803C8898%7D> Acessado em 04/04/11.
- LOPES, L. C. et al. **Medicamentos antineoplásicos e ações judiciais: contribuição para o modelo de assistência farmacêutica no SUS.** In: Relatório de resultados dos projetos de pesquisa - Seminário PPSUS-SP. São Paulo; 2008.
- MARQUES, S. B.; DALLARI, S.G. **Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo.** *Rev. Saúde Pública* vol.41 no.1 São Paulo Fev. 2007.
- MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA(Texto para discussão nº 687), Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td0687.pdf>. Acessado em 13/11/10.

- MESSEDER, A. M.; OSORIO-de-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. **Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.21 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2005.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **A saúde como garantia fundamental e a política pública como seu limite** Disponível em: (<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/doutrina/id537.htm>. Acessado em 14/11/10
- NERI, M. **Pobreza no País é 35% menor que estimado, diz estudo - FGV, 2010.** Disponível em: http://www.fetraconspar.org.br/informativos/2010/2312_28_06_10_10.htm. Acessado em 17/11/10.
- NOGUEIRA, R. P. **Crítérios de Justiça Distributivas em Saúde.** Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Brasília, DF. Mar, 2011. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/Estudo_Ipea.pdf. Acessado em: 30/03/11.
- PAULA, P. A. Baumgratz de et al. **Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade.** *Physis*, 2009, vol.19, no.4:1111-1125.
- PEPE, V. L. E. et al. **Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Mar 2010, vol.26, no.3:461-471.
- PEPE, V. L. E. et al. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica.** *Ciênc. saúde coletiva*, Ago 2010, vol.15, no.5:2405-2414.
- PEREIRA, J. R. et al. **Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004.** *Ciênc. Saúde Coletiva* vol.15 supl.3. Rio de Janeiro, Nov, 2010.
- RAWLS, J. **Justiça como Equidade: uma reformulação.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça/John Rawls:** Trad. Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves – São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- ROMERO, L.C. **Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal.** Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008. (Textos para Discussão, 41). [Links]
- SANT'ANA, J.M.B. **Essencialidade e Assistência Farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no estado do Rio de Janeiro, 2009** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
- SANTOS, H. H. dos. **Manual prático para elaboração de projetos, monografias, dissertação e teses na área de saúde.** 2. ed. João Pessoa: Universitária, 2004.

- SEN, A. K. **Desenvolvimento com liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- _____. **Desigualdade Reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- _____. **Por qué la equidade em salud?** Pan American Journal of Public Health 11(2-6):302-309, 2002.
- SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. **A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen**. *Ciênc. saúde coletiva*, Mar 2005, vol.10, no.1:129-142.
- VALLINDER, T.; TATE, C. Neal. 1995. *The Global Expansion of Judicial Power : The Judicialization of Politics*. New York : New York University.
- VENTURA, M. et al. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. *Physis*, 2010, vol.20, nº.1:77-100.
- VIEIRA-da-SILVA, L. M.; ALMEIDA F, N. de.. *Cad. Saúde Pública*, 2009, vol.25, suppl.2:s217- **Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos** s226.
- VIEIRA, F.S. **Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS**. *Ver. Saúde Pública*. 2008; 42(2):365-9.
- VIEIRA, F.S; ZUCCHI, P. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil**. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41:214-22.

Apêndice L – Carta ao Conselho Municipal de Saúde

João Pessoa, 02 de março de 2012

À Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde – PMJP-PB
Assunto: Solicitação faz

Sou doutoranda do Programa de Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca - ENSP/ Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, ora fazendo a coleta de dados na SMS/PMJP para o desenvolvimento do projeto intitulado "Política de Assistência Farmacêutica no Município de João Pessoa: contexto, desafios e perspectivas", orientado pelas professoras Dr^a. Vera Lucia Luiza e a Dr^a Eglêubia Andrade de Oliveira – FIOCRUZ (projeto já autorizado pela SMS e aprovado pelo Comitê de Ética da FIOCRUZ), cujo objetivo é avaliar a política e a organização da assistência farmacêutica no município de João Pessoa.


Diante do exposto, solicitamos a este Conselho nos dar acesso as Atas do ano de 2011, vislumbrando observar se por ventura a Assistência Farmacêutica foi um dos temas abordados nas reuniões realizadas em 2011 por esta casa.

Antecipadamente agradecemos à atenção dispensada e nos colocamos à disposição (telefone 8823-0414/ e-mail: suelmadefatima@yahoo.com.br) para dirimir qualquer dúvida.

Atenciosamente,


Suelma de Fátima Bruns

Prof^a do DCF/CCS/UFPB e Doutoranda da ENSP/FIOCRUZ

Recebido em
06-03-12

Ana Lígia Lima do Carraího
Metr. 84.376-9
Secretaria Executiva do Conselho
Municipal de Saúde de João Pessoa

Anexo 1 – Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento do Projeto



João Pessoa, 21 de outubro de 2011.

TERMO DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins que o projeto de pesquisa "POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: CONTEXTO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS", coordenado e desenvolvido pela professora SUELMA DE FÁTIMA BRUNS do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraíba, na qualidade de aluna do Curso de Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, com vistas à elaboração de tese a ser defendida como requisito parcial à obtenção do grau de doutora pela ENSP/FIOCRUZ, está autorizada a ser desenvolvido na Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, nos cinco Distritos Sanitários e em 33 Unidades Básicas de Saúde da rede municipal de saúde. Para a realização desta pesquisa, será facultado o acesso as referidas áreas, onde serão aplicados os instrumentos constantes como anexo do referido projeto.

Outrossim, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Sem mais,

Atenciosamente,


Bruno César de Macedo
Téc. de Gerência em Educ. a Saúde
Matr. 66.084-1

Evellin Bezerra
Gerente de Educação na Saúde

Anexo 2 – Parecer do CEP/ENSP aprovando o Projeto



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 23 de dezembro de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 265/11 CAAE: 0282.0.031.000-11

Título do Projeto: “Política de assistência farmacêutica no Município de João Pessoa-PB: Contexto, desafios e perspectivas.”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Suelma de Fátima Bruns

Orientadores: Vera Lucia Luiza e Egléubia Andrade de Oliveira

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP-ENSP: 24 / 10 / 2011

Data de apreciação: 09 / 11 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Prof. Angela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

Anexo 3 – Formulários de Pesquisa

Formulário de Pesquisa 1: Farmácia / Dispensário das Unidades de Saúde

Indicadores: % disponibilidade dos medicamentos chave % medicamentos com data de validade vencida

