



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS - Uma proposta de ações para auxiliar esse processo”

por

Kelli Engler Dias

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira

Rio de Janeiro, maio de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS - Uma proposta de ações para auxiliar esse processo”

apresentada por

Kelli Engler Dias

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Edson Perini

Prof. Dr. José Manuel Santos de Varge Maldonado

Prof. Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira – Orientador

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

D541 Dias, Kelli Engler
A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS: uma proposta de ações para auxiliar esse processo. / Kelli Engler Dias. -- 2013.
119 f. : il. ; graf. ; mapas

Orientador: Oliveira, Sérgio Pacheco de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Sistemas de Informação em Saúde. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Farmácias.
I. Título.

CDD - 22.ed. – 615.1

Ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde:

Este trabalho foi realizado com muito esforço da minha parte, para poder contribuir todas as oportunidades, as experiências, os conhecimentos e todo o reconhecimento que tive durante todos os anos de trabalho. Por isso, dedico esse trabalho a esse Departamento e seus dirigentes, que tem proporcionado a realização dos meus sonhos e conquistas.

AGRADECIMENTOS

À Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca pela organização e realização do Mestrado Profissional em Saúde Pública - Gestão e Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

Aos Professores e Coordenadores pela dedicação e orientação no processo de aprendizagem durante o curso.

Ao orientador Professor Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira pelo apoio, orientação, por se dispor a enfrentar este desafio, por ter acreditado em mim e ter me guiado pelos melhores caminhos.

Ao José Miguel do Nascimento Júnior, Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, e Karen Sarmento Costa, Coordenadora da Gestão da Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde, incentivadores pelo meu ingresso no mestrado.

Aos meus colegas e amigos de trabalho, em especial a Vera Lúcia Tierling, que tiveram grande participação no aprimoramento dos meus conhecimentos.

Aos Professores Dr. Gil Sevalho e Dr. Nilson Penha, meus agradecimentos pelas orientações na banca de qualificação.

Aos Secretários Municipais de Saúde, farmacêuticos e demais profissionais dos municípios de estudo que contribuíram com a pesquisa.

A minha família, marido e filhos, pelo apoio e compreensão nos momentos mais difíceis. Vocês foram importantes na realização desse sonho.

A todos os amigos que me apoiaram nesta difícil tarefa.

“O senhor... mire e veja: o mais importante e bonito do mundo é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam verdade maior. É o que a vida me ensinou”.

(Guimarães Rosa)

RESUMO

Os sistemas de informações têm desempenhado papel fundamental no contexto geral das organizações, seja na agilidade de processos produtivos ou na organização das informações, mas principalmente para auxiliar nas tomadas de decisão. A assistência farmacêutica desempenhada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) também precisa estar inserida neste cenário. Assim, este estudo teve como objetivo principal apresentar um conjunto de ações que possam auxiliar na implantação e no uso do HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, ofertado pelo Ministério da Saúde aos municípios e estados, para auxiliar o controle de estoque de medicamentos, bem como para o acompanhamento do uso de medicamentos pelos usuários do SUS. Tais ações foram identificadas utilizando os mais recentes conceitos de sistema de informação, na compreensão que os profissionais que alimentam o *software*, bem como aqueles que utilizam as informações providas pelos registros, são parte integrante importante de um sistema de informação. O estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa exploratória, tomando como referência publicações que abordam o processo de implantação de sistema de informação em serviços de saúde, associada à pesquisa de campo em seis municípios. O grande desafio foi estabelecer um conjunto de ações para auxiliar na ampliação do uso do HÓRUS com objetivo de atingir a integralidade de registros de todas as dispensações de todos os medicamentos ofertados em toda rede de saúde municipal. Isso é preciso para as definições de ações que possam melhorar o acesso da população aos medicamentos e a aplicação dos recursos financeiros; reduzir ou eliminar os desperdícios; melhorar a adesão ao tratamento e favorecer o resultado esperado. Nesta dissertação estão propostas ações para aplicação nos três níveis de gestão, conforme as responsabilidades apontadas na Política Nacional de Medicamentos.

Palavras chaves: Sistemas de Informação em Saúde, Assistência Farmacêutica, medicamento.

ABSTRACT

Information systems have played a key role in the overall context of organizations, whether in the productive processes, agility in the organization of the information, including in decision-making. Pharmaceutical assistance carried out under the unified health system (SUS) also needs to be inserted in this scenario. Thus, this study had as main objective to present a set of actions that may assist in the deployment and use of HORUS - National System of Management of Pharmaceutical Assistance, offered by the Ministry of Health to the municipalities and States, to assist the inventory control of medicines, as well as for the monitoring of the use of medicines by users of SUS. Such actions were identified using the latest system information concepts, understanding that the professionals that feed the software, as well as those using the information provided by the records, are an integral part of an information system. The study was carried out by means of exploratory research, taking as reference publications that discuss the process of implementation of the information system in health services, combined with field research in six municipalities. The big challenge was to establish a set of actions, which could assist in expanding the use of HORUS to achieve completeness of records for all dispensations of all medicines offered throughout the municipal health network. This may assist in the definitions of actions for improving access, resource optimization, reduction or elimination of waste, improved treatment adherence and therefore therapeutic efficaciousness. In this dissertation are proposed actions to the three levels of management, in accordance with the responsibilities set out in national politics.

Keywords: Health Information Systems, Pharmaceutical Assistance, medicine.

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
LISTA DE IMAGENS	11
LISTA DE SIGLAS	12
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Principal.....	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3. CONTEXTO E JUSTIFICATIVA	22
3.1 Sistema de Informação na Assistência Farmacêutica.....	22
3.2 Por que usar um sistema de informação?	25
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	33
5. METODOLOGIA	46
5.1 Pesquisa exploratória e documental	46
5.2 Pesquisa de campo.....	47
6. RESULTADOS	53
6.1 Pesquisa exploratória e documental	53
6.1.1 O uso do HÓRUS no registro das dispensações.....	67
a) Cadastros de Usuário SUS	69
b) Cadastros de origem e subgrupo de origem de receita	69
c) Entrada de produto	71
d) A prescrição.....	71
e) O registro da dispensação.....	72
f) Relatórios	73
6.2 Resultados da pesquisa de campo.....	74
6.2.1 Número de unidade de dispensação/ número de farmacêutico.....	74
6.2.2 Número de farmácias no município	76
6.2.3 Equipamentos e conexão à internet	77
6.2.4 Divulgação da implantação do HÓRUS ao Conselho Municipal de Saúde	77
6.2.5 Execução da implantação do HÓRUS por diversos atores.....	77
6.2.6 Organização de fluxo de trabalho e elaboração de procedimentos operacionais	79
6.2.7 Experiência anterior com a utilização de sistema informatizado	80
6.2.8 Grupo de medicamentos escolhidos para o registro das dispensações.....	81

6.2.9	Estratégia para o cadastro de usuário execução da implantação em equipe.....	82
6.2.10	Benefícios e dificuldades identificadas durante a implantação e uso do sistema.....	83
6.2.11	Estrutura das farmácias	85
7.	PROPOSTAS DE AÇÕES E RECOMENDAÇÕES	87
7.1	Analisar e avaliar a viabilidade da oferta do HÓRUS com uso em plataforma <i>off line</i> e banco de dados locais, com atualização em lote do banco de dados central	88
7.2	Adotar estratégias para favorecer a captação de dados com qualidade	89
7.3	Incentivar os entes para a regularidade do registro e envio de dados sobre a assistência farmacêutica	93
7.4	Definir padrões de informação	94
7.5	Estabelecer relação com instituições que possam contribuir na utilização do HÓRUS	95
7.6	Incrementar o planejamento para a implantação do HÓRUS.....	98
7.7	Implantar processo de avaliação do uso do HÓRUS na rede de saúde municipal.	101
7.8	Estabelecer parcerias com os órgãos de controle	102
7.9	Ofertar perfil de acesso aos usuários do SUS.....	102
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
9.	CONCLUSÃO.....	105
10.	REFERÊNCIAS	109
	Anexo A - Roteiro para entrevista para o estudo da implantação do HÓRUS para o registro das dispensações nas farmácias do SUS	115
	Anexo B – Roteiro para a observação participante	119

LISTA DE IMAGENS

Gráfico 01: Evolução dos principais gastos com medicamentos pelo Ministério da Saúde	59
Gráfico 02: Gastos com medicamentos em relação ao orçamento do Ministério da Saúde	59
Gráfico 03: Fases para implantação do HÓRUS executadas pelos municípios brasileiros, dezembro de 2012	64
Gráfico 04: Percentual de municípios que responderam o Cadastro de Adesão ao HÓRUS quanto aos registros de alguns elementos em sistemas informatizados utilizados na assistência farmacêutica. Respostas sobre procedimentos nos almoxarifado de medicamentos e/ou farmácias do SUS pelos municípios que responderam o cadastro de adesão ao HÓRUS até abril de 2012. Respostas sobre a estrutura nos almoxarifado de medicamentos nos município que responderam o cadastro de adesão ao HÓRUS até abril de 2012	65
Gráfico 05: Percentual de municípios que responderam o Cadastro de Adesão ao HÓRUS quanto aos registros de alguns elementos em sistemas informatizados utilizados na assistência farmacêutica. Respostas sobre procedimentos nos almoxarifado de medicamentos e/ou farmácias do SUS pelos municípios que responderam o cadastro de adesão ao HÓRUS até abril de 2012	66
Figura 01: Representação da base nacional de dados das ações e serviços de assistência farmacêutica no SUS	28
Figura 02: Fluxos sobre recursos financeiros federais versus obtenção de informação sobre serviços de saúde	31
Figura 03: Ciclo PDCA	36
Figura 04: Mapeamento da transferência dos recursos federais transferidos para aquisição de medicamentos do CBAFB	62
Figura 05: Os elementos relacionados ao processo de registro de dispensação no HÓRUS	68
Tabela 01: Resultado da auditoria realizada pela CGU	29
Quadro 01: Síntese de mudanças após a implantação do HÓRUS nos municípios. Brasil, dezembro de 2009 a dezembro de 2011	42

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
CATMAT – Catálogo de Materiais
CBAF – Componente Básico de Assistência Farmacêutica
CBURM - Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos
CEME – Central de Medicamentos
CGAFB – Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica
CIB – Comissões Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DCB – Denominação Comum Brasileira
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DST/AIDS – Doença Sexualmente Transmissível/Acquired Immune Deficiency Syndrome
EMPREL – Empresa Municipal de Informática
FENAFAR – Federação Nacional dos Farmacêuticos
GM/MS – Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IAFB – Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PNS – Plano Nacional de Saúde
POP – Procedimento Operacional Padrão
PSF – Programa Saúde da Família
QUALIFAR – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
REBRACIM – Rede Brasileira de Centros de Serviços sobre Informação de Medicamentos
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIASG – Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais

Sifab – Sistema de Acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

SISMAT – Sistema Integrado de Administração de Material

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Recife

SUS – Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Estado deve garantir serviços de saúde a toda população, com oferta de formas de tratamento, inclusive medicamentos, conforme discorre a Constituição Federal Brasileira¹, em seu Artigo 198, e na Lei Orgânica da Saúde² (Lei 8080/90), em seu Artigo 6º. Para tanto, o acesso da população aos medicamentos e o uso correto requer serviços estruturados e qualificados, com capacidade de resolução.

O acesso aos medicamentos no Brasil vem sendo aprimorado por diferentes vias, inicialmente com a instituição da Central de Medicamentos³ (CEME) no Ministério da Saúde, em 1971, depois com a criação da Política Nacional de Medicamentos⁴ (PNM), em 1998, e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica⁵ (PNAF), em 2004. Essas ações têm induzido avanços significativos na assistência farmacêutica no serviço público de saúde, mais intensamente após a publicação da PNM, em 1998, a qual estabelece a reorganização desse serviço no sistema público de saúde e a co-responsabilidade da sua execução pelos três entes federativos.

Isso porque os governos têm buscado a incorporação de diversos tipos de tratamento, em virtude da integralidade e em respeito às peculiaridades regionais e culturais. Assim, os medicamentos a serem ofertados à população no Sistema Único de Saúde (SUS), precisam ser regulamentados por meio de políticas e normas que assegurem o acesso e o seu uso racional.

O medicamento por ser um instrumento terapêutico passou a ter diversos significados, que resultam em uma vasta gama de necessidades e demandas, que somadas geram pressão social à espera de resposta do Estado. O valor simbólico de produto “milagroso”, como único responsável pela cura, atribuído pela grande parte da população fortaleceu o valor de mercadoria aos medicamentos, cujo consumo é condição *sine qua non* para alcançar níveis satisfatórios de bem estar, saúde ou felicidade⁶. Isso está induzido pelas técnicas publicitárias utilizadas pela indústria farmacêutica na busca de lucros sobre a venda de medicamentos. Diante disso, o Estado tem buscado soluções para a incorporação de medicamentos seguros e eficazes no sistema público de saúde brasileiro e para garantir o acesso e uso racional dos medicamentos.

Desse modo, a esfera federal tem fomentado ações para a qualificação nos processos de seleção dos medicamentos; a produção de medicamentos de interesse nacional; a ampliação dos recursos financeiros para aquisição de medicamentos; a qualificação do profissional farmacêutico; o desenvolvimento de ferramentas tecnológicas para auxiliar na gestão da assistência farmacêutica e por último com a criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – QUALIFAR⁷.

Nesse contexto, várias ações passaram a ser executadas nos âmbitos estadual e municipal para mudar a forma como a assistência farmacêutica era conduzida, no intuito de qualificar os serviços, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a valorização da descentralização é uma de suas características primordiais.

Com a publicação da PNM, os municípios e os estados passaram a ter participação no financiamento, na seleção, na programação e na aquisição dos medicamentos, com ampliação dos serviços voltados ao cuidado dos usuários, propondo o uso racional de medicamentos. A Organização Mundial de Saúde⁸ (OMS) define uso racional de medicamentos como situação na qual os pacientes recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas na dose correta por um período de tempo adequado e um custo acessível para o usuário e para a sociedade.

Embora a PNM possua grande importância para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, essa política apresentou um conceito focado no medicamento, o que levou a uma concepção equivocada, centrada neste e não no usuário. Diante disso, em 2004, a PNAF trouxe um novo conceito da assistência farmacêutica, a qual passa a ser inserida como uma política de saúde, que objetiva o acesso e o uso racional dos medicamentos, bem como nortear as políticas de medicamentos, de recursos humanos e de desenvolvimento científico e tecnológico para o fornecimento de medicamentos à população, envolvendo os setores público e privado de atenção à saúde

Este entendimento da assistência farmacêutica passou a ser incorporado na garantia de acesso e equidade às ações de saúde, exigindo assim a qualificação dos serviços existentes, para que a descentralização das ações pactuadas em todos os níveis de atenção, entre os três entes federativos, alcance os objetivos propostos.

Houve crescimento dos recursos financeiros para ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais, definidos pela OMS⁹ como aqueles medicamentos que satisfazem às necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem aprimorado o processo de seleção de medicamentos a serem incorporados no SUS, baseado em critérios de eficácia, segurança, indicação, adesão e custo, considerando as doenças prevalentes e de relevância para a população. Além disso, o Ministério da Saúde tem apoiado a rede de laboratórios farmacêuticos oficiais, composta por 18 laboratórios¹⁰, localizados em diversos estados, inclusive os laboratórios das Forças Armadas, com finalidade de prover medicamentos ao SUS em todos os níveis de atenção.

Na esfera federal, os recursos destinados à aquisição de medicamentos, em 2003, eram cerca de dois bilhões de reais, que representava cerca de 8% do orçamento do Ministério da Saúde. Em 2012, esses recursos ultrapassaram os nove bilhões de reais, que representaram 13% do orçamento do Ministério da Saúde^a. Esses recursos federais são aplicados para aquisição de medicamentos constantes nos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica, no financiamento dos medicamentos do Programa da Farmácia Popular e dos medicamentos adquiridos por mandado judicial.

No entanto, há falta de informação sobre os valores financeiros aplicados pelas esferas estadual e municipal e há falta de informações sobre quais medicamentos e seus quantitativos são recebidos pela população pelos serviços no âmbito do SUS, como aponta o Tribunal de Contas da União¹¹. Percebe-se que as informações são necessárias considerando o montante de recursos financeiros aplicados na aquisição dos medicamentos e os riscos quanto ao uso incorreto dos medicamentos ao constatar que os medicamentos são a primeira causa de intoxicação e segunda causa de mortes por intoxicação, conforme apresentado no Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX)^b.

A necessidade de informações sobre os medicamentos disponibilizados a população brasileira pelo SUS precisa ser suprida, tendo em vista a necessidade de dinamizar o processo para o controle de estoque dos medicamentos, desde o controle sobre os prazos de validade até a manutenção de estoques em quantidades adequadas; de facilitar o acesso de

^a Exposição dos dados na Oficina de Alinhamento Interno do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em Brasília, nos dias 11 e 12 de dezembro e de 2012.

^b Dados de intoxicação por medicamentos, em 2010, disponíveis em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=379

dados sobre os medicamentos fornecidos no sistema público de saúde, sobre a população que recebe esses medicamentos; de melhorar a análise e planejamento dos padrões de consumo de medicamentos, de interação da assistência farmacêutica às ações e programas de saúde; de construção de indicadores para avaliar o consumo de medicamentos no serviço público de saúde.

Desse modo, o processo de qualificação da gestão na assistência farmacêutica passa a ser um fator primordial para:

- a) Qualificação da atenção à saúde da população assistida pelo SUS;
- b) Conhecer o perfil de acesso e de utilização dos medicamentos;
- c) Ampliação do acesso e a promoção do uso racional de medicamentos;
- d) Aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e aplicação dos recursos financeiros.

A gestão da assistência farmacêutica, nos três níveis de gestão, precisa da consolidação de informações, para que acordos possam ser pactuados entre os atores responsáveis e envolvidos pela tomada de decisões, que possam fortalecer a capacidade de execução e de sustentação das ações para o fornecimento de medicamentos à população de forma a produzir resolutividade em saúde. As decisões subsidiadas por informações evitam o risco de tomá-las de forma intuitiva, o que leva a vulnerabilidade e ineficiência do serviço. Assim, é fundamental que as informações estejam atualizadas, precisas e de fácil acesso, para que em tempo hábil os gestores e profissionais possam agir para obtenção de resultados positivos. Isso é obtido por meio do uso de sistemas de informação

Mañas¹² conceitua sistema de informação como:

“Conjunto interdependente das pessoas, das estruturas da organização, das tecnologias de informação (hardware e software), dos procedimentos e métodos que deveria permitir à empresa dispor no tempo desejado, das informações que necessita (ou necessitará) para seu funcionamento atual e para sua evolução.”

De acordo com Mañas, um sistema de informação não se reduz à informática. Essa concepção ampla de sistema de informação também foi relatada por Laudon & Laudon¹³, que definem um sistema de informação como:

“um conjunto de componentes inter-relacionados trabalhando juntos para coletar, recuperar, processar, armazenar e distribuir informação com a finalidade de facilitar o planejamento, o controle, a coordenação, a análise e o processo decisório em empresas e outras organizações”.

Esses conceitos reforçam a concepção de que um sistema de informação é composto não apenas pela tecnologia de informação, mas principalmente pela estrutura organizacional e pelas pessoas que o utilizam ou decidem. A perfeita harmonia entre esses elementos permite a captação dos dados, bem como a análise das informações para apoiar o processo de tomada de decisões.

Informatizar processos pode ser considerado como sinônimo de aumentar a praticidade na organização e na sistematização dos dados, bem como na comunicação entre os tomadores de decisão. No entanto, o uso da tecnologia muitas vezes exige que os gestores e profissionais estejam preparados para as mudanças no processo de trabalho e para as novas atividades que serão acrescentadas. Dessa forma, a organização e o gerenciamento do serviço, bem como as habilidades para o uso da tecnologia, para o registro dos dados e para análise das informações são fundamentais para atingir os objetivos propostos.

Desde 2005, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) do Ministério da Saúde tem executado ações para o desenvolvimento e fornecimento de um *software* para auxiliar a gestão da assistência farmacêutica no país, mediante o estabelecimento de parcerias nas instâncias de gestão estaduais e municipais. Assim, em dezembro de 2009, no IV Fórum Nacional da Assistência Farmacêutica em Brasília^c, foi lançado o HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, uma tecnologia inovadora viabilizadora da gestão da assistência farmacêutica¹⁴.

O HÓRUS é fornecido gratuitamente aos municípios e estados a partir da manifestação espontânea do gestor de saúde local. Este *software* foi desenvolvido em plataforma web, o que possibilita a integração de informações gerenciais e assistenciais realizadas nas farmácias do SUS e nas centrais de abastecimento farmacêutico, no âmbito municipal e

^c IV Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica, em Brasília, realizado nos dias 03 e 04 de dezembro de 2009.

estadual, e é parte constituinte da Base Nacional de dados das ações e serviços da assistência farmacêutica no SUS¹⁴, instituída pela Portaria GM/MS n° 271/2012.

Até abril de 2012, próximo a 25% dos municípios e 70% dos estados brasileiros manifestaram interesse em aderir ao HÓRUS, por meio do preenchimento do cadastro de adesão. No entanto, cerca de um terço desses municípios solicitaram acesso para utilização do HÓRUS e, além disso, em muitos casos, tem observado a subutilização desse *software*, por meio do monitoramento realizado pelo DAF, no intuito de identificar os fatores que contribuem ou dificultam a utilização da ferramenta^d.

Apesar do uso das tecnologias de informações estarem presentes em diversos setores da sociedade, como um fator normal e corriqueiro, nota-se que a utilização dos meios tecnológicos no âmbito da assistência farmacêutica, em muitos locais, é uma novidade que, por muitas vezes, provoca receios nos profissionais, nos gestores e nos usuários.

Nesse sentido, Garvin¹⁵ coloca que os limites das tecnologias de informação e de comunicação ampliaram-se surgindo novas áreas do conhecimento, que estão afetando o cotidiano das pessoas, seja pelo uso popularizado da microinformática e da miniaturização de componentes eletrônicos tanto para uso pessoal quanto para profissional. Isso tem causado transformações sentidas nas diversas profissões que, além do domínio específico, defrontam novos desafios no exercício das atividades profissionais.

Montalli¹⁶ possui a mesma opinião, quando afirma que qualquer profissional do novo século necessita dominar diferentes áreas do conhecimento, além do setor em que atua, incluindo conhecimentos gerais entre outros conhecimentos, inclusive de informática. Para essa autora, conhecimentos amplos são sinônimos de alfabetização para o desempenho eficiente de qualquer profissional.

O uso das tecnologias de informação está atribuído a vários fatores, porém Foina¹⁷ destaca que para atingir os objetivos em relação ao uso dessas tecnologias, as organizações deverão dedicar-se aos seguintes pontos, aqui destacados:

^d Dados fornecidos pela Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em outubro de 2012.

- a) Definir conceitualmente os termos e vocábulos usados na organização;
- b) Estabelecer o conjunto de informações estratégicas;
- c) Atribuir responsabilidades pelas informações;
- d) Identificar, otimizar e manter o fluxo de informações;
- e) Organizar o fluxo de informações para o apoio às decisões gerenciais

Angeloni¹⁸ ressalta que o uso das tecnologias da informação provoca profundas evoluções organizacionais, que levam a novas formas de gestão e conseqüentemente novas formas organizacionais. Assim, os profissionais, gestores e usuários precisam estar preparados para saber utilizar o volume de informações a fim de poder tomar decisões em tempo hábil e se adaptar às mudanças do meio onde estão inseridos.

Este estudo foi realizado em seis municípios que apresentam diferentes variáveis quanto ao porte populacional e à organização da assistência farmacêutica a fim de obter melhor entendimento sobre os aspectos que participam do sucesso ou insucesso da adoção do HÓRUS, entendendo que essa ferramenta tecnológica foi incorporada recentemente no SUS, fato que gera incertezas e inseguranças no uso do *software*.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Principal

Propor um conjunto de ações para auxiliar o processo de implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS, a partir do estudo dos aspectos facilitadores e dificultadores identificados durante o processo de implantação do sistema na rede de saúde municipal.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o processo da assistência farmacêutica no SUS.
- Identificar e analisar os aspectos facilitadores e dificultadores ao processo de implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS.
- Identificar as ações executadas e os atores envolvidos para a implantação do HÓRUS para o registro das dispensações de medicamentos.
- Identificar os benefícios obtidos pelo registro das dispensações no HÓRUS.

3. CONTEXTO E JUSTIFICATIVA

O propósito desse estudo está relacionado ao desenvolvimento da assistência farmacêutica no SUS, que tem sido conduzido por políticas para ampliar o acesso da população aos medicamentos. Nesse sentido, é preciso medir ou estimar a capacidade dos serviços executados para que essa ampliação ocorra de forma racional e traga benefícios à saúde dos usuários.

À medida que a assistência farmacêutica passou a ser integrante nos serviços de saúde e a ser entendida como uma política de saúde, mais recursos financeiros e humanos foram acrescentados nesse serviço. Então, é necessária a obtenção dos resultados e informações gerados para o direcionamento de novas ações, para que esses recursos possam ser dimensionados e aplicados com efetividade com vistas à melhoria da saúde da população. Assim os dados e as informações passam a serem recursos necessários e fundamentais para a análise do uso dos medicamentos e os benefícios ou malefícios que tem causado na população.

3.1 Sistema de Informação na Assistência Farmacêutica

Em 2001, houve a oferta do Sistema de Acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (Sifab), que foi destinado ao acompanhamento da execução dos recursos destinados a este incentivo, porém esse sistema era limitado ao acompanhamento técnico-financeiro¹⁹, para a comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas federal, estadual e municipal, de acordo com as prestações de contas devidamente aprovadas pelos Conselhos de Saúde.

As Secretarias Municipais de Saúde tinham que alimentar o Sifab trimestralmente e as Secretarias Estaduais de Saúde precisavam avaliar e consolidar as informações de todos os municípios, que eram encaminhadas à Secretaria de Políticas de Saúde. Essa Secretaria do Ministério da Saúde era responsável pelo acompanhamento dos recursos pactuados até a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Em seguida, o Ministério da Saúde deveria realizar, rotineiramente, a supervisão, o acompanhamento e a avaliação da aplicação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) transferido

aos estados, bem como cabia aos estados o acompanhamento, o controle e a avaliação da aplicação do IAFB nos municípios¹⁹.

O Sifab era instalado a partir de um CD disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Os registros compreendiam na movimentação financeira, com dados referentes aos recursos financeiros alocados e aplicados durante um mês, e a execução física, com dados sobre os medicamentos adquiridos, discriminando o valor unitário e a quantidade. O Sifab não era um sistema obrigatório, os estados e municípios que não alimentassem esse sistema poderiam apresentar a aplicação dos recursos financeiros por meio de planilha física por exercício.