Unidade

Data

Município/Estado

João Pessoa/ Paraíba

Pesquisador

Principais medicamentos para tratar doenças comuns (grifar as alternativas verificadas)	Em estoque Sim = 1 Não = 0	Medicamentos com data de validade vencida nas prateleiras Sim = 1 Não = 0
[A]	[B]	[C]
Amoxicilina cps 500mg ou Ampicilina cps 500 mg		
Captopril cp 12,5mg; 25mg; 50mg ou Enalapril cp 5mg; 10mg; 20mg		
Cimetidina comp 200mg; 400mg ou Ranitidina comp 150mg; 300mg		
Contraceptivo oral (qq estrógeno + progestógeno)		
Dexametasona creme dermatológico 0,1% bisnaga		
Diclofenaco 50mg; 100mg ou Ibuprofeno 200mg; 300mg; 600mg comp		
Digoxina comprimido 0,25mg		
Glibenclamida comprimido 5mg		
Hidroclorotiazida comp 25mg; 50mg		
Mebendazol oral comp 100mg		
Metronidazol oral comp 200mg; 250mg; 500mg		
Neomicina + Bacitracina pomada 5mg+250UI/g		
Nistatina, Miconazol, Isoconazol, Tioconazol ou qq antifúngico vaginal monodroga		
Paracetamol comp 500mg; 750mg		
Preservativo masculino		
Sulfametoxazol + Trimetoprima comp 400+80mg;		
Sulfato ferroso comp 40mg (Fe)		
	$[B^1] = \text{Soma de B} =$	$[C^1] = \text{Soma de C} =$
	$[B^2] = \% \text{ em estoque}$ $= B^1 \div 17 \times 100 =$	$[C^2] = \% \text{ vencidos}$ $= C^1 \div B^1 \times 100 =$

Notas:

[A] Grifar (sublinhar ou circular) a alternativa verificada (substância e apresentações) para cada linha.

[B] Escreva "1" se houver disponibilidade do medicamento (na validade) no estabelecimento em estoque no dia da visita em qualquer quantidade e qualquer dosagem dentre as alternativas da coluna [A]. Escreva "0" se o medicamento não estiver fisicamente disponível. Faça o somatório na célula inferior [B¹]. Calcule a porcentagem em estoque [B²] dividindo o total em estoque [B¹] por 17 e multiplicando por 100.

[C] Para todos os medicamentos escolhidos encontrados no estoque, verifique se há vencidos ou não. Se qualquer dos medicamentos expirou seu prazo de validade, escreva "1". Não conte medicamentos com data de validade vencida que tenham sido segregados de forma identificada numa área separada para destruição posterior. Faça o somatório na célula inferior [C¹]. Calcule a porcentagem de vencidos [C²] dividindo o total de vencidos [C¹] pelo total de medicamentos em estoque [B¹] e multiplicando por 100.

Formulário de Pesquisa 2: Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica-GEMAF / Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF**Indicador:** Diferença média percentual de preço de compra de medicamentos no setor público**Unidade****Município/Estado**

João Pessoa/ Paraíba

Data**Pesquisador**

Produto [A]	Nome (de marca ou genérico) do produto em estoque mais barato / fabricante [B]	Unidade de comparação [C]	Número de unidades ou volume por embalagem [D]	Preço pago pela embalagem [E]	Preço unitário [F]	Fornecedor 1=Fabricante, 2=Distribuidor, 3=Farmácia Privada, 4=Laboratório Oficial; 5= Extra-orçamentário [G]	Data da compra [H]
Amoxicilina comprimido ou cápsulas de 500 mg		comprimido					
Amoxicilina suspensão oral 250mg/5mL		frasco					
Beclometasona aerosol 250 mcg/dose		frasco					
Captopril comprimido 25 mg		comprimido					
Contraceptivo oral (qq estrógeno + progestógeno)		cartela					
Dexametasona creme dermatológico 0,1%		bisnaga					
Digoxina comprimido 0,25 mg		comprimido					
Glibenclamida comprimido 5 mg		comprimido					
Hidroclorotiazida comprimido 25 mg		comprimido					
Ibuprofeno comp 600 mg		comprimido					
Mebendazol comprimido 100mg		comprimido					
Metronidazol comprimido 250 mg		comprimido					
Neomicina + Bacitracina pomada 5 mg+250 UI/g		bisnaga					
Miconazol creme vaginal 20mg /g		bisnaga					
Paracetamol comprimido 500 mg		comprimido					
Preservativo masculino		unidade					
Propranolol comp 40 mg		comprimido					
Ranitidina comprimido 150 mg		comprimido					
Salbutamol aerosol 100 mcg/dose		frasco					
Sulfametoxazol + Trimetoprima comprimido 400 + 80 mg		comprimido					
Sulfato ferroso comprimido 40 mg (Fe3+)		comprimido					

Notas:

- [A] Medicamentos chave, pré-imprensos no formulário. Para a comparação de preços, as apresentações são pré-definidas.
- [B] Anotar o nome de marca e o nome do fabricante: p.ex. Capoten/ Novartis ou Captopril G/Ranbaxy. Caso haja mais de uma especialidade, registrar as informações referentes à última entrada, deste que esta tenha ocorrido nos últimos 12 meses.
- [C] Unidade de comparação, pré-impressa no formulário define a unidade a ser usada como referência para o cálculo do preço unitário

- [D] Anotar o número de unidade a que se refere o preço registrado na coluna [E], p.ex. cx/500, env/10 (caixa com 500 comprimidos; envelope com 10 comprimidos).
- [E] Atentar para o fato de que muitas unidades de saúde já registrem o preço unitário. Anotar o preço referente à quantidade de unidades da coluna [D].
- [F] Divida valor do preço da embalagem encontrada [E] pelo tamanho da embalagem encontrada [D].
- [G] Anotar o fornecedor (1=Fabricante, 2=Distribuidor, 3=Farmácia Privada, 4=Laboratório Oficial; 5= Extra-orçamentário [produtos obtidos sem uso de recursos da unidade gestora, p.ex. Nível Federal ou Estadual])
- [H] Anotar a data de entrada na CAF.

Formulário de Pesquisa 3: Gerência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – GEMAF / Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF

Indicador: Preço do tratamento de adultos e crianças menores de cinco anos de idade para o setor público

Unidade _____ **Data** _____
Município/Estado João Pessoa/ Paraíba **Pesquisador** _____

Medicamento/DCI e Forma farmacêutica de apresentação	Número de unidades necessárias para o tratamento completo	Preço da unidade (um frasco, comprimido, ou cápsula)	Custo total do tratamento	Número equivalente de dias de salário
[A]	[B]	[C]	[D] = B x C	[F] = D ÷ E
Pneumonia moderada (sem hospitalização):				
Tratamento de escolha para adultos: Amoxicilina caps 500 mg	30 cáps (1 cáps 8/8h, 10d)			[F ¹] =
Tratamento de escolha para crianças <5: Amoxicilina suspensão oral 250 mg	60 mL (5 mL 8/8h, 10 d)			[F ²] =
Outra condição adulto: hipertensão moderada, sem lesão órgão alvo (sem hospitalização):				
Tratamento de escolha para adultos: Hydroclorotiazida 25 mg	30 comp 1 cp/ dia			[F ³] =
Propranolol 40 mg	90 comp 3 cp/ dia			
Captopril 25 mg	60 comp. 2cp/dia			
Outra condição criança: asma moderada (sem hospitalização):				
Tratamento de escolha para crianças <5: Salbutamol aerosol 100 mcg/dose	1 frs 100mcg/dose, 6/6 h			[F ⁴] =
Beclometasona aerosol 250mcg	1 frs 250mcg/dose 12/12h			
[E] = Salário mínimo diário (divida o salário mínimo mensal por 30) = 622/30 = 20,73				

Notas (completar com os dados do FP2):

[A] Os protocolos de tratamento incluem somente os medicamentos principais, excluindo os sintomáticos (p.ex. para dor ou febre).