Esse sistema era limitado à alimentação de dados que não atendiam as necessidades dos municípios e estados para auxílio ao gerenciamento da assistência farmacêutica, como foi apontado no movimento “Planejar é Preciso”, desenvolvido pelo DAF em 2005²⁰, com realização de 53 seminários a gestores municipais da assistência farmacêutica, para orientação quanto ao planejamento de ações para execução e qualificação do serviço e proposta de indicadores para a avaliação das diversas etapas que compõem a assistência farmacêutica.

Os seminários ocorreram em todo o país em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tendo como resultado a sistematização de 3.531 formulários de avaliação respondidos pelos municípios, que apontaram a necessidade de um sistema de informação com maior aplicabilidade em relação ao Sifab²⁰.

Outros sistemas também foram desenvolvidos para atender às necessidades do Ministério da Saúde no gerenciamento da assistência farmacêutica na esfera federal: o Sistema Integrado de Administração de Material (SISMAT) foi implantado no almoxarifado federal para os registros de pedidos de material de consumo, para gerenciamento do catálogo único de material de consumo, contemplando as ações relativas a lançamentos de entrada, armazenamento, saídas, estornos, baixas, fechamentos e inventários mensais de medicamentos e produtos para saúde; o MEDCOM, para o controle de estoque e de entrega de medicamentos efetuadas pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios; e o

SISLOG, para controle de todas as etapas do processo de aquisição de bens do Ministério da Saúde, inclusive de aquisição de medicamentos.

Algumas Secretarias Estaduais de Saúde utilizaram por certo tempo o MEDCOM ou desenvolveram seu próprio sistema. No âmbito municipal, alguns gestores também desenvolveram seu próprio sistema ou adquiriram em empresas privadas, para o gerenciamento da assistência farmacêutica.

O DAF na percepção da necessidade do uso de sistema de informação na assistência farmacêutica, como foi constatada no movimento Planejar é Preciso, decidiu investir no desenvolvimento de um sistema de informação nacional que pudesse contribuir para a gestão da assistência farmacêutica de uma forma mais ampla, uma vez que o Sifab era restrito ao acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros.

Assim, o Ministério da Saúde optou por interromper definitivamente o Sifab a fim de desenvolver outro sistema que permitisse a integração das unidades de saúde da rede municipal e a interoperabilidade^e com outros sistemas, ou seja, um sistema mais amplo que contemplasse as necessidades para a qualificação da assistência farmacêutica.

Na mesma época, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Recife e a Empresa Municipal de Informática (EMPREL) apresentaram ao DAF uma proposta de sistema de informação para assistência farmacêutica municipal, que fazia parte de um projeto para estruturação da assistência farmacêutica do município de Recife. O Ministério da Saúde financiou esse projeto, por meio do Humaniza SUS, um programa existente desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão e qualificar a saúde pública no Brasil. Esse projeto contemplava a estruturação das farmácias do município e o desenvolvimento de um *software*^f.

Finalizado o projeto em Recife, foi instituído um termo de cooperação técnica e cessão de direitos de propriedade intelectual entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de

^e A interoperabilidade pode ser entendida como uma característica que se refere à capacidade de diversos sistemas e organizações trabalharem em conjunto (interoperar) de modo a garantir que pessoas, organizações e sistemas computacionais interajam para trocar informações de maneira eficaz e eficiente (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão).

^f Ministério da Saúde. Convênio 097 de 2005.

Saúde de Recife em 2009, que previa a reescrita do *software* apresentado^g. Então, criou-se um grupo de trabalho com a participação do DAF, representando o Ministério da Saúde; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Essas parcerias possibilitaram o desenvolvimento de um *software* que atendesse as diferentes características das gestões municipais.

A Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB) do DAF passou a ser responsável pelo projeto e juntamente com o DATASUS iniciou o levantamento de requisitos e regras necessários para o desenvolvimento de uma nova versão do *software*. Em dezembro de 2009, no IV Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica, em Brasília, foi lançado o HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica.

3.2 Por que usar um sistema de informação?

O Ministério da Saúde entende que sem informação não há gerenciamento e que a demanda por informações em saúde vem aumentando devido à necessidade de subsídios para a tomada de decisões²¹.

Diante disso, o uso eficiente de tecnologias em informação passa a ser considerado na contribuição da reunião de informações necessárias na otimização do uso de recursos financeiros e humanos, dos serviços e produtos, para a ampliação e qualificação do acesso e da qualidade dos serviços do SUS, com vistas à resolutividade em saúde e consequentemente melhora na qualidade de vida da população.

Sendo assim, o Ministério da Saúde possui interesse em estabelecer um banco de dados para coleta e processamento de dados relacionados à assistência farmacêutica, por meio da transmissão de dados por diversos sistemas de informação utilizados pelos municípios, inclusive pelo uso do HÓRUS. Nesse sentido, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS⁷, com finalidade de contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua,

^g Ministério da Saúde. Extrato de Cooperação Técnica. Diário Oficial da União, 30 jan 2009; Poder Executivo, Seção 3.

integral, segura, responsável e humanizada, tem como uma das diretrizes: “favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência farmacêutica, o planejamento, programação, controle, a disseminação das informações e a construção e acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica”, ordenada pelo EIXO INFORMAÇÃO.

O Ministério da Saúde²¹ reconhece que existem várias alternativas para registro e coleta de dados de entrada e saídas de medicamentos nos municípios e estados, e das dispensações nas farmácias no SUS, mesmo sem um programa informatizado, por meio de fichas, planilhas, cópias da 2ª via da prescrição. Esses recursos possibilitam o registro das quantidades de medicamentos dispensados, data do atendimento, consumo dos medicamentos, entre outras informações. No entanto, esses recursos dificultam, ou até impossibilitam, análise conjunta dos dados devido à baixa mobilidade e acesso dos dados e à falta de padrões de informação.

Assim, o uso de sistemas de informação nos serviços da assistência farmacêutica, que podem ser integrados ou interoperabilizados, permite o compartilhamento automático das informações sobre os medicamentos utilizados pela população dentro de uma região (município, estado ou país), que estão cuidando dos usuários conjuntamente, possibilitando dessa forma a continuidade da atenção integral à saúde. Isso porque o uso de sistema de informação é muito mais seguro do que o registro em papel e, assim, fornece condições para a caracterização do nível de saúde populacional e construção de modelos e políticas de atendimento e gestão da assistência farmacêutica, que podem trazer impactos positivos tanto para os usuários, profissionais de saúde e gestores.

Várias iniciativas isoladas nos municípios e estados na implementação de sistemas de informações locais para atender às necessidades locais estão ocorrendo¹⁴. Não obstante a grande importância dessas ações, os esforços de desenvolvimento e utilização de *software*, a forma desarticulada como vem ocorrendo não possibilita o aproveitamento das informações para o avanço dos serviços da assistência farmacêutica no país.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde desenvolveu a base nacional de dados das ações e serviços da assistência farmacêutica a ser alimentada por quatro fontes de dados¹⁴:

- a) Cadastro de adesão ao HÓRUS;
- b) Banco de dados do HÓRUS, incluindo os medicamentos constantes nos componentes básico, estratégico e especializado da assistência farmacêutica;
- c) Banco de dados dos demais sistemas utilizados nos municípios e estados para a gestão da assistência farmacêutica;
- d) Banco de dados do sistema do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Assim, foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no dia 18 de outubro de 2012, a minuta de Portaria para a normatização do EIXO INFORMAÇÃO do QUALIFAR, para a transmissão de dados a ser realizada por soluções tecnológicas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, são elas: Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus); Serviço Webservice no padrão Simple Object Access Protocol (SOAP) e Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular^h.

Simultaneamente ao processo de desenvolvimento do HÓRUS e da base nacional de dados das ações e serviços da assistência farmacêutica, no período de 2009 a 2012, o Tribunal de Contas da União (TCU) apresentou um diagnóstico da assistência farmacêutica realizado em 30 municípios em 10 estados brasileiros que receberam auditoria na modalidade de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), em 2009. No diagnóstico que ocorreu nas capitais e em mais dois municípios de cada estado, foram elencados os principais fatos¹¹:

- a) Omissão dos governos estaduais na coordenação e orientação aos municípios para a execução da assistência farmacêutica na atenção básica;
- b) Falta de planejamento da assistência farmacêutica;
- c) Falta de critérios técnicos na seleção de medicamentos;
- d) Programação inadequada das compras de medicamentos;
- e) Condições inadequadas de armazenamento de medicamentos;
- f) Falta de controle de fluxo de medicamentos;
- g) Atuação deficiente do Ministério da Saúde na coordenação e controle dos recursos repassados aos municípios para o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica.

^h Informativo do CONASEMS, disponível no link:
<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/noticias/2608-base-nacional-de-dados-da-assistencia-farmacutica-sera-regulamentada>

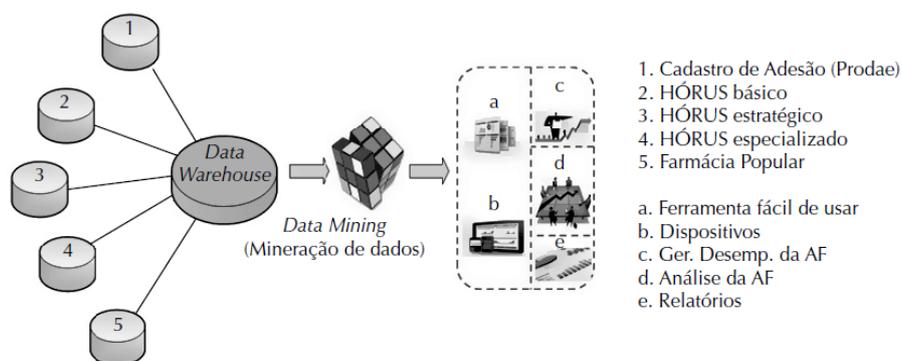


Figura 01: Representação da base nacional de dados das ações e serviços de assistência farmacêutica no SUS. Fonte: Costa e Nascimento. HÓRUS: Inovação tecnológica na

Assistência Farmacêutica no SUS¹⁴

As principais falhas na gestão da Assistência Farmacêutica apontadas no relatório do TCU dizem respeito à falta ou precariedade do planejamento no âmbito dos municípios, às falhas na programação de compras de medicamentos, às condições inadequadas de armazenagem, à falta de controles no fluxo dos estoques desses produtos, e à falta de coordenação por parte dos estados em relação aos seus municípios.

Nesse mesmo período a Controladoria Geral da União (CGU)¹¹, também, apresentou outro diagnóstico sobre a assistência farmacêutica, realizado durante as auditorias em 116 municípios, correspondentes aos 29º e 30º sorteios públicos, também constatou vários problemas na gestão da assistência farmacêutica, conforme tabela 01.

Diante desses diagnósticos o Tribunal de Contas da União²² resolve por meio do Acórdão nº 1459/2011:

“Determinar à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, com fulcro no art.250, inciso II, do Regimento Interno do Tribunal de Contas da União, e com fundamento no art.27, inciso X, do Decreto nº. 7.135 de 2010 e art. 36 da Portaria nº. 204 de 2007, que defina, em 120 (cento e vinte) dias, rol de informações mínimas sobre a gestão da assistência farmacêutica básica a serem encaminhadas obrigatoriamente pelos estados e municípios que não aderirem ao Hórus, além do fluxo e cronograma do envio dessas informações.”

Tabela 01: Resultado da auditoria realizada pela Controladoria Geral da União¹¹

<i>Constatação</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
	<i>Municípios</i>	
Não efetivação da contrapartida estadual e/ou municipal	15	12,93
Controle de estoque deficiente/inexistente	85	73,28
Falta de medicamentos	32	27,59
Condições de armazenamento inadequadas	51	43,97
Medicamentos vencidos ou com validade próxima do vencimento	29	25,00
Não comprovação dos gastos com recursos do programa	14	12,07
Contrapartida estadual e/ou municipal em desacordo com o pactuado na CIB	36	31,03
Inobservância aos procedimentos referentes ao processo licitatório	35	30,17
Aquisição de medicamentos com preço superior ao praticado no Banco de Preço MS e/ou outras formas de consulta	3	2,59
Fraude em processo licitatório	9	7,76

Fonte: Relatório de Auditoria Operacional – Farmácia Básica, emitido pelo TCU

Assim, várias ações têm ocorrido para a ampliação do uso do HÓRUS e para a obrigatoriedade da transmissão de informações, para que outras ações possam ser definidas a fim de alterar o quadro apresentado pelo TCU e pela CGU.

Em pouco mais de dois anos, desde o lançamento do HÓRUS, 1.654 municípios, cerca de 30 % dos municípios brasileiros, manifestaram interesse em utilizar o *software*. Em todas as regiões do país, há município que estão utilizando o HÓRUS¹⁴.

Diante do exposto, no campo da assistência farmacêutica, os esforços da União, Estados e Municípios têm sido insuficientes para responder às disposições legais quanto às normas de dispensação e financiamento de medicamentos disponibilizados no SUS, conforme disposto no relatório do TCU¹¹. Assim, há necessidade de informatização nos serviços das farmácias para apoiar a prática profissional, facilitando e organizando os registros de dados, contribuindo para o aperfeiçoamento e consolidação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica no SUS. No entanto, a operação de grande parte desses serviços, no país, ainda se baseia em registros manuais, o que não possibilita a consolidação dos dados, diante do grande volume e da falta de padrão de informação.

O relatório do TCU¹¹ sobre o diagnóstico da assistência farmacêutica em 30 municípios aponta que para ser possível a coleta das informações sobre as dispensações que ocorrem nas farmácias do SUS, é preciso a existência de um sistema informatizado, uma vez que é inviável consolidar manualmente os dados de mais de cinco mil municípios.