[B] Indica o número de unidades de cada medicamento necessário para a duração do tratamento (baseado em protocolos de tratamento de referência)

[C] Escreva para cada medicamento, em Reais, o preço unitário para cada medicamento. Utilizar o preço da compra mais recente. Atenção para a embalagem → Verificar que são necessárias tantas embalagens quanto necessário para cumprir o tratamento. P.ex., se o medicamento for Amoxicilina susp. 250mg/5ml, frs/60 mL serão necessário 2 frascos para o tratamento.

[D] Calcule o custo total do tratamento [D] multiplicando o número de unidades necessárias [B] pelo preço unitário [C].

[E] No nível nacional, identifique e imprima previamente no formulário o salário mínimo diário.

[F] Calcule o número de dias de salário necessários para pagar o tratamento dividindo o custo do tratamento [D] pelo salário mínimo diário [E].

Exemplo:

Medicamento/ DCI e Forma farmacêutica de apresentação	Número de unidades necessárias para o tratamento completo	Preço da unidade (um frasco, comprimido, ou cápsula)	Custo total do tratamento	Número equivalente de dias de salário
[A]	[B]	[C]	[D] = B x C	[F] = D ÷ E
Pneumonia moderada (sem hospitalização):				
Tratamento de escolha para adultos: Penicilina Procaína: 1g 1 mil UI	3 injeções	280 (injeção mais seringa)	840	11.2
Tratamento de escolha para crianças <5: Amoxicilina: 25 mg/ml suspensão em frasco de 100 ml	1 frasco	220 por frasco	220	2.93
[E] = Salário mínimo diário (divida o salário mínimo mensal por 30) = 380/30 = 12,67				

Formulário de Pesquisa 4: Farmácia / Dispensário das Unidades de Saúde

Indicadores: Tempo médio de desabastecimento

Existência de registro de movimentação de estoque

Unidade

Data

Município/Estado

João Pessoa/ Paraíba

Pesquisador

Principais medicamentos para tratar problemas comuns (grifar as alternativas verificadas) [A]	Registros cobrindo pelo menos 6 dos últimos 12 meses Sim = 1 Não = 0 [B]	Colete os dados somente dos medicamentos com registros cobrindo pelo menos 6 dos últimos 12 meses		
		Número de dias em falta no estoque [C]	Número de dias cobertos pela revisão (pelo menos 6 meses) [D]	Número equivalente de dias em falta por ano [E] = C x 365 ÷ D
Amoxicilina cps 500mg ou Ampicilina cps 500 mg				
Captopril cp 12,5mg; 25mg; 50mg ou Enalapril cp 5mg; 10mg; 20mg				
Cimetidina comp 200mg; 400mg ou Ranitidina comp 150mg; 300mg				
Contraceptivo oral (qq estrógeno + progestógeno)				
Dexametasona creme dermatológico 0,1% bisnaga				
Diclofenaco 50mg; 100mg ou Ibuprofeno 200mg; 300mg; 600mg comp				
Digoxina comprimido 0,25mg				
Glibenclamida comprimido 5mg				
Hidroclorotiazida comp 25mg; 50mg				
Mebendazol oral comp 100mg				
Metronidazol oral comp 200mg; 250mg; 500mg				
Neomicina + Bacitracina pomada 5mg+250UI/g				
Nistatina, Miconazol, Isoconazol, Tioconazol ou qq antifúngico vaginal monodroga				
Paracetamol comp 500mg; 750mg				
Preservativo masculino				
Sulfametoxazol + Trimetoprima comp 400+80mg;				
Sulfato ferroso comp 40mg (Fe)				
	[B ¹] = Soma de B = [B ²] = % registros adequados = B ¹ ÷ 15 x 100 =			[E ¹] = Soma de E =
[F] = Número médio de dias de desabastecimento = E ¹ ÷ B ¹ =				

Notas:

[A] Para cada item, pesquise todas as alternativas disponíveis no período de interesse (01/01/2011 a 31/12/2011).

[B] Observe os registros de estoque e anote quais medicamentos possuem registros de estoque que cubram pelo menos 6 dos últimos 12 meses. Faça o somatório total na célula inferior [B¹]. Calcule a porcentagem de medicamentos com registros de estoque adequados [B²] dividindo o número de medicamentos cujos registros de estoque cubram pelo menos 6 meses [B¹] por 15 e multiplicando por 100.

[C] A revisão deve cobrir pelo menos 6-meses do período de interesse. Observe os cartões de registro de estoque relativos ao período em revisão. Indique o número de dias que cada medicamento não esteve disponível ou que tenha sido marcado "0" no cartão. Um medicamento deve ser considerado em estoque se qualquer quantidade do medicamento de marca ou genérico estiver disponível. Utilize o Formulário auxiliar.

[D] Escreva o número de dias que realmente foram contemplados na revisão de cada medicamento.

[E] Calcule o número equivalente de dias de desabastecimento por ano para cada medicamento, multiplicando o número de dias em que estava em falta no estoque [C] por 365 e dividindo pelo número de dias cobertos pela revisão [D]. Some o número total de dias em desabastecimento [E¹].[F] Calcule a média do número de dias de desabastecimento dividindo o número total de dias em desabastecimento [E¹] pelo número total de medicamentos revisados [B¹].**Exemplo:**

Principais medicamentos para tratar problemas comuns (grifar as alternativas verificadas) [A]	Registros cobrindo pelo menos 6 dos últimos 12 meses Sim = 1 Não = 0 [B]	Colete os dados somente dos medicamentos com registros cobrindo pelo menos 6 dos últimos 12 meses		
		Número de dias em falta no estoque [C]	Número de dias cobertos pela revisão (pelo menos 6 meses) [D]	Número equivalente de dias em falta por ano [E] = C x 365 ÷ D
Cotrimoxazol	1	90	180	182,5
Paracetamol	1	30	365	30,0
Amoxicilina	0			
	[B ¹] = Soma de B = 2 [B ²] = % registros adequados = B ¹ ÷ 3 x 100 = 66,7			[E ¹] = Soma de E = 212,5
[F] = Número médio de dias de desabastecimento = E ¹ ÷ B ¹ = 106,25				