Assim, estabelecer padrão de informação, compartilhar informação, consolidar base de dados confiável são fundamentais para mapear as atividades realizadas, redefinir os fluxos dos processos de trabalho, para atingir a qualificação dos serviços executados na assistência farmacêutica.

A implantação do HÓRUS passou a ser uma estratégia do Ministério da Saúde para obter informações sobre a assistência farmacêutica, inclusive quanto à aplicação dos recursos ordenados pelo bloco de financiamento específico para sua execução.

A figura 02 apresentada no Seminário Políticas de Informação, em junho de 2012, revela que o HÓRUS é um dos principais sistemas para obtenção de dados sobre os recursos empenhados para aquisição de medicamentos.

Contudo, o medicamento não pode ser o foco central da assistência farmacêutica e nem as ações logísticas ocupar o esforço maior de sua organização, mas para que o foco principal seja o usuário, as necessidades de tratamento e de cuidado do usuário precisam ser identificadas, bem como o acompanhamento e avaliação do resultado terapêutico, na observância da necessidade de outras intervenções terapêuticas. Esse é o grande desafio ideológico e operacional diante do direito à saúde constitucional e da assistência farmacêutica ser parte integrante deste direito.

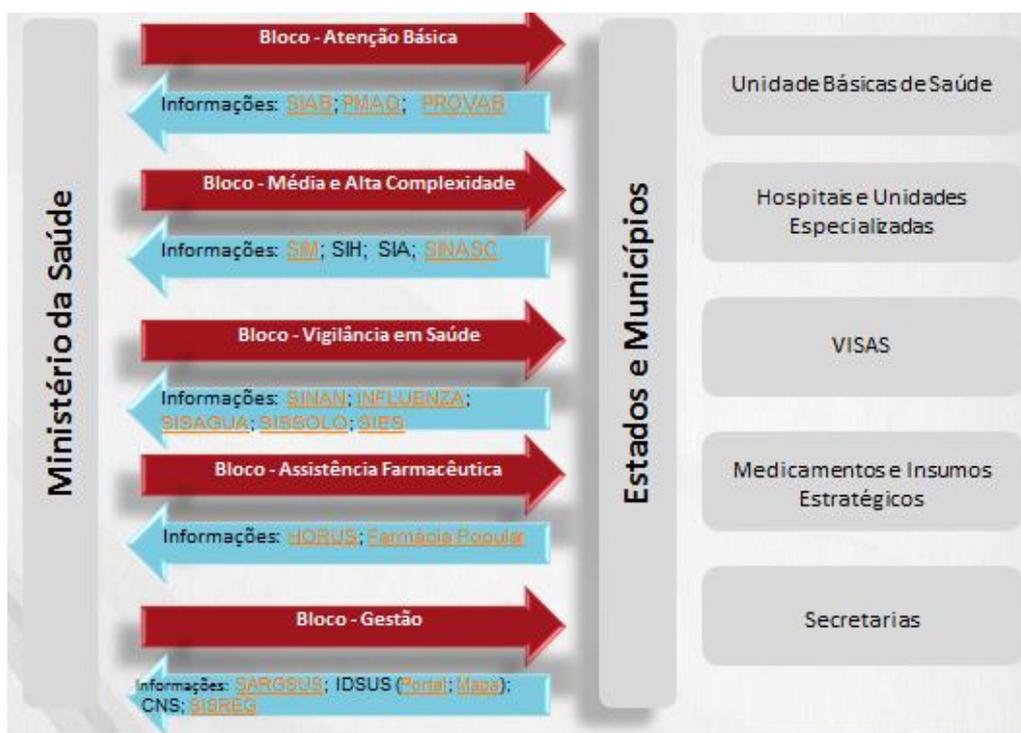


Figura 02: Fluxo sobre recursos financeiros federais versus obtenção de informação sobre os serviços de saúde. Fonte: Seminário Políticas de Informação, na Fiocruz, em 04 de junho de 2012

Vários são os questionamentos sobre a assistência farmacêutica no país:

- Qual o quantitativo de recursos financeiros é aplicado para aquisição de medicamentos?
- Como os recursos financeiros federais estão sendo aplicados?
- Quais os medicamentos que são ofertados no SUS, além da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais?
- Onde são ofertados os medicamentos fitoterápicos? E os homeopáticos?
- Qual o perfil dos usuários que utilizam medicamentos?
- Quais os valores das contrapartidas estadual e municipal que são realmente empregados para a aquisição dos medicamentos?
- Quanto se tem pago pelos medicamentos?
- Quais são os medicamentos solicitados por via judicial?
- Onde não há acesso aos medicamentos?
- Quais os resultados com a ampliação do acesso?
- Os valores das contrapartidas federais, estaduais e municipais definidos em Portaria são suficientes?

- l) Quanto aos insumos para monitoramento e tratamento da *Diabetes Mellitus*, os recursos financeiros são suficientes? Quanto tem se pago por eles?
- m) Quantos usuários são atendidos nas farmácias do SUS?

A avaliação dos recursos a serem destinados à assistência farmacêutica depende de informações e da qualidade dos dados e isso precisa ser compreendido pelos gestores e profissionais da área da saúde dos municípios, para que os esforços empregados realmente alcancem a qualificação dos serviços e reflitam na melhoria da qualidade de saúde da população.

Todas as etapas relacionadas para o registro das dispensações no HÓRUS precisam ser planejadas para diminuir ao máximo os imprevistos e intercorrências que podem desestimular o uso do *software*

Foina¹⁷ salienta que a tecnologia da informação, como as demais áreas de uma empresa, demanda recursos e esforços que exigem um planejamento prévio de suas ações. Logo, o planejamento deve ser uma etapa essencial na implantação do HÓRUS. O planejamento pressupõe a necessidade de um processo decisório que ocorrerá antes, durante e depois da execução das ações necessárias para a implantação do sistema.

O processo de planejar envolve a preocupação em levantar e identificar sobre o que precisa ser feito, como, quando, quanto, para quem, por que, por quem e onde será feito. Não existem normas para a implantação de tecnologias em informática, mas os responsáveis por esse processo precisam observar alguns pontos relevantes:

- a) Identificação de parceiros que possam contribuir nesse processo;
- b) Preparação gerencial para condução da implantação;
- c) Elaborar um projeto-piloto;
- d) Elaborar treinamento específico para uso do sistema, de acordo com a realidade local e prever reciclagem técnica, para o bom desempenho no uso do sistema de informação;
- e) Providenciar recursos essenciais para a implantação do sistema.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a informação em saúde como um elemento central na tomada de decisão e um requisito essencial para a promoção e gestão efetiva da saúde. O acesso à informação é reconhecido como um ingrediente crítico para os serviços de saúde e para o planejamento, operacionalização, supervisão e controle dos programas de saúde. A OMS relata que informação em saúde é qualquer informação, quantificável ou não, que pode ser usada pelos tomadores de decisão e pela clínica para melhor entender os processos da doença e questões relacionadas ao cuidado em saúde e para prevenir, diagnosticar ou tratar problemas de saúde. A informação em saúde deve nortear a mobilização e alocação de recursos, a priorização de programas de saúde e pesquisas e aumentar a eficiência e efetividade dos programas de saúde²³.

Ainda segundo a OMS, informação em saúde pode ser considerada como toda e qualquer informação que possibilite a análise de uma situação ligada à saúde, individual ou coletiva, e que sirva para apoiar a tomada de decisão, seja ela clínica ou de gestão dos processos e serviços de saúde. A OMS cita que um Sistema de Informação em Saúde é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar e avaliar os serviços da saúde²³.

Souza e Viseli²⁴ identificam que no sistema de saúde brasileiro existem equipamentos e sistemas de informação gerenciais ultrapassados, o que gera problemas na gestão, no funcionamento e no custo hospitalar, bem como a má qualidade do atendimento aos usuários. Com isso a qualidade dos dados para suporte aos serviços de saúde tende a ser menor do que a necessária e desejável. Isso pode ser superado quando os profissionais contribuem para o aprimoramento do sistema à medida que os dados são utilizados e traduzidos em melhoria do serviço, havendo assim uma co-responsabilidade na utilização de um sistema de informação em saúde.

Vários Sistemas de Informação em Saúde vêm sendo produzidos no percurso da construção do SUS, principalmente pelo DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS do Ministério da Saúde. Esse Departamento, desde sua criação em 1992, é responsável por prover sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle do SUS, partindo da compreensão de que a informação é fundamental para a democratização da Saúde e o

aprimoramento de sua gestão. Também com o entendimento de que a informatização das atividades do SUS, dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis²¹.

Dessa forma, a informação precisa ser gerada nos locais onde são executados os serviços e a definição dos requisitos dos dados que compõem os sistemas de informação necessita ser um processo ativo e integrado, para atender as necessidades gerenciais e assistenciais e para apoiar a tomada de decisões.

Para o desenvolvimento de um sistema de informação é preciso ter a clareza sobre necessidades e os objetivos para o uso dos dados a serem registrados. Para tanto, é preciso desenvolver um processo desde a escolha de um modelo de obtenção e tratamento de dados até à compreensão de seus achados, devidamente alinhados aos propósitos de uso. Esse processo é composto pela construção de instrumentos e critérios de observação; pelo treinamento de coletadores de dados; pela compilação; e pelo tratamento estatístico dos dados, a partir dos quais é produzida a informação propriamente dita, que por sua vez também tem requisitos de forma e apresentação²⁵. Com isso, é preciso ter clareza sobre os conceitos de dados, informação e conhecimento, conceitos correlacionados que podem gerar alguns distúrbios de interpretação.

De acordo com Teixeira²⁶, os dados são valores sem significado, a informação é um dado com significado e o conhecimento é informação estruturada e contextualizada. Freitas e Kladis²⁷ conceituam dados como matérias-primas da informação, mas também, símbolos, registros ou elementos que são limitados por si só em extrair, filtrar e apresentar fatos pertinentes, racionais e relacionáveis.

Informação pode ser entendida como o resultado do processamento de um conjunto de dados, que geram associação e conhecimento dos fatos, de forma inteligível, estabelecendo-se um significado. Pode então, nesta forma, suscitar decisões e ações²⁵. Para Davis, citado por Sanches²⁸, informação é o resultado do processamento de dados num formato que tem significado para o usuário respectivo e que tem valor real ou potencial nas decisões presentes ou prospectivas. Barroso e Gomes²⁹ relatam que a informação é o veículo do conhecimento, porque ele é informação capaz de mudar algo ou alguém e sua origem pode ser apoiado por computadores, com uso de inteligência artificial, nas

bibliotecas digitais, nos sistemas de apoio à decisão, nas redes semânticas, na base de dados relacionais e direcionadas para objetos, entre outros recursos.

Fica claro que dados, informações e conhecimento são fundamentais para a aplicação dos sistemas de informação. Dentre as várias definições existentes para Sistema de Informação em Saúde (SIS), o Ministério da Saúde³⁰ o conceitua como instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde e para avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimentos acerca da saúde e dos assuntos a ela ligado.

Oliveira e Garcia³¹ concluem que:

“de uma maneira geral, os sistemas de informação podem ser entendidos como um conjunto de computadores, de um ou mais bancos de dados, de programas, pessoas e regras de funcionamento, que têm com a finalidade captar, guardar e recuperar informação, garantindo sua segurança e integridade. Pode-se dizer também que sistemas de informação são modelos que servem para orientar novas construções ou para descrever um certo segmento do mundo real”.

Assim, um sistema de informação que não tenha condições de organizar e sistematizar a apresentação dos dados em formato de informação não é útil, de fato, para a tomada de decisões de forma coerente. Nesse sentido, Oliveira e Garcia³¹ citam:

“sistemas de informação também são descrições do mundo real, embora parciais. Uma vez que todo sistema de informação pode ser considerado como uma descrição de uma parte do mundo real, tem-se que considerar que esta descrição é feita por alguém, segundo alguns critérios, os quais podem ser mais ou menos técnicos, mas que conformam o contexto no qual aquele sistema foi criado e, sendo assim, deve-se considerar que um sistema é uma descrição arbitrária do mundo real, que tem comportamento e função, que opera em um determinado ambiente e contém dados, e que representa um modelo”.

Ribeiro *et al*³² relatam que um sistema de gestão envolve a definição de objetivos, de responsabilidades, de procedimentos e alocação de recursos e que esses componentes se

estruturam obedecendo à abordagem conhecida como ciclo PDCA, que envolve o planejamento da intervenção (“plan”: planejar), seu desenvolvimento (“do”: fazer), o controle e avaliação dos resultados obtidos (“check”: verificar) e a atuação corretiva (“act”: agir), a qual serve de base para planejamento de nova intervenção, como está apresentado na figura 03.