Formulário de Pesquisa 5: Farmácia / Dispensário das Unidades de Saúde**Indicador:** Condições adequadas de conservação de medicamentos**Unidade****Município/Estado**

João Pessoa/ Paraíba

Data**Pesquisador**

Itens	Almoxarifado Verdadeiro = 1 Falso = 0 [A]	Área de Dispensação Verdadeiro = 1 Falso = 0 [B]
1. Os locais estão limpos, sem poeira ou sujeira aparente, com instalações em boas condições higiênico-sanitárias.		
2. O piso, paredes e teto estão em boas condições de conservação (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, de fácil higienização).		
3. O local dispõe de um método para controlar a temperatura (e.g. espaço entre o telhado e o teto com pelo menos 3 metros, refrigerador de ar, etc.).		
4. A ventilação é suficiente. Há janelas que possam ser abertas, saídas de ar (respiradouros, exaustores).		
5. Os produtos estão protegidos da ação direta da luz solar (e.g. os vidros das janelas são pintados ou há cortinas para proteger do sol).		
6. A área é livre de umidade (e.g. sem goteiras no telhado ou teto, infiltração nas paredes e/ou teto, etc.).		
7. Medicamentos são estocados sem contato direto com o solo e paredes.		
8. Há locais para conservação a frio (geladeiras) com termômetro e mapas para controle de temperatura no estabelecimento.*		
9. Medicamentos são armazenados de forma sistemática (e.g. ordem alfabética, por classe terapêutica ou por ordem de vencimento).		
10. Não há evidências de pestes (insetos ou roedores) no local.		
	[A ¹] = Soma de A = [A ²] = Pontos = A ¹ ÷ 10 x 100 =	[B ¹] = Soma de B = [B ²] = Pontos = B ¹ ÷ 10 x 100 =
O estabelecimento conta com farmacêutico responsável técnico (certificado de regularidade no CRF válido)		
O estabelecimento possui licença de funcionamento sanitário e certificado de inspeção emitido pela VISA (estadual ou municipal) válido		
A farmácia realiza fracionamento com violação da embalagem primária		
Quem estava dispensando no momento da visita? (marque todos que se aplicam)		
Farmacêutico		
Auxiliar de farmácia/ profissional de saúde		
Enfermeira		
Profissional não treinado		

Notas:

[A] Escreva "1" se toda a afirmativa for verdadeira para o estoque/ almoxarifado e "0" se qualquer parte for falsa. Some o número total de afirmativas verdadeiras [A¹]. Calcule a pontuação para o estoque/ almoxarifado [A²] dividindo o somatório de afirmativas verdadeiras [A¹] por 10 e multiplicando por 100.

[B] Escreva "1" se toda a afirmativa for verdadeira para a área/ sala de dispensação e "0" se qualquer parte for falsa. Some o número total de afirmativas verdadeiras [B¹]. Calcule a pontuação para a área/ sala de dispensação [B²] dividindo o somatório de afirmativas verdadeiras [B¹] por 10 (número de afirmativas aplicáveis a cada área de estocagem anotada no formulário) e multiplicando por 100.

* Pode ser necessário procurar em algum outro lugar no estabelecimento para alguns dos itens (e.g. geladeira)

Sexo do paciente M / F	Idade do paciente (anos)	Número de medicamentos por prescrição	Número de medicamentos dispensados ou administrados	Número de medicamentos adequadamente rotulados	Paciente sabe como usar medicamentos Sim = 1 Não = 0	Quanto tempo o paciente gastou para chegar até o estabelecimento de saúde hoje?	Quanto custou a ele chegar até o estabelecimento	Escolaridade do entrevistado	Grau de Satisfação com esta farmácia
[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]	[J]
[A ¹] = Total de casos =	[B ¹] = soma de B =	[C ¹] = soma de C =	[D ¹] = soma de D =	[E ¹] = soma de E =	[F ¹] = soma de F =	[G ¹] = soma de 1 = [G ²] = soma de 2 = [G ³] = soma de 3 =	[H ¹] = soma de H = [H ²] = custo médio de transporte = H ¹ ÷ total que respondeu = [H ³] = custo médio de transporte por salário mínimo = [H ²] ÷ [L] =	[I ⁰] = Soma A = = [I ¹] = Soma FI = = [I ²] = Soma F = = [I ³] = Soma M = = [I ⁴] = Soma S = = [I ⁵] = Soma N = =	[J ⁰] = Soma NS = = [J ¹] = Soma PS = = [J ²] = Soma S = = [J ³] = Soma MS = =
[A ²] = Total de mulheres =	[B ²] = média da idade = B ¹ ÷ A ¹ =	[C ²] = número médio de medicamento = C ¹ ÷ A ¹ =	[D ²] = % dispensados = D ¹ ÷ C ¹ x 100 =	[E ²] = % adequadamente rotulados = E ¹ ÷ D ¹ x 100 =	[F ²] = % que sabe como usar o medicamento = F ¹ ÷ A ¹ x 100 =				
[A ³] = % mulheres = A ² ÷ A ¹ x 100 =									

[L] = Salário Mínimo Diário (dividir salário semanal por 7 ou salário mensal por 30) = 622 / 30 = 20,73

Notas:

Explique o objetivo do estudo e solicite autorização para a abordagem. Descartar se o abordado não for o paciente referente à receita ou seu cuidador. Entreviste 30 pacientes que estejam saindo da farmácia/ área de dispensação.

[A e B] Anote o sexo e a idade do paciente, não da pessoa que esteja pegando o medicamento. Use o número de pacientes/casos capazes de responder as perguntas correspondentes como denominador de (C, F, H)

[A] Anote o número de casos [A¹] e o número de mulheres [A²]. Calcule a porcentagem de mulheres dividindo o número total de mulheres [A²] pelo número total de casos [A¹] e multiplique por 100

[B] Anote a idade do paciente. Em anos de vida completos.

[C] Anote o número de medicamentos prescritos para cada paciente. Combinação de fármacos numa mesma unidade farmacêutica conta como um medicamento. Some o número de medicamentos prescritos para todos os pacientes [C¹]. Calcule o número médio de medicamentos prescritos [C²] dividindo o número de medicamentos prescritos [C¹] pelo número de casos [A¹].

[D] Anote o número de medicamentos dispensados ou administrados para cada paciente. Some o número total [D¹]. Calcule o percentual de medicamentos dispensados [D²] dividindo o número de medicamentos dados a todos os pacientes [D¹] pelo número total de medicamentos prescritos [C¹] e multiplique por 100.

[E] Anote o número de medicamentos adequadamente rotulados contendo no mínimo o nome do medicamento genérico, forma farmacêutica, potência ou concentração, fabricante, lote e validade. Conte apenas os medicamentos que atendam a todos os critérios. Some o total [E¹]. Calcule a porcentagem de medicamentos adequadamente rotulados [E²] dividindo o número total de medicamentos adequadamente rotulados [E¹] pelo número total de medicamentos dispensados [D¹] e multiplique por 100.

[F] Determine se o paciente (ou cuidador do paciente pediátrico) sabe como usar todos os medicamentos dispensados (paciente sabe a posologia, a duração e a via de administração de todos os medicamentos dispensados). Escreva "1" somente se o paciente puder dizer corretamente (de acordo com a prescrição) como todos os medicamentos devem ser usados e "0" caso contrário. Some o total [F¹]. Calcule a porcentagem de pacientes que sabem como usar todos os medicamentos [F²] dividindo o número total dos que sabem como usar todos os medicamentos [F¹] pelo número total de entrevistados [A¹] e multiplique por 100.

[G] Anote o tempo que o paciente leva para chegar a Unidade. Indique os códigos 1-3: 1 < 30 min; 2 = 31 min a 1 hora; 3 > 1 hora; Faça o somatório do total em cada categoria [G¹ - G³].

[H] Anote o custo na moeda corrente local. Some do total [H¹]. Calcule o custo médio com transporte [H²] dividindo o total pago em transporte [H¹] pelo número total de pessoas entrevistadas. Para calcular o custo médio com transporte em relação ao salário mínimo diário [H³], divida o custo médio com transporte dividindo pelo salário mínimo diário [L]

[I] Calcule o número de pacientes ou cuidadores (quando paciente for menor de 12 ou incapaz para o autocuidado) em cada nível de escolaridade: A = Analfabeto; FI = Ensino Fundamental incompleto; F = Ensino Fundamental Completo/ médio incompleto; M = Ensino Médio completo / superior incompleto; S = Ensino Superior completo ou mais; N = Ignorado ou não informado

[J] Calcule o número de pacientes ou cuidadores (quando paciente for menor de 12 ou incapaz para o autocuidado) em cada nível de satisfação: 0 = nada satisfeito (NS); 1 = Pouco Satisfeito (PS); 2 = satisfeito (S); 3 = muito satisfeito (MS);

Formulário de Pesquisa 7: Unidades de Saúde: Uso racional de medicamentos Formulário dos Indicadores de práticas de prescrição
Indicadores: Número médio de medicamentos por prescrição % pacientes com prescrições de antibióticos / injeções
 % medicamentos prescritos na RENAME % medicamentos prescritos por nome genérico

Unidade		Data			
Município/Estado	João Pessoa/ Paraíba	Pesquisador			
Sexo do Paciente M / F	Número de medicamentos prescritos	Anti-infecciosos Sim = 1 Não = 0	Injeções prescritas Sim = 1 Não = 0	Número de medicamentos prescritos da RENAME	Número de medicamentos prescritos por nome genérico (DCB / DCI)
[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
[A ¹] = Total de casos = [A ²] = Total de mulheres = [A ³] = % mulheres = $A^2 \div A^1 \times 100 =$	[B ¹] = Soma de B = [B ²] = Número médio de medicamentos = $B^1 \div A^1 =$	[C ¹] = Soma de C = [C ²] = % anti- infecciosos prescritos = $C^1 \div A^1 \times 100 =$	[D ¹] = Soma de E = [D ²] = % injeções prescritas = $D^1 \div A^1 \times 100 =$	[E ¹] = Soma de E = [E ²] = % RENAME = $E^1 \div B^1 \times 100 =$	[F ¹] = Soma de F = [F ²] = % DCI = $F^1 \div B^1 \times 100 =$

Notas:

Anotar no verso os programas atendidos na farmácia (p.ex. Aids, Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase). Excluir do estudo prescrição com ARV. Das prescrições arquivadas (excl. c/ARV), selecione 30 pacientes atendidos no período de 01/01/2011 a 30/12/2011

[A] Anote o número de casos [A¹] e o número de mulheres [A²]. Calcule a porcentagem de mulheres dividindo o número total de mulheres [A²] pelo número total de casos [A¹] e multiplicando por 100.

[B] Anote o número de medicamentos (entidade química, DCI/DCB, nome genérico) prescritos. Combinação de fármacos numa mesma unidade farmacêutica conta como um medicamento. Desconsiderar produtos de preparação caseira, como chás. Some o número total de medicamentos prescritos [B¹]. Calcule o número médio de medicamentos prescritos [B²] dividindo o número de medicamentos prescritos [B¹] pelo número de casos [A¹].

[C] Escreva "1" se qualquer anti-infeccioso foi prescrito para o paciente (excluindo tuberculostáticos e hanseniosstáticos) e "0" caso contrário. Some o total de casos que receberam antibióticos [C¹]. Calcule a porcentagem de casos com antibióticos [C²] dividindo o número de casos com antibióticos [C¹] pelo número de casos [A¹] e multiplicando por 100.

[D] Escreva "1" se qualquer injeção foi prescrita para o paciente e "0" caso contrário. Some o total de casos que receberam injeções [D¹]. Calcule a porcentagem de casos que receberam injeções [D²] dividindo o número de casos com injeções [D¹] pelo número total de casos [A¹] e multiplicando por 100.

[E] Anote o número de medicamentos prescritos que estejam na RENAME. Some o número total de medicamentos prescritos na RENAME [E¹]. Calcule a porcentagem de medicamentos prescritos na RENAME [E²] dividindo o número de medicamentos prescritos que estejam na RENAME [E¹] pelo número total de medicamentos prescritos [B¹] e multiplicando por 100.

[F] Anote o número de medicamentos prescritos pela DCI ou DCB (nome genérico). Some o número total de medicamentos prescritos pela DCI ou DCB [F¹]. Calcule a porcentagem de medicamentos prescritos pela DCI ou DCB [F²] dividindo o número de medicamentos prescritos pela DCI ou DCB [F¹] pelo número de medicamentos prescritos [B¹] e multiplicando por 100.