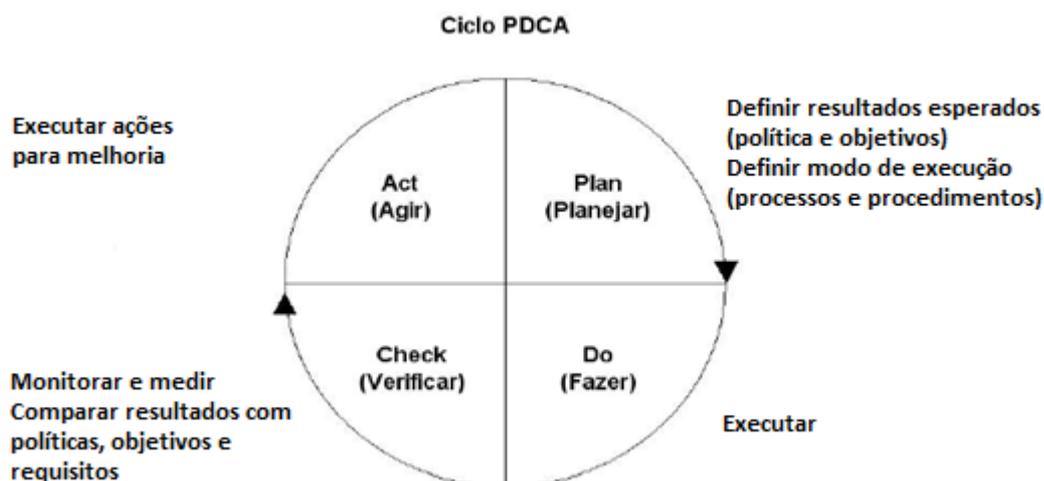


Figura 03: Ciclo PDCA. Fonte: RIBEIRO NETO J.B.M; TAVARES J.C.T; HOFFMANN S.C. *Sistemas de Gestão Integrados*. Ed SENAC, São Paulo. 2008³².

No entanto, ato comum, no Brasil, tem sido a elaboração de sistemas sem a preocupação de utilizar critérios, padrões e atributos facilitadores da interoperabilidade com outros sistemas. O que impede a utilização conjunta dos dados contidos em cada um dos sistemas, embora tratem de realidades próximas, como relata Branco³³.

A International Standards Organization (ISO)³⁴, uma instituição internacional, estabelece padrões internacionais para diversas áreas. Essa instituição define que padrão necessita “representar tanto quanto possível o resultado de um consenso, firmado e aprovado por um grupo reconhecido, que estabelece para uso geral e repetido um conjunto de regras, protocolos ou características de processos com objetivo de ordenar e organizar atividades em contextos específicos para benefício de todos”. O padrão é um documento que deve servir como modelo ou regra para determinado fim.

A padronização tem como um dos objetivos atingir a compatibilidade e interoperabilidade funcional entre os diversos sistemas independentes para fins de avaliação de um serviço. Haux³⁵ relata que a interoperabilidade depende da transmissão e troca de dados por meio

de adoção de padrões e comunicação. E isso se aplica na assistência à saúde, com amplitude para o caráter clínico, epidemiológico ou administrativo.

Dessa forma, para que a tomada de decisão ocorra de forma consistente é preciso que a estrutura do sistema de informação permita a seleção e organização dos dados que proporcione a visão de todo o processo e o estabelecimento de ações de modo a atender as necessidades de gestão. Isso é possível quando há padrões de informações definidos na área de aplicação do sistema de informação.

Além disso, conhecer o usuário, ou consumidor da informação, é passo fundamental para o sucesso da construção de um sistema de informação. Segundo Branco³³, a concretização do potencial informativo é tanto mais favorecida quanto mais se procura conhecer as características, preferências, interesses e necessidades dos prováveis interessados. A relevância e o valor que o usuário dá aos dados estão relacionados à capacidade da informação de reduzir incertezas e de atender à finalidade a que se propõe.

Branco³³ menciona que um dado produzido no município está pronto para uso com uma velocidade, em geral, muito maior do que um dado produzido no nível federal. Este ambiente de suporte à decisão deve estar preparado para isto, ou seja, para disponibilizar o dado municipal à medida que se têm acesso a ele, ao invés de esperar que ele tenha que “subir” ao nível federal para ser processado junto com os outros estados e municípios, para só então disponibilizá-lo nos bancos de dados.

O envolvimento do usuário do sistema está diretamente relacionado à questão da relevância do dado entendido por ele. Como é colocado por Branco³³, a noção de significado do dado está associada ao conceito de relevância, que se refere ao grau de adequação entre o que se espera de uma informação e o que ela parece ser capaz de proporcionar, segundo um julgamento fundamentalmente subjetivo e situacional. A noção do significado do dado possui influência cultural, mas que pode ser alterada pelo significado profissional e científico a partir do momento que o dado passa a ser utilizado.

Assim, o registro, atualização e confiabilidade do dado dependem do grau de relevância que o usuário assimilou sobre a importância dos dados para geração de informações que auxiliam o processo da tomada de decisões.

Marin *et al*³⁶ destaca como qualidades de um sistema com sucesso a capacidade de ser rápido, ou seja, o usuário do sistema é capaz de entrar e recuperar o dado rapidamente; de ser amigável, ou seja, o registro eletrônico possui uma interface gráfica que é familiar ao usuário; de ser flexível, o que permite a personalização do estilo de documentação, facilitando o acesso a informações necessárias para os profissionais envolvidos no uso dessas informações; de melhorar o fluxo de trabalho, com o aumento da eficiência e efetividade; e de melhorar a documentação, o usuário do sistema percebe essa melhora devido à clareza e legibilidade da informação. Porém, os autores ressaltam que o sucesso do uso de um sistema informatizado depende mais dos usuários (pessoas) do que da tecnologia. Assim, quando a utilidade do sistema é percebida pelos profissionais há reflexos positivos que facilitam o uso da ferramenta.

Com relação à implantação de sistema de informação em saúde, vários autores, relatam obstáculos e riscos^{37,38,39}, que podem ser estendidos ao uso do HÓRUS, tendo em vista que esse processo pode e deve envolver os profissionais de saúde, da área administrativa, os gestores e os usuários. Os pontos mais citados são:

- a) A falta de entendimento das capacidades e benefícios do sistema por parte dos profissionais e gestores, que necessitam conhecer os recursos e benefícios que o sistema possa oferecer. Sem esse conhecimento e do devido entendimento, esses atores não usufruem o potencial do sistema e, assim, as necessidades permanecem desamparadas. A falta do entendimento da aplicação dos dados e informações é devida, por muitas vezes, à incompreensão sobre a utilidade do dado e por quem é utilizado.
- b) A falta de padronização de registros permite a inviabilidade de consolidação dos dados, que traduzem a realidade de forma correta. A definição de padrões em saúde é fundamental para aplicabilidade da informação e necessária para a integração dos sistemas. A condição de troca de dados e informações entre dois ou mais sistemas depende da definição de um vocábulo comum para representação e registro de conceitos. Para que a comunicação ocorra é preciso que um conjunto de regras seja compartilhado e compreendido entre os usuários dos sistemas.
- c) A entrada dos dados no sistema precisa ser feita de forma estruturada que permita a interface do sistema com o usuário, ou seja, que ocorra de forma

semelhante ao tipo de registro anteriormente utilizado, assim há melhor entendimento por todos os usuários do sistema. Muitas vezes esses registros eram manuais, porém com limitação em relação à descrição dos produtos e à legibilidade e à consistência. Então, mesmo assegurando certa semelhança dos dados a serem coletados para facilitar o uso do sistema, os profissionais precisam de treinamento para compreender o que foi alterado, após o uso da tecnologia.

- d) A segurança e a confiabilidade são quesitos que se não atendidos podem causar desconfiança dos usuários ou, até, mesmo propiciar abertura de processos legais contra a instituição.
- e) A transmissão e troca de dados depende da adoção de padrões de comunicação, leis e regras que regulamentam esses processos.
- f) O envolvimento do usuário do sistema na participação ativa favorece a aceitação desse usuário e diminui a possibilidade de resistência ao uso do sistema.
- g) A difusão do uso do sistema por meio de aspectos legais pode favorecer a ampliação do uso devido à legitimidade.
- h) O uso de um sistema informatizado implica em mudanças de processos de trabalho, que dependem de mudanças de hábitos e rotinas adotados anteriormente a implantação do sistema. Sendo assim, a mudança de comportamento pode ser melhor conduzida quando há envolvimento dos usuários na incorporação do sistema, bem como adoção de treinamento constante. As transformações requerem mudanças político-sociais e técnico-econômicas, em muitas situações de grande porte e profundidade, que devem ser consideradas, uma vez que o uso do sistema de informação em saúde está associado à elevação do nível de qualidade de vida populacional.
- i) Um sistema de informação responde às diversas necessidades de diversos usuários dos dados e informações. Esses usuários não apenas aqueles que operam o sistema diretamente, também podem ser aqueles que precisam das

informações para tomada de decisões no nível macro, tanto na esfera municipal, estadual e federal.

Segundo Teixeira²⁶ para que a tecnologia não seja apenas investimento (ou despesa), é preciso que os usuários entendam claramente qual a aplicação dessa tecnologia. Costa e Nascimento¹⁴ expõe a aplicabilidade do HÓRUS que precisa ser compreendida por todos envolvidos no uso desse *software*:

“O Sistema Hórus foi concebido para atender às singularidades da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, por meio dos seus componentes: básico, estratégico e especializado. Seu advento, em 2009, teve o objetivo de qualificar a gestão e os serviços de Assistência Farmacêutica nos três níveis de governo, além de buscar aprimorar as ações de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação, nessa modalidade de assistência à saúde.”

O relatório do TCU¹¹ reforça a necessidade do uso de sistema de informação na assistência farmacêutica ao apontar que não existe atualmente nenhuma forma de envio regular e sistemático de informações e que o DAF não tem conhecimento da realidade da assistência farmacêutica básica nos estados e municípios. Assim, não se sabe como os recursos financeiros federais transferidos fundo a fundo estão sendo aplicados, se estão aplicados de forma correta e se estão produzindo alguma efetividade junto à população. Isso é confirmado pelo relato da CGUⁱ que constatou a “falha no acompanhamento e no monitoramento da aplicação de recursos repassados fundo a fundo - impropriedades detectadas pelo Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos de Municípios”.

A CGU ainda ressalta que há “inexistência de controle da execução do programa com vistas a monitorar, medir e garantir o acesso da população ao elenco de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica” e há “ausência de um mecanismo eficaz de monitoramento da aplicação dos recursos repassados a estados e municípios”.

A gestão de medicamentos para a rede pública de saúde tem sido um desafio aos governos, uma vez que a ausência ou ineficiência de controle da execução da assistência farmacêutica. A falta de um mecanismo efetivo impede a apuração das reais necessidades

ⁱ Relatório de Auditoria Anual de Contas nº 224566, disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/completo_exercicio2009_ra2440024.pdf

de abastecimento, com isso o orçamento é estimado e não calculado por dados que refletem a demanda da rede pública de saúde. Além disso, a perda de medicamentos por expiração do prazo de validade e a falta de rastreabilidade da movimentação desses medicamentos pela rede coloca o sistema público de saúde como alvo de críticas e ataques por parte dos usuários.

Por outro lado, em locais onde a falta de medicamentos é inconstante ou reduzida, o acompanhamento do uso do medicamento pode não ser uma prática no serviço. Assim, a questão de acesso não é um problema, mas talvez seja o excesso do acesso. Em relação a esta questão Pepe e Castro⁴⁰ afirmam que “na melhor das hipóteses, se tudo correr a contento, o medicamento realmente servirá para mitigar o sofrimento do indivíduo. Pode ser também que este objetivo não seja alcançado e o indivíduo continue em busca de outras opções. Na pior das hipóteses, é possível que se traduza em mais e/ou sofrimento e, neste caso, o sistema de saúde ao invés de tratar de doenças, acaba por produzi-las”.

A partir do uso do HÓRUS, Costa e Nascimento¹⁴ comentam os relatos sobre a implantação do *software*, em diversos municípios brasileiros que afirmam que ocorreram mudanças após o uso do HÓRUS, conforme quadro 01.

Percebe-se que a ausência ou deficiência no controle de estoque começam a ser superados após o uso do HÓRUS. Perdas ou desperdícios de medicamentos tendem a diminuir. A autora Marin *et al*⁴¹ destaca que:

“o grande desafio da administração de materiais é estabelecer níveis de estoque. Para manter um nível de estoque que atenda às necessidades, com regularidade no abastecimento contínuo da rede de serviços, é necessário um controle eficiente e a utilização de instrumentos para registro das informações que facilitem o acompanhamento e subsidiem a programação”.

Também, observa-se que a programação de medicamentos tende aos critérios de consumo real, uma vez que a programação necessita de dados, que anteriormente os municípios não possuíam por falta de controle das dispensações. O consumo não pode ser calculado puramente pela diferença entre a entrada e o saldo físico dos medicamentos. No consumo não podem ser consideradas saídas ocasionadas por remanejamentos, erros nas

dispensações, ou mesmo eventuais desvios de medicamentos. Essas distorções precisam ser identificadas e corrigidas.

Quadro 01: Síntese de mudanças após a implantação do HÓRUS nos municípios. Brasil, dezembro de 2009 a dezembro de 2011.

CATEGORIAS	SITUAÇÃO ANTERIOR	SITUAÇÃO APÓS IMPLANTAÇÃO DO HÓRUS
Controle de estoque	Ausência ou deficiência no controle do estoque	Controle em tempo real
	Falta de controle no fluxo de Medicamentos	Conhecimento do fluxo de medicamentos na rede de saúde
	Falta de medicamentos	Redução da descontinuidade
Programação	Programação inadequada	Programação baseada em consumo real/demanda atendida e programada
Controle do prazo de validade	Medicamentos com data de validade vencida ou prestes a vencer	Diminuição das perdas e possibilidade de remanejamentos
Seleção de medicamentos	Desconhecimento do perfil de consumo da população	Identificação do perfil de consumo de medicamentos no território
	Desconhecimento do perfil de Prescrição	Identificação do perfil de prescrição de medicamentos no território
Recursos humanos	Lacunas na atualização das normas/procedimentos da gestão da Assistência Farmacêutica	Atualização das normas, procedimentos, diretrizes para a organização dos serviços de Assistência Farmacêutica
Qualidade de informação	Inexistência ou insuficiência de sistematização dos dados	Informações fidedignas em tempo real para subsidiar a tomada de decisão

Fonte: Costa e Nascimento. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no SUS¹⁴

Nesse sentido, o uso de um sistema de informação permite a adoção de um mecanismo de controle efetivo, que possa identificar as deficiências e, assim, ações podem ser tomadas para evitar os excessos de estoques, bem como perda do medicamento por vencimento de prazo e, por fim, otimização dos recursos financeiros. Além disso, o desabastecimento de medicamentos ofertados no serviço público de saúde não pode ser admissível devido a negligências no gerenciamento de estoque, tendo em vista os danos à saúde que podem ser causados e em alguns casos irreparáveis.