Formulário de Pesquisa 8: Informação sobre Medicamentos Essenciais

Indicadores: Disponibilidade de Protocolos Terapêuticos Padrão (PTP)
 Disponibilidade da Lista de Medicamentos Essenciais (RENAME)
 % UBS com Atenção Farmacêutica implantada
 % de Farmácia das UBS com Procedimento Operacional Padrão (POP) atualizado
 % de profissionais farmacêuticos e dispensadores submetidos a educação continuada

Unidade	_____		Data	_____	
Município/Estado	João Pessoa/ Paraíba		Pesquisador	_____	
Protocolo Terapêutico Padrão (PTP) disponível	Sim = 1 Não = 0			Não Avaliado (X)	
	[A]				
	Existe/Ano	UBS	Consul-tório*		
PTP para tuberculose (como parte de uma publicação combinada de PTPs ou um documento específico para a doença com PTP)					
PTP para diabetes estadual ou municipal (como parte de uma publicação combinada de PTPs ou um documento específico para a doença com PTP)					
[A ¹] = Ambos PTPs estão presentes** =					
Lista de Medicamentos Essenciais (LME) atualizada nos últimos 5 anos disponível	Sim = 1 Não = 0			Não Avaliado (X)	
	[B]				
	Existe/Ano	UBS	Consul-tório		
LME nacional (RENAME 2010)					
LME Estadual					
LME Municipal					
LME específica para o estabelecimento					
[B ¹] = pelo menos uma LME atualizada está presente =					
BS com Atenção Farmacêutica implantada. São realizadas nesta unidade atividades de (considerar apenas se a atividade gera registros escritos)	Sim = 1 Não = 0		Se sim, quantos no		
	Não Avaliado (X)		mês anterior?		
	[C]				
Atenção farmacêutica					
Dispensação orientada					
Farmácia das UBS com Procedimento Operacional Padrão (POP) atualizado	Sim = 1 Não = 0			Não Avaliado (X)	
	[D]				
	Dispensa-ção	Amazena-mento	Recebi-mento		
Existência de POP atualizada pelo menos nos últimos 2 anos para: Dispensação, Armazenamento e Recebimento de medicamentos.					
Profissionais farmacêuticos e dispensadores submetidos a educação continuada	Farmacêuticos		Dispensadores		
	[E]				
Quantos profissionais com dedicação exclusiva à farmácia tiveram nos últimos 2 anos um total mínimo de 20 horas de atividade de educação continuada oferecida ou financiada pela Prefeitura de João Pessoa:					
Notas:					
[A] O Brasil conta com o Manual de Normas para o Controle da Tuberculose. Há o protocolo nacional para Diabetes Melitus, mas pode haver um do nível estadual ou municipal. Caso exista, verificar se existe pelo menos 1 cópia na USF. Anote "1" para Sim e 0 para Não. Anote "X" se a observação não puder ser feita. Avaliar 1 consultório (sala de atendimento), escolhido segundo a melhor conveniência. Anote "1" para Sim e 0 para Não. Anote "X" se a observação não puder ser feita (consultório fechado ou ocupado).					
[B] Verifique a existência de LME Municipal (REMUME) atualizada nos últimos cinco anos. Escreva "1" nas células laterais relativas a cada tipo de LME que esteja fisicamente disponível no estabelecimento em sua versão mais atualizada. Avaliar 1 consultório (sala de atendimento), escolhido segundo a melhor conveniência. Se o estabelecimento não puder apresentar o documento, ou não for o mais atualizado, escreva "0". Se qualquer lista atualizada estiver disponível, escreva "1" em [B ¹], do contrário escreva "0". Escreva "X" na coluna correspondente se a avaliação não tiver sido possível em qualquer dos locais indicados.					
[C] Verifique se na unidade de saúde houve a implantação da Atenção Farmacêutica e se há registro das atividades desenvolvidas. Escreva "1" para Sim e "0" para Não. Anote "X" se a observação não puder ser feita.					
[D] Anote a existência na Farmácia da unidade de Procedimento Operacional Padrão (POP) atualizado. Escreva "1" para Sim e "0" para Não. Caso não tenha condições de avaliar escreva "X".					
[E] Escreva a quantidade de profissionais que participaram nos últimos 2 anos de atividade de educação continuada oferecida pela Prefeitura de João Pessoa. Caso nenhum profissional tenha participado de programa de educação continuada, anote "0".					

Formulário de Pesquisa 15: Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF**Indicadores:** % disponibilidade dos medicamentos principais % medicamentos com data de validade vencida**Unidade****Data****Município/Estado**

João Pessoa/ Paraíba

Pesquisador

Principais medicamentos para tratar doenças comuns (grifar as alternativas verificadas)	Em estoque Sim = 1 Não = 0	Medicamentos com data de validade vencida nas prateleiras Sim = 1 Não = 0
[A]	[B]	[C]
Amoxicilina cps 500mg ou Ampicilina cps 500 mg		
Captopril cp 12,5mg; 25mg; 50mg ou Enalapril cp 5mg; 10mg; 20mg		
Cimetidina comp 200mg; 400mg ou Ranitidina comp 150mg; 300mg		
Contraceptivo oral (qq estrógeno + progestógeno)		
Dexametasona creme dermatológico 0,1% bisnaga		
Diclofenaco 50mg; 100mg ou Ibuprofeno 200mg; 300mg; 600mg comp		
Digoxina comprimido 0,25mg		
Glibenclamida comprimido 5mg		
Hidroclorotiazida comp 25mg; 50mg		
Mebendazol oral comp 100mg		
Metronidazol oral comp 200mg; 250mg; 500mg		
Neomicina + Bacitracina pomada 5mg+250UI/g		
Nistatina, Miconazol, Isoconazol, Tioconazol ou qq antifúngico vaginal monodroga		
Paracetamol comp 500mg; 750mg		
Preservativo masculino		
Sulfametoxazol + Trimetoprima comp 400+80mg;		
Sulfato ferroso comp 40mg (Fe)		
	$[B^1] = \text{Soma de B} =$	$[C^1] = \text{Soma de C} =$
	$[B^2] = \% \text{ em estoque}$ $= B^1 \div 17 \times 100 =$	$[C^2] = \% \text{ vencidos}$ $= C^1 \div B^1 \times 100 =$

Notas:

[A] Grifar (sublinhar ou circular) a alternativa verificada (substância e apresentações) para cada linha.

[B] Escreva "1" se houver disponibilidade do medicamento (na validade) no estabelecimento em estoque no dia da visita em qualquer quantidade e qualquer dosagem dentre as alternativas da coluna [A]. Escreva "0" se o medicamento não estiver fisicamente disponível. Faça o somatório na célula inferior [B¹]. Calcule a porcentagem em estoque [B²] dividindo o total em estoque [B¹] por 17 e multiplicando por 100.[C] Para todos os medicamentos escolhidos encontrados no estoque, verifique se há vencidos ou não. Se qualquer dos medicamentos expirou seu prazo de validade, escreva "1". Não conte medicamentos com data de validade vencida que tenham sido segregados de forma identificada numa área separada para destruição posterior. Faça o somatório na célula inferior [C¹]. Calcule a porcentagem de vencidos [C²] dividindo o total de vencidos [C¹] pelo total de medicamentos em estoque [B¹] e multiplicando por 100.

Formulário de Pesquisa 16: Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF

Indicadores: Tempo médio de desabastecimento

Existência de registro de movimentação de estoque

Unidade

Data

Município/Estado

João Pessoa/ Paraíba

Pesquisador

Principais medicamentos para tratar problemas comuns (grifar as alternativas verificadas)	Registros cobrindo pelo menos 6 dos últimos 12 meses Sim = 1 Não = 0	Colete os dados somente dos medicamentos com registros cobrindo pelo menos 6 dos últimos 12 meses		
		Número de dias em falta no estoque	Número de dias cobertos pela revisão (pelo menos 6 meses)	Número equivalente de dias em falta por ano [E] = C x 365 ÷ D
[A]	[B]	[C]	[D]	[E]
Amoxicilina cps 500mg ou Ampicilina cps 500 mg				
Captopril cp 12,5mg; 25mg; 50mg ou Enalapril cp 5mg; 10mg; 20mg				
Cimetidina comp 200mg; 400mg ou Ranitidina comp 150mg; 300mg				
Contraceptivo oral (qq estrógeno + progestógeno)				
Dexametasona creme dermatológico 0,1% bisnaga				
Diclofenaco 50mg; 100mg ou Ibuprofeno 200mg; 300mg; 600mg comp				
Digoxina comprimido 0,25mg				
Glibenclâmida comprimido 5mg				
Hidroclorotiazida comp 25mg; 50mg				
Mebendazol oral comp 100mg				
Metronidazol oral comp 200mg; 250mg; 500mg				
Neomicina + Bacitracina pomada 5mg+250UI/g				
Nistatina, Miconazol, Isoconazol, Tioconazol ou qq antifúngico vaginal monodroga				
Paracetamol comp 500mg; 750mg				
Preservativo masculino				
Sulfametoxazol + Trimetoprima comp 400+80mg;				
Sulfato ferroso comp 40mg (Fe)				
	[^{B1}] = Soma de B =			[^{E1}] = Soma de E =
	[^{B2}] = % registros adequados = $\frac{B1}{15} \times 100 =$			
[F] = Número médio de dias de desabastecimento = $\frac{E1}{B1} =$				

Notas:

[A] Para cada item, pesquise todas as alternativas disponíveis no período de interesse (01/01/2011 a 31/12/2011).

[B] Observe os registros de estoque e anote quais medicamentos possuem registros de estoque que cubram pelo menos 6 dos últimos 12 meses. Faça o somatório total na célula inferior [^{B1}]. Calcule a porcentagem de medicamentos com registros de estoque adequados [^{B2}] dividindo o número de medicamentos cujos registros de estoque cubram pelo menos 6 meses [^{B1}] por 15 e multiplicando por 100.

[C] A revisão deve cobrir pelo menos 6-meses do período de interesse. Observe os cartões de registro de estoque relativos ao período em revisão. Indique o número de dias que cada medicamento não esteve disponível ou que tenha sido marcado "0" no cartão. Um medicamento deve ser considerado em estoque se qualquer quantidade do medicamento de marca ou genérico estiver disponível. Utilize o Formulário auxiliar.

[D] Escreva o número de dias que realmente foram contemplados na revisão de cada medicamento.

[E] Calcule o número equivalente de dias de desabastecimento por ano para cada medicamento, multiplicando o número de dias em que estava em falta no estoque [C] por 365 e dividindo pelo número de dias cobertos pela revisão [D]. Some o número total de dias em desabastecimento [^{E1}].[F] Calcule a média do número de dias de desabastecimento dividindo o número total de dias em desabastecimento [^{E1}] pelo número total de medicamentos revisados [^{B1}].**Exemplo:**

Principais medicamentos para tratar problemas comuns (grifar as alternativas verificadas)	Registros cobrindo pelo menos 6 dos últimos 12 meses Sim = 1 Não = 0	Colete os dados somente dos medicamentos com registros cobrindo pelo menos 6 dos últimos 12 meses		
		Número de dias em falta no estoque	Número de dias cobertos pela revisão (pelo menos 6 meses)	Número equivalente de dias em falta por ano [E] = C x 365 ÷ D
[A]	[B]	[C]	[D]	[E]
Cotrimoxazol	1	90	180	182,5
Paracetamol	1	30	365	30,0
Amoxicilina	0			
	[^{B1}] = Soma de B = 2			[^{E1}] = Soma de E = 212,5
	[^{B2}] = % registros adequados = $\frac{B1}{3} \times 100 = 66,7$			
[F] = Número médio de dias de desabastecimento = $\frac{E1}{B1} = 106,25$				

Formulário de Pesquisa 17: Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF**Indicador:** Condições adequadas de conservação e manuseio de medicamentos**Unidade****Município/Estado**

João Pessoa/ Paraíba

Data**Pesquisador**

Itens	Almoarifado Verdadeiro = 1 Falso = 0 [A]
11. Os locais estão limpos, sem poeira ou sujeira aparente, com instalações em boas condições higiênico-sanitárias.	
12. O piso, paredes e teto estão em boas condições de conservação (pisos, balcões e paredes de cor clara, lavável, de fácil higienização).	
13. O local dispõe de um método para controlar a temperatura (e.g. espaço entre o telhado e o teto com pelo menos 3 metros, refrigerador de ar, etc.).	
14. A ventilação é suficiente. Há janelas que possam ser abertas, saídas de ar (respiradouros, exaustores).	
15. Os produtos estão protegidos da ação direta da luz solar (e.g. os vidros das janelas são pintados ou há cortinas para proteger do sol).	
16. A área é livre de umidade (e.g. sem goteiras no telhado ou teto, infiltração nas paredes e/ou teto, etc.).	
17. Medicamentos são estocados sem contato direto com o solo e paredes.	
18. Há locais para conservação a frio (geladeiras) com termômetro e mapas para controle de temperatura no estabelecimento.*	
19. Medicamentos são armazenados de forma sistemática (e.g. ordem alfabética, por classe terapêutica ou por ordem de vencimento).	
20. Não há evidências de pestes (insetos ou roedores) no local.	
	[^{A1}] = Soma de A =
	[^{A2}] = Pontos = $\frac{A1}{10} \times 100 =$
O estabelecimento conta com farmacêutico responsável técnico (certificado de regularidade no CRF válido)	
O estabelecimento possui licença de funcionamento sanitário e certificado de inspeção emitido pela VISA (estadual ou municipal) válido	
A farmácia realiza fracionamento com violação da embalagem primária	

Notas:

[A] Escreva “1” se toda a afirmativa for verdadeira para o estoque/ almoarifado e “0” se qualquer parte for falsa. Some o número total de afirmativas verdadeiras [^{A1}]. Calcule a pontuação para o estoque/ almoarifado [^{A2}] dividindo o somatório de afirmativas verdadeiras [^{A1}] por 10 e multiplicando por 100.

[B] Escreva “1” se toda a afirmativa for verdadeira para a área/ sala de dispensação e “0” se qualquer parte for falsa. Some o número total de afirmativas verdadeiras [^{B1}]. Calcule a pontuação para a área/ sala de dispensação [^{B2}] dividindo o somatório de afirmativas verdadeiras [^{B1}] por 10 (número de afirmativas aplicáveis a cada área de estocagem anotada no formulário) e multiplicando por 100.