Costa e Nascimento¹⁴ ainda apontam lacunas observadas “em termos das estruturas físicas das Centrais de Abastecimento Farmacêutico; do não atendimento dos sistemas informatizados às necessidades locais por parte dos sistemas informatizados existentes; e uma valorização ainda reduzida de processos técnicos de seleção dos medicamentos e a de formação de profissionais para o desenvolvimento das atividades de Assistência Farmacêutica”. Os autores afirmam que essas observações estão em consonância com análises de alguns estudos nacionais e internacionais referentes à capacitação e processos técnicos. Assim, os autores concluem que “tais lacunas sugerem a necessidade de ações indutoras locais para a estruturação de serviços e de qualificação dos profissionais no sentido de melhorar a gestão da Assistência Farmacêutica”.

Essas mudanças identificadas nos municípios são previsíveis considerando que o uso de tecnologia é capaz de fazer um serviço adquirir desempenho melhor do que o existente, conforme conclusão do estudo dos autores Beuren e Martins⁴². Esses autores citam que a necessidade das organizações em aprimorar seu processo de gestão em busca da otimização do desempenho e garantia do cumprimento de sua missão, faz com que elas utilizem tecnologia da informação. Os estudos desses autores concluem que o impacto das tecnologias de informação nas organizações altera significativamente a forma com que se executam os trabalhos individuais e coletivos, além de alterarem as formas de relacionamentos entre os envolvidos para a execução das atividades.

Isso pode ser previsto na assistência farmacêutica no SUS, considerando a Nota Técnica Conjunta entre o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, publicada em 2008, que aponta a necessidade da qualificação da assistência farmacêutica composta por “estabelecimentos com infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a garantia da qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado e a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde”. Nesse sentido, em 2009, o Ministério da Saúde publica as “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde”⁴³ e apresenta que “*a farmácia deve dispor de recursos humanos suficientes, tanto para gestão quanto para assistência aos usuários, mobilizados e comprometidos com a organização e a produção de serviços que atendam às necessidades da população. As atribuições e responsabilidades individuais devem estar formalmente descritas e perfeitamente compreendidas pelos envolvidos, que devem possuir competência suficiente para*

desempenhá-las. O quantitativo desses recursos varia conforme o número de atendimentos diários e a complexidade do serviço prestado pela farmácia”.

As diretrizes para estruturação de farmácias, além de apontar os serviços a serem executados nesses estabelecimentos, também, indicam quais os espaços físicos necessários, a necessidade do dimensionamento do recurso humano de acordo com o número de atendimentos e os equipamentos e mobiliários mínimos para o bom desempenho das ações nessas farmácias.

É preciso que a concepção da farmácia como estabelecimento de saúde, tanto no setor privado como no setor público, remeta ao devido papel da farmácia e do medicamento como questões de saúde e, também, ao foco da adequada acessibilidade e ao uso racional de medicamentos, com vistas à superação da dicotomia entre o caráter consumista e sanitário dos medicamentos. Leite⁴⁴ coloca que “não basta desenvolver novas drogas, é necessário que elas cheguem a quem delas necessite. Também não é suficiente que cheguem até às pessoas, é necessário criar estratégias eficientes para que eles sejam utilizados quando, como e para quem são indicados”.

Nessas diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde é apresentado o HÓRUS como uma “ferramenta importante que possibilita a definição de fluxos e responsabilidades nos processos de trabalho, o registro sistemático das ações e a possibilidade do acompanhamento, em tempo real, do serviço por meio de emissão e avaliação de relatórios que permitem maior agilidade, segurança e controle das atividades descritas nas diretrizes”⁴³.

O Ministério da Saúde publicou, em 2006, que sem informação não há gerenciamento. Sem registros, em especial das demandas atendidas e não-atendidas, dificilmente se conseguirá programação de medicamentos ajustada. Um sistema de informação eficiente permite evitar a falta e/ou desperdício de medicamentos, garantir a regularidade no abastecimento e suprir as necessidades dos serviços de saúde. Também, expõe que existem várias alternativas para registrar e coletar dados de demanda, mesmo sem um programa informatizado³³. Porém o uso de um sistema informatizado no registro das dispensações permite que os dados sejam agrupados para a emissão de relatórios de forma prática e eficaz.

O registro de dispensações em papel, como tem ocorrido em várias farmácias do SUS, não atende a necessidade da qualificação da assistência farmacêutica por apresentar diversas limitações devido à insuficiência no armazenamento e na organização do grande volume de dados. Esse registro em papel possui baixa mobilidade de informação, dificuldade de pesquisa, falta de padronização e dificuldade de acesso ao histórico de dispensação por usuário.

O uso de um sistema informatizado para o registro das dispensações pode trazer impactos positivos tanto para os usuários, profissionais de saúde e gestores. Além disso, um sistema informatizado é muito mais seguro do que o registro em papel e as informações podem ser compartilhadas automaticamente sobre o uso de medicamentos pela população dentro de uma região (município, estado ou país), que estão cuidando dos usuários conjuntamente, possibilitando dessa forma a continuidade da atenção integral à saúde.

As iniciativas isoladas nos serviços, importantes porque atendem às necessidades dos órgãos locais, mas por estarem desarticuladas, não aproveitam racionalmente os esforços de desenvolvimento desses *softwares* para o avanço dos serviços da assistência farmacêutica.

Em abril de 2012 foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS)⁷, tendo em vista as discrepâncias na execução da assistência farmacêutica nos municípios, as quais podem causar diferentes resultados nas condições de vida da população.

Apesar de a Carta Magna ter estabelecido que descentralização das ações como um dos princípios do SUS, conferindo assim ao gestor municipal papel preponderante na execução das políticas de saúde, os municípios não devem atuar de forma isolada, mas sim com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados. Isso também está proposto na PNM, que atribui responsabilidades aos entes federativos para a execução da assistência farmacêutica. Porém, cabe ao gestor federal o direcionamento das ações da assistência farmacêutica, tendo em vista que o Brasil é um país com enormes disparidades regionais, o que remete às agravantes diversidades da execução dos serviços.

5. METODOLOGIA

O estudo realizado possui caráter qualitativo. Em primeiro momento, foi realizada uma pesquisa exploratória e documental para o levantamento dos dados e informações à busca de elementos chaves que alicerçam o conteúdo abordado nesta dissertação e, em seguida, foi realizada pesquisa de campo em seis municípios; por último os dados coletados foram analisados por categorias. As duas etapas contribuíram para a discussão dos conceitos e pressupostos fundamentais para a prática da assistência farmacêutica, do uso e implantação de um sistema de informação correlacionada às categorias estabelecidas para a análise.

5.1 Pesquisa exploratória e documental

Na pesquisa exploratória foram utilizados os descritores “medicamentos”, “assistência farmacêutica”, “sistema de informação” e “informação em saúde”. Foram consultadas as bases BVS, LILACS, SciELO, nos bancos da CAPES e em Portal de Domínio Público. Foram utilizadas pesquisas descritivas nas línguas portuguesa e inglesa, na busca de artigos, dissertações e teses publicadas no período de 2000 a 2011, com abordagem de uso de sistema de informação na gestão da assistência farmacêutica no Brasil. Nenhuma publicação foi encontrada. A pesquisa ocorreu em março de 2012.

Foi realizada outra pesquisa nas mesmas bases de consulta publicações sobre o uso de sistema de informação para prontuários eletrônicos, para realizar comparativo de ações realizadas no processo de implantação de um sistema de informação nos serviços de saúde. Na pesquisa foram encontradas várias publicações e foi observado que os trabalhos tinham abordagens diferenciadas, as quais foram caracterizadas em três grandes grupos: estudos de qualidade de dados, de processo de implantação e de avaliação do sistema.

Em conformidade com o objetivo proposto nesta dissertação, foram selecionadas algumas publicações correlacionadas com assunto aqui apresentado, voltado para análise de processo de implantação de um sistema de informação, com vistas a identificar as ações executadas, os atores envolvidos nesse processo e os benefícios atribuídos ao uso do HÓRUS.

5.2 Pesquisa de campo

A pesquisa de campo foi iniciada com entrevista estruturada, na qual a escolha do informante está condicionada a dar respostas a perguntas formuladas pelo investigador. Depois foi empregada a observação participante por ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa⁴⁵. A questão norteadora para alcançar o objeto do estudo foi: Quais as ações executadas nos municípios para a implantação e uso do HÓRUS para o registro das dispensações nas farmácias do SUS?

Foram selecionados sete municípios para a coleta de dados e informações, com base às seguintes características:

- a) Municípios que utilizam o HÓRUS há mais de seis meses;
- b) Municípios nos quais o(a) farmacêutico(a) responsável pela implantação do HÓRUS encontra-se em exercício desde o início da implantação;
- c) Municípios que apresentaram situações diferenciadas, quanto: ao porte populacional; ao número de farmácias municipais existentes na rede de saúde municipal; à existência ou não de uma Central de Abastecimento Farmacêutico (almoxarifado) no município; aos recursos humanos que atuam na assistência farmacêutica; à estrutura física das farmácias municipais; e à posição quanto à classificação de extrema pobreza, conforme estabelecido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a partir de dados do Censo de 2010 do IBGE^j.

O terceiro critério leva em consideração o relato de Deslandes⁴⁶ quanto a estudo qualitativo: “a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. Seguindo esse preceito foi escolhido um conjunto de municípios diverso e rico de situações, de modo a garantir análises consistentes e interessantes *a posteriori*.

Também, houve o caráter de conveniência para a seleção dos municípios, considerando a facilidade e os custos para o deslocamento, uma vez que os custos para a pesquisa de campo ficou sob responsabilidade da pesquisadora.

^j Definição de extrema pobreza, com base em uma linha oficial adotada pelo governo, são R\$ 70,00 de renda domiciliar *per capita*

Os municípios selecionados para o estudo são: Santa Rita do Sapucaí/MG, Paranaguá/PR, Uraí/PR, Arujá/SP, Mauá/SP, Várzea Paulista/SP e Quissamã/RJ. A seleção desses municípios buscou identificar as ações executadas no contexto com diversas variáveis importantes para a implantação do HÓRUS para o registro das dispensações nas farmácias municipais.

Esse conjunto de municípios possui diferença populacional na faixa de 11.500 a 417.000 habitantes e quanto ao número de farmácias municipais existentes na rede de saúde municipal, que variam de 1 a 27 farmácias. Um município não dispõe de Central de Abastecimento Farmacêutico (almoxarifado), por possuir apenas uma farmácia. Nesse conjunto, os recursos humanos que atuam na assistência farmacêutica estão diferenciados pela proporção de número de farmacêuticos pelo número de farmácias na rede de saúde municipal e, também, há um município contido no conjunto de municípios da extrema pobreza, conforme classificação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a partir de dados do Censo de 2010 do IBGE.

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo foi realizada uma entrevista baseada em roteiro (Anexo A) e observação participante, também, seguindo roteiro (Anexo B), que foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Os entrevistados escolhidos foram aqueles que haviam participado de todas as etapas para a implantação do HÓRUS. No entanto, em um dos municípios houve troca de farmacêutica no período de formulação do projeto de pesquisa até a execução da pesquisa de campo, assim, algumas respostas ela não soube responder. Os entrevistados, além de participar no processo de implantação do sistema, também, são usuários que alimentam e usam as informações registradas.

Antes da entrevista, foi solicitado autorização do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde de cada município, por meio de uma carta, com informação sobre a finalidade da pesquisa e o sigilo dos dados obtidos. Após a assinatura das cartas pelas autoridades, as entrevistas foram realizadas com os(as) farmacêuticos(as) responsáveis pela implantação do HÓRUS. No entanto, a pesquisa de campo não ocorreu em um dos municípios selecionados porque a entrevista não foi autorizada.

Além das entrevistas foi aplicada a técnica de observação participante realizada nas farmácias municipais durante o registro das dispensações, a fim de captar uma variedade de situações que por ventura não foram identificadas por meio da entrevista. A observação participante consistiu em acompanhar os registros das dispensações durante quatro horas de atendimento à população, a fim de identificar os fatores facilitadores e dificultadores para os registros. Como instrumento para a observação participativa, além do roteiro, foi adotado um diário de campo, no qual foram escritos todas as informações que não faziam parte do material formal da entrevista, mas que foram úteis para a análise dos dados coletados. No diário de campo foram registradas as impressões sobre a estrutura física das farmácias visitadas, observando os espaços de espera ao atendimento, bem como para o atendimento aos usuários, os espaços de estoque dos medicamentos e o recurso humano disponível para o atendimento.

A operacionalização da análise dos dados coletados pelas entrevistas e pela observação participante foi baseada em categorias inicialmente construídas pelo agrupamento de elementos ou ideias supostamente ocorridas ou não no processo da implantação do HÓRUS. Segundo Gomes⁴⁷, essas categorias são empregadas para se estabelecer classificações e podem ser empregadas em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

Segundo Bardin⁴⁸ “as categorias são como rubricas ou classe, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico”. As categorias podem ser elaboradas previamente, quando há um conhecimento sólido por parte do pesquisador para encontrar um esquema classificatório adequado ao assunto estudado.

Seguindo essa lógica, as categorias foram definidas mediante as hipóteses pressupostas quanto às ações e situações que influenciam o processo de implantação do HÓRUS nas farmácias. As hipóteses foram elaboradas a partir das informações obtidas na CGAFB, que tem acompanhado o processo de implantação do HÓRUS nos municípios e, também, pela analogia de soluções adotadas para a implantação de sistemas de informação aplicados em outras áreas da saúde, mas que possui aceitação da proposição em virtude da semelhança no processo da implantação e aplicabilidade do conceito de sistema de informação em saúde.

A seguir estão descritas as categorias inicialmente definidas com respectiva justificativa para sua escolha, considerando os pontos relevantes para a implantação de um sistema de informação nas farmácias no âmbito do SUS.

a) Número de unidade de dispensação/número de farmacêutico:

O registro de dispensação no HÓRUS requer dados sobre a posologia e, muitas vezes, esses dados não estão de forma clara nas prescrições. Além disso, alguns medicamentos possuem algumas peculiaridades que exigem adequações no momento do registro da dispensação, como o caso de cremes, pomadas, medicamentos com doses diferenciadas no decorrer do tratamento e com doses diferenciadas em administrações no mesmo dia, como a insulina. Assim, o profissional farmacêutico possui papel importante para que os registros ocorram de forma correta.

b) Número de unidades de dispensação no município:

Quando um município possui apenas uma unidade dispensadora de medicamentos, a implantação do HÓRUS implica no início imediato dos registros das dispensações. Quando há mais de um ponto de dispensação, a implantação pode ser gradual e, portanto, é preciso um planejamento com definição de cronograma de implantação nas farmácias de toda a rede de saúde. Também, há envolvimento de maior número de funcionários; é preciso aquisição de maior número de equipamentos; analisar a viabilidade de conexão à internet em todos os pontos de dispensação, conseqüentemente, é necessário maior investimento financeiro.

c) Equipamentos e conexão à internet:

Possuir o número suficiente de computadores e velocidade de conexão adequada à internet são quesitos fundamentais para o uso do HÓRUS no registro das dispensações.

d) Divulgação da implantação do HÓRUS ao Conselho Municipal de Saúde:

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), como espaços deliberativos para debater sobre o planejamento dos serviços de saúde, precisam ser comunicados sobre as ações para a qualificação da assistência farmacêutica, como por exemplo: a implantação do HÓRUS.

e) Execução da implantação do HÓRUS por diversos atores:

Essa categoria possibilita identificar que, além do profissional farmacêutico, outros profissionais podem e precisam ser envolvidos na implantação do HÓRUS.

f) Organização de fluxo de trabalho e elaboração de procedimentos operacionais:

Em serviços que possuem fluxo de trabalho definidos e executados de forma a organizar os procedimentos de todas as atividades envolvidas na dispensação, é previsto que há maior facilidade em utilizar um sistema de informação.

g) Experiência anterior com a utilização de sistema informatizado:

Esse ponto foi considerado, pressupondo que profissionais com experiências com outros sistemas possuem maior facilidade em operar o HÓRUS, minimizando as dificuldades na implantação do *software*.

h) Grupo de medicamentos escolhidos para o registro das dispensações:

Identificar qual o grupo de medicamentos de preferência para a implantação do HÓRUS e se há expansão do uso do *software* para outros grupos de medicamentos. Conforme o volume de medicamentos nos estoques, os municípios tem optado em iniciar a implantação do HÓRUS por grupos de medicamentos, para depois ampliar à totalidade dos medicamentos ofertados na rede de saúde municipal.

i) Estratégia para o cadastro de usuário:

O cadastro de usuário no HÓRUS é pré-requisito primordial para o registro das dispensações. Realizar o cadastro do usuário no *software* concomitantemente ao registro da dispensação gera maior tempo de atendimento. Assim, medidas para que os cadastros sejam realizados anteriormente ao início dos registros das dispensações tende a evitar aumento no tempo de atendimento.

j) Benefícios e dificuldades identificados durante a implantação e uso do sistema:

Visa identificar a percepção do farmacêutico sobre os fatores que auxiliam e dificultam a implantação e uso de um sistema de informação, bem como avaliar os resultados obtidos após o uso do HÓRUS.

Como não há padronização na denominação dos locais que realizam fornecimento de medicamentos aos usuários no SUS, para fim deste estudo esses locais foram denominados farmácia, uma vez que esses locais podem ser identificados nos municípios como unidades de dispensação ou dispensário ou farmácias. Também foi considerado todo ato de fornecimento de medicamentos, mesmo que não seja por um profissional farmacêutico,

como uma dispensação, para facilitar a coleta dos dados e para análise dos resultados e construção das ações para auxiliar a implantação do HÓRUS nos serviços públicos de saúde.

6. RESULTADOS

Durante a pesquisa exploratória sobre o uso de sistema de informação na assistência farmacêutica houve também a necessidade de fazer um levantamento sobre o processo da assistência farmacêutica no SUS.

6.1 Pesquisa exploratória e documental

O fornecimento de medicamento do serviço público de saúde estava dissociado entre os diversos serviços de saúde no país desde o início dos serviços de saúde pública no Brasil. Foi em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que o Estado inicia o processo de organização do fornecimento de medicamentos à população³. A aquisição de medicamentos começa a ser executada de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, o qual passou a ser responsável pela distribuição aos estados e estes pela distribuição aos municípios e às diversas instituições de saúde. A programação dos medicamentos passou para o nível central, que determinava o elenco de medicamentos e seus quantitativos a serem distribuídos aos municípios, porém sem conhecimento do perfil epidemiológico de cada localidade, e a programação era elaborada por estimativa.

Ao longo dos seus 26 anos de existência, a CEME foi o principal ator das ações relacionadas ao medicamento e à assistência farmacêutica no país. Nesse período, houve um elevado índice de produção de medicamentos essenciais, não só pelos Laboratórios Oficiais, como também, pelas empresas privadas de capital nacional. A rede dos serviços públicos ambulatoriais recebia os medicamentos adquiridos pela CEME, destinados ao uso primário, secundário e terciário da atenção à saúde⁴⁹.

Em 1987, foi realizado um diagnóstico pela CEME nos municípios, que constatou a baixa prescrição dos medicamentos distribuídos aos serviços de saúde públicos, o que configurava desperdícios consideráveis de medicamentos e de recursos financeiros e pouco conhecimento das doenças prevalentes no país, fatores que contribuíam para a ineficiência da assistência farmacêutica⁴⁹. Frente a este diagnóstico foi definida como estratégia a criação da Farmácia Básica – CEME, constituída por um kit de medicamentos para atender uma população de três mil habitantes⁵⁰.

Em 1997, a CEME foi desativada e suas atividades foram absorvidas por diferentes setores e órgãos do Ministério da Saúde (MS), pulverizando as ações para o fornecimento dos medicamentos aos municípios. Para garantir os tratamentos assistidos na atenção primária à saúde, foi criado o Programa Farmácia Básica, seguindo a mesma lógica da Farmácia Básica da CEME, que fornecia um kit de medicamentos, agora para uma população de até 21 mil habitantes, os medicamentos continuavam sendo adquiridos pelo Ministério da Saúde e eram repassados para pólos de distribuição, que eram responsáveis por atender aos municípios da região⁵⁰.

Esse processo de fornecimento de medicamentos de forma centralizada ocorreu até 1999, quando foi criado o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB)³, por meio da Portaria GM/MS nº 176/1999. Até esse momento os municípios não tinham obrigação na participação do financiamento dos medicamentos tão pouco na seleção, programação e aquisição dos mesmos. E os estados brasileiros tinham pouca participação, limitando-se à distribuição dos medicamentos aos municípios.

Foram pactuadas entre os estados e os municípios diversas estratégias, para o gerenciamento do recurso financeiro destinado para a aquisição de medicamentos, como: a centralização dos recursos nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES); a descentralização total dos recursos para os municípios; ou descentralização e centralização parciais em estados e municípios. Em alguns estados responsáveis pela aquisição dos medicamentos, houve o incentivo de produção nos laboratórios oficiais, compra centralizada nas SES ou formação de consórcio, objetivando economia de escala⁵⁰.

O primeiro passo adotado para organização da assistência farmacêutica e recebimento do IAFB foi a elaboração do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, que consistia no diagnóstico da situação de saúde do estado e dos municípios; dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis; da rede de serviço existente, de acordo com o nível de complexidade; das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos; das condições para cumprimento das boas práticas de armazenamento dos medicamentos⁵⁰.

O Ministério da Saúde, identificando que um dos problemas apresentados pelos estados e municípios era a seleção de medicamentos, que não contemplava as necessidades da

atenção primária à saúde, estabeleceu um elenco mínimo obrigatório de medicamentos a ser financiado pelo IAFB e a ser ofertado por todos os municípios⁵¹.

Como a estruturação da assistência farmacêutica nos estados e municípios era muito recente, foi implantado o programa para a área da saúde mental⁵², sendo os governos federal e estadual responsáveis pelo financiamento dos medicamentos para atender os serviços ambulatoriais de saúde mental instalados nos estados e municípios.

O Ministério da Saúde, também, em atenção ao Programa Saúde da Família (PSF) instituiu um kit de medicamentos adquiridos de forma centralizada para atender o programa. No entanto, esse kit sobrepunha-se ao elenco mínimo obrigatório⁵⁰. Essa ação acabou causando desarticulação interna da rede de saúde municipal, tendo em vista que os kits eram entregues diretamente ao PSF, sem a participação da organização central da assistência farmacêutica do município.

Ainda em processo de organização da assistência farmacêutica estadual e municipal, o Ministério da Saúde resolveu, em 2002, ofertar aos municípios um elenco de medicamentos hipoglicemiantes e anti-hipertensivos para garantir o tratamento de portadores de *Diabetes Mellitus* e hipertensão, que eram integrantes do programa de reorientação da atenção aos portadores desses agravos⁵³. As aquisições centralizadas de medicamentos eram motivadas pelo desabastecimento constante desses medicamentos nos municípios a fim de evitar que a população ficasse desassistida para o cumprimento do seu tratamento farmacológico.

Mas, em alguns municípios, que apresentavam assistência farmacêutica organizada, era relatado que havia complemento aos recursos financeiros estabelecidos no IAFB com contrapartida municipal superior ao estipulado.

Nesse contexto, em 2003, foi criada a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos⁵⁴, na qual foi instituído o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) que passou a coordenar a assistência farmacêutica no âmbito federal, atendendo às responsabilidades definidas na Política Nacional de Medicamentos, entre elas: estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo.

A partir desse momento, ações foram realizadas para suplantiar a fragmentação da assistência farmacêutica, que estava pulverizada em diferentes setores e órgãos no Ministério da Saúde. Assim, em 2005, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.105, com definição de novos valores para aquisição dos medicamentos, revogando o kit do PSF e estabelecendo valores mínimos para aquisição de medicamentos para os programas de asma e rinite; saúde da mulher; hipertensão e diabetes; alimentação e nutrição; e combate ao tabagismo⁵⁵.

As novas normas para o financiamento tinham como objetivo garantir o fornecimento dos medicamentos à população brasileira, responsabilizando os estados e municípios e fortalecendo a descentralização da execução da assistência farmacêutica. No entanto, em seguida, as normas foram reformuladas, por meio da Portaria GM/MS 2.084/2005, com alterações nas responsabilidades atribuídas aos entes federativos, tendo em vista que o Ministério da Saúde buscava a garantia do fornecimento de medicamentos para o tratamento de *Diabetes Mellitus*, hipertensão, asma e rinite e para os programas da saúde da mulher, alimentação e nutrição e para combate ao tabagismo. Todos esses medicamentos compunham o Componente Estratégico da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde. Nessa Portaria o elenco mínimo obrigatório permanece, porém com possibilidade de utilização do recurso para aquisição de outros medicamentos destinados ao tratamento dos agravos acometidos na atenção primária à saúde, com a obrigatoriedade de constarem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), vigente à época⁵⁶.

A descentralização dos recursos financeiros destinado ao Componente Estratégico poderia ser pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), permitindo a transferência de responsabilidade para aquisição dos medicamentos desse componente aos estados e municípios. Vinte e quatro estados decidiram pela descentralização do recurso para aquisição dos medicamentos hipoglicemiantes, permanecendo centralizada a aquisição de insulina, de anti-hipertensivos e medicamentos para tratamento de asma e rinite, enquanto três estados mantiveram a compra centralizada no Ministério da Saúde⁵⁰.

A vinculação de recursos por grupos de medicamentos, as compras centralizadas no governo federal e o elenco mínimo obrigatório engessavam o gerenciamento da assistência farmacêutica nos municípios. Isso porque os recursos destinados a um grupo de

medicamentos não podiam ser utilizados para aquisição de medicamentos de outros grupos e a programação centralizada para aquisição de medicamentos executada pelo DAF não correspondia às necessidades dos municípios, conforme o consumo local.

Dessa forma, o Ministério da Saúde propôs maior flexibilização da aplicação dos recursos destinados à aquisição de medicamentos, por meio da Portaria GM/MS 3.237/2007, em consonância com o Pacto pela Saúde e a Portaria GM/MS nº 204, que aumenta a autonomia de execução dos serviços de saúde pelo gestor municipal e redefine a forma de transferência de recursos financeiros federais por meio de blocos de financiamento, entre eles o bloco da assistência farmacêutica⁵⁷.