* Pode ser necessário procurar em algum outro lugar no estabelecimento para alguns dos itens (e.g. geladeira)

Anexo 4 – Carta de encaminhamento para as Unidades de Saúde



Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde

João Pessoa, 20 de janeiro de 2012.

A GEMAF e GAF,

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos o (a) pesquisador (a), **SUELMA DE FÁTIMA BRUNS**, para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada **“POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: CONTEXTO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS”**, a ser realizada neste serviço e nos 5 distritos sanitários conforme processo nº 00.661/2012.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,

Atenciosamente,


Bruno Costa de Macedo
Téc. de Gerência em Educ. a Saúde
Matr. 66.034-1

Evellin Bezerra

Gerente de Educação na Saúde

Anexo 5 – Carta de encaminhamento para as Unidades de Saúde



Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde

João Pessoa, 20 de janeiro de 2012.

Aos Distritos Sanitário I, II, III, IV e V

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos o (a) pesquisador (a), **SUELMA DE FÁTIMA BRUNS**, para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada **“POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB: CONTEXTO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS”**, a ser realizada nos 5 distritos e em 33 UBS, à serem pactuadas juntos às direções, conforme processo nº 00.661/2012.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,

Atenciosamente,


Bruno César de Macedo
Téc. de Gerência em Educ. a Saúde
Metr. 66.084-1

Evellin Bezerra

Gerente de Educação na Saúde

Anexo 6 – Declaração do Presidente do Conselho Municipal de Saúde




**Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria Municipal de Saúde
Conselho Municipal de Saúde**

João Pessoa, 12 de abril de 2012.

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que não constam em nossos arquivos das Atas do ano de 2011, nenhum registro de Pauta referente à Assistência Farmacêutica junto ao **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE de João Pessoa no referido ano.**


Ana Lígia Viegas dos Anjos
Secretária Executiva do CMS/JP
Município de Saúde JP


VANDINEI VIEGAS DOS ANJOS
Presidente do Conselho Municipal de Saúde/JP
Município de Saúde JP

Anexo 7 – Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013

EIXO: LINHA DE CUIDADO – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVO GERAL: Implementar a Assistência Farmacêutica no município de João Pessoa			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	RESPONSÁVEL
Revisar e implementar a política de assistência farmacêutica municipal.	<ul style="list-style-type: none"> Revisar a política municipal de assistência farmacêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> Política de assistência farmacêutica revisada. 	GEMAF, DS, CAIS, HOSPITAIS, CAPS, SAMU, UBS, GAB, GAE, FÓRUM-AF, GES, DAF, CPT.
	<ul style="list-style-type: none"> Implementar a política de assistência farmacêutica em 100% dos serviços da rede municipal de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de serviços que implementaram a política municipal de assistência farmacêutica 	GEMAF, DS, CAIS, HOSPITAIS, CAPS, SAMU, UBS, GAB, GAE, FÓRUM-AF, GES, DAF, CFT.
Executar as etapas do ciclo da assistência farmacêutica de forma efetiva e adequada.	<ul style="list-style-type: none"> Garantir a execução das etapas do ciclo da assistência farmacêutica de forma efetiva e adequada em 80% dos serviços de saúde da rede municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de serviços que executam as etapas do ciclo da assistência farmacêutica de forma efetiva e adequada 	GEMAF, DS, CAIS, HOSPITAIS, CAPS, SAMU, UBS, GAB, GAE, DAF, DAS, INFORMÁTICA, AJUR, CSL, GAB-SEC.
Garantir aos usuários o acesso aos medicamentos e insumos em quantidades adequadas e em tempo hábil de acordo com a padronização da rede SUS - JP.	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilizar a 100% dos usuários com prescrições que procuram os serviços de saúde os medicamentos e insumos de acordo com a padronização da rede SUS – JP. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de usuários com prescrições aviadas de acordo com a demanda; 	GEMAF, DS, CAIS, HOSPITAIS, CAPS, SAMU, UBS.
Assegurar o abastecimento contínuo e regular de medicamentos e insumos do elenco municipal aos serviços.	<ul style="list-style-type: none"> Abastecer com medicamentos e insumos do elenco 100% das solicitações dos serviços da rede municipal de forma contínua e regular. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de solicitações dos serviços atendidas 	GEMAF, DS, DAF.
Instituir e executar um programa de farmacovigilância na rede municipal de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Instituir e executar programa municipal de farmacovigilância em 100% dos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de serviços com o programa municipal de farmacovigilância implantado. 	GEMAF, DS, CAIS, HOSPITAIS, CAPS, SAMU, UBS, DAP, INFORMATICA.

Organizar os serviços envolvidos na assistência farmacêutica.	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação de 100% dos serviços da rede municipal de saúde envolvidos na assistência farmacêutica, estrutural e processualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de serviços da rede municipal de saúde envolvidos na assistência farmacêutica organizados, em relação ao total de serviços. 	GEMAF, DS, CAIS, HOSPITAIS, CAPS, SAMU, UBS, DAF, VIGILÂNCIA SANITÁRIA, FÓRUM-AF, CFT, INFORMÁTICA.
Promover o uso racional de medicamentos nos serviços da rede municipal de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Dispor estratégias que promovam o uso racional de medicamentos em 100% dos serviços da rede municipal de saúde até 2012 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de serviços da rede municipal de saúde que dispõem de estratégias que promovam o uso racional de medicamentos 	GEMAF, DS, CAIS, HOSPITAIS, CAPS, SAMU, UBS, DAF, CFT, FÓRUM-AF.
Elaborar e Implantar política municipal de fitoterapia e homeopatia.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar política municipal de fitoterapia e homeopatia implantada até 2012 na SMS - JP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Política de fitoterapia e homeopatia elaborada. 	GEMAF, DS, CAIS, HOSPITAIS, CAPS, SAMU, UBS, GAB, GAE, FÓRUM-AP, GES, DAF, CFT, GTPIC.
	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar a política municipal de fitoterapia e homeopatia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de serviços especificados que implantaram a política de fitoterapia e homeopatia. 	GEMAF, DS, CAIS, HOSPITAIS, CAPS, SAMU, UBS, GAB, GAE, FÓRUM-AP, GES, DAP, CFT, GTPIC.
Garantir os insumos para as práticas integrativas e complementares na rede SUS-JP.	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar, regularmente, insumos específicos para a execução das práticas integrativas e complementares da rede SUS - JP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de solicitações dos serviços que oferecem práticas integrativas e complementares atendidas. 	GEMAF, DS, DAF.

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013 (PMJP, 2010)

Anexo 8 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde (parte da GEMAF)