A Portaria GM/MS nº 204/2007 estabelece um bloco de financiamento para a assistência farmacêutica composto por três componentes: Básico, Estratégico e o Especializado. O Componente Básico destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos nesse nível de atenção. O Componente Estratégico tem por objetivo ofertar medicamentos para o atendimento de programas de saúde voltados para doenças transmissíveis e/ou de alto impacto na saúde da população, para o tratamento de DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, malária e outras endemias focais, bem como os imunobiológicos e insumos das coagulopatias e hemoderivados. O Componente Especializado busca a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo MS⁵⁸.

Quanto ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a Portaria GM/MS 3.237/2007 revoga o elenco mínimo obrigatório e o financiamento dos medicamentos por grupos ou programas assistidos pela atenção primária à saúde, permitindo ao gestor local a definição dos medicamentos a serem ofertados aos usuários e da programação dos mesmos para serem adquiridos de acordo com o perfil epidemiológico e o consumo local. Assim, a execução da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde assume maior caráter descentralizado, ficando apenas a aquisição centralizada da insulina e dos medicamentos e insumos para atender ao programa da saúde da mulher. Os medicamentos dos programas de alimentação e nutrição e para combate ao tabagismo foram transferidos para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica⁵⁷.

Com vistas ao avanço da assistência farmacêutica, o Ministério da Saúde propôs novas regras para o financiamento e execução, por meio da Portaria GM/MS nº 2.892/2009, na qual permite que até 15% dos recursos financeiros estaduais e municipais possa ser destinado para a estruturação da assistência farmacêutica, incluindo atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada para a qualificação dos recursos humanos para a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica⁵⁹.

Além disso, a Portaria 2.892/2009 resolve a questão de sobreposição de medicamentos entre o CBAF e o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Este passa a ser regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.891/2009, que o denomina como Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e atribui aos gestores municipais responsabilidades para a execução desse componente, por meio de medicamentos ofertados no CBAF⁶⁰. Na situação anterior a essas duas Portarias, os municípios não tinham responsabilidade pela execução do Componente Especializado, o que não permitia a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para os agravos e doenças, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde.

Até a publicação da Portaria GM/MS nº 2.892/2009, os recursos financeiros mínimos exigidos para a assistência farmacêutica eram destinados somente para aquisição de medicamentos. No entanto, o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível depende de um conjunto de ações, inclusive a estruturação dos serviços e qualificação dos profissionais.

Assim, o processo de descentralização da assistência farmacêutica tem ocorrido desde 1999, conforme as diretrizes apresentadas na Política Nacional de Medicamentos, que aponta a necessidade de ações a serem adotadas pelos gestores das três esferas de governo, com atuação em estreita parceria, para a necessidade da definição de um modelo de assistência farmacêutica orientado de modo que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos.

O governo federal crescentemente tem empregado maiores recursos financeiros para a aquisição de medicamentos em valor monetário e em relação ao orçamento do Ministério

da Saúde. Em 2003, o gasto em medicamentos foi de aproximadamente dois bilhões de reais, representando cerca de 8,0% do orçamento do Ministério da Saúde e em 2012 o gasto ultrapassou a nove bilhões de reais, que correspondeu próximo a 13% do orçamento^k, conforme os dados representados nos gráficos 01 e 02.

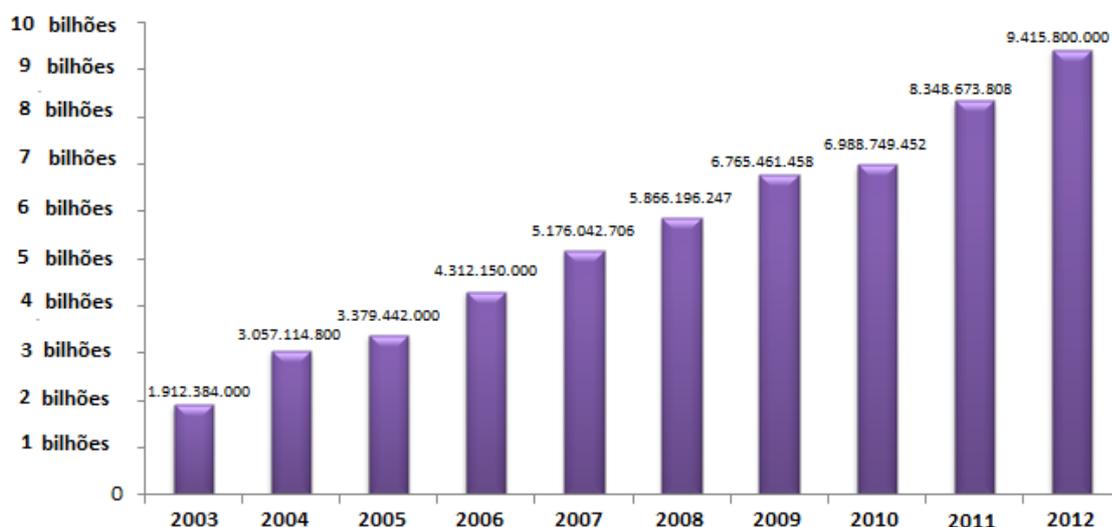


Gráfico 01: Evolução dos principais gastos com medicamentos pelo Ministério da Saúde¹. Fonte: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS)

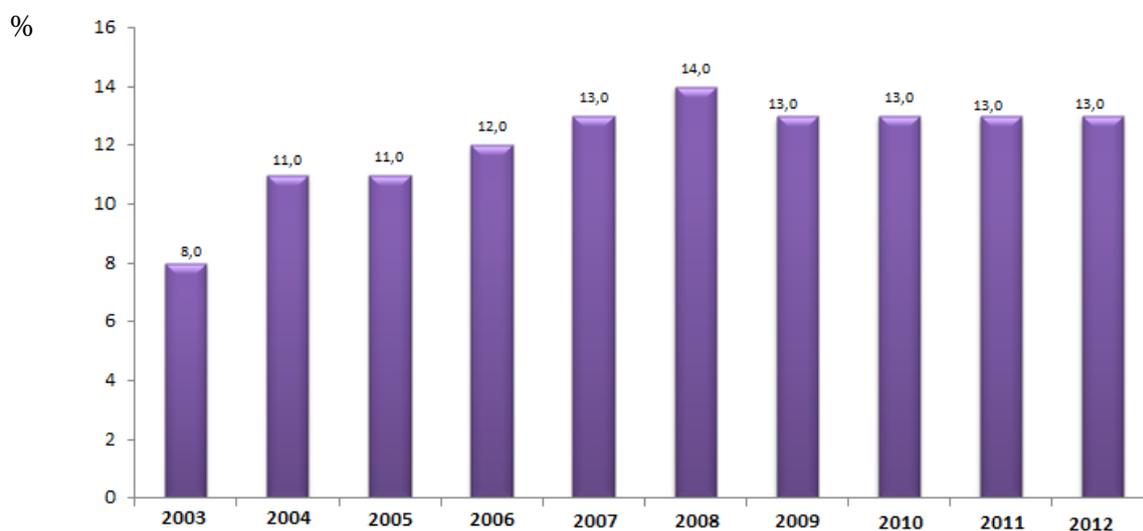


Gráfico 02: Gastos com medicamentos em relação ao orçamento do Ministério da Saúde. Fonte: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS)

^k Exposição dos dados na Oficina de Alinhamento Interno do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em Brasília, nos dias 11 e 12 de dezembro e de 2012.

¹ Não estão inclusos gastos com medicamentos oncológicos, os quais são ordenados pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Esses recursos são aplicados para aquisição de medicamentos na seguinte forma:

- a) Medicamentos regulamentados pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica, porém a aquisição de insulinas e medicamentos e insumos contraceptivos ocorrem de forma centralizada no Ministério da Saúde, e aos demais medicamentos os recursos são transferidos ao Fundo Estadual de Saúde ou ao Fundo Municipal de Saúde, conforme estipulado na Portaria GM/MS nº 4.217/2010⁶¹.
- b) Medicamentos para atender os programas de saúde, conforme o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, com aquisição centralizada.
- c) Grupo de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que estão na responsabilidade do Ministério da Saúde, conforme Portaria GM/MS nº 2.981/2009⁶⁰.
- d) Medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde por mandado judicial
- e) Programa Farmácia Popular do Brasil

Em relação aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), o crescimento dos recursos financeiros federais destinados para a execução desse componente foi influenciado pela alteração na base de cálculo, no período de 1999 a 2012, com variação de valor de R\$ 1,00/habitante/ano para R\$ 5,10/habitante/ano.

Nesse período, também, houve aumento da contrapartida estadual para a execução do CBAF, que variou a base de cálculo de R\$ 0,50/habitante/ano para R\$ 1,86/habitante/ano. Esses são os valores mínimos que devem ser repassados aos municípios. No entanto, alguns estados pactuam, na CIB, valores *per capita* superiores aos definidos na atual Portaria GM/MS nº 4.217/2010, que regulamenta a execução e financiamento do CBAF⁶¹. Também, sabe-se que os municípios aplicam valores superiores ao mínimo estabelecido na supracitada Portaria, que estabelece o valor de R\$ 1,86/habitante/ano. Mas, não há levantamento desses montantes financeiros aplicados para aquisição de medicamentos para atender os agravos assistidos na atenção primária à saúde, tão pouco quantos e/ou o perfil dos usuários que recebem os medicamentos ofertados no sistema público de saúde.

O Ministério da Saúde, também, é responsável pelo custeio das insulinas incorporadas no SUS, para tratamento dos portadores de *Diabetes Mellitus*, as quais são adquiridas e distribuídas às Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Em 2010, foram distribuídos cerca de 14,5 milhões de frascos em todo país¹⁰, conforme a demanda oficializada pelas SES. Também, como estabelecido na Portaria 421.7/2010, o Ministério da Saúde ficou com a

responsabilidade do financiamento, da aquisição e da distribuição dos medicamentos e insumos contraceptivos constantes no Programa da Saúde da Mulher.

No caso do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, o financiamento é exclusivamente do Ministério da Saúde, para aquisição de medicamentos dos programas de saúde, referentes a agravos e doenças de impacto de saúde pública, como tuberculose, hanseníase, malária e DST/AIDS. A demanda desses medicamentos tem sido atendida conforme as necessidades oficializadas pelas SES, que recebem as demandas dos municípios. No entanto, o Ministério da Saúde desconhece o consumo desses medicamentos em cada município brasileiro e o perfil dos usuários que utilizam esses medicamentos.

Quanto ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que trata do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para agravos e doenças, cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados e pelo Ministério da Saúde¹⁰, possui financiamento compartilhado entre os três entes federativos. Somente a União, em 2012, teve gasto superior a cinco bilhões de reais para a aquisição dos medicamentos desse componente. Da mesma forma, o Ministério da Saúde não possui informações sobre os valores alocados pelos estados e municípios para custear os demais medicamentos desse componente, tão pouco sobre o perfil dos usuários que utilizam esses medicamentos.

Quanto aos recursos financeiros federais transferidos ao Fundo Estadual de Saúde ou ao Fundo Municipal de Saúde, para aquisição de medicamentos destinados à Atenção Primária à Saúde, a transferência ocorre na seguinte situação:

- a) **Descentralização total:** os municípios são os responsáveis pela compra e dispensação dos medicamentos à população, recebendo os recursos do governo federal diretamente no Fundo Municipal de Saúde. Ocorre a transferência do recurso federal aos Fundos Municipais de Saúde de municípios localizados em 21 estados, além do Distrito Federal. Isso corresponde cerca de 80% do recurso federal transferido diretamente aos municípios¹⁰.
- b) **Descentralização mista:** em alguns estados, parte do recurso federal é transferida aos Fundos Municipais de Saúde e parte aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Ceará e Paraná. A aquisição dos medicamentos de alguns municípios

dos dados obtidos nesse cadastro permite ao Ministério da Saúde um panorama sobre a assistência farmacêutica no país.

- b) **Segunda fase:** Assinatura do Termo de Adesão, um documento que formaliza a adesão dos municípios e dos estados ao HÓRUS e define as atribuições que competem ao DAF, representante da esfera federal para executar o termo, e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Ao Ministério da Saúde compete disponibilizar o *software* gratuitamente aos municípios, bem como realizar manutenção e mudanças evolutivas sugeridas pelos usuários do *software* e suporte técnico. Às Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde competem a aquisição dos requisitos mínimos para a implantação do HÓRUS e o custo pela capacitação aos profissionais.

- c) **Terceira fase:** Participação na capacitação para utilização do HÓRUS, que foi desenvolvida a partir de estratégias pedagógicas contendo atividades teóricas e práticas para habilitar os profissionais a implantar o *software* e utilizá-lo. As atividades práticas são realizadas em um ambiente de treinamento que contém as mesmas funcionalidades do ambiente de produção. As capacitações se iniciaram de forma presencial e passaram a serem ofertadas na modalidade à distância, sem limite de vagas por município, o conteúdo apresentado está estritamente relacionado às funcionalidades do *software*, com apresentação tela a tela e de todos os campos a serem preenchidos. Os participantes tem o período de três semanas para visitar todo o conteúdo e a eles estão ofertados fóruns, exercícios de fixação e tarefas avaliativas para a fixação dos conteúdos. Durante esse período, os tutores fazem correção das tarefas avaliativas, respondem as dúvidas nos fóruns e envia mensagens para incentivo ao estudo.

- d) **Quarta fase:** Disponibilização e implantação do HÓRUS, que consiste na liberação da senha do ambiente de produção para o responsável pela implantação do HÓRUS no município.

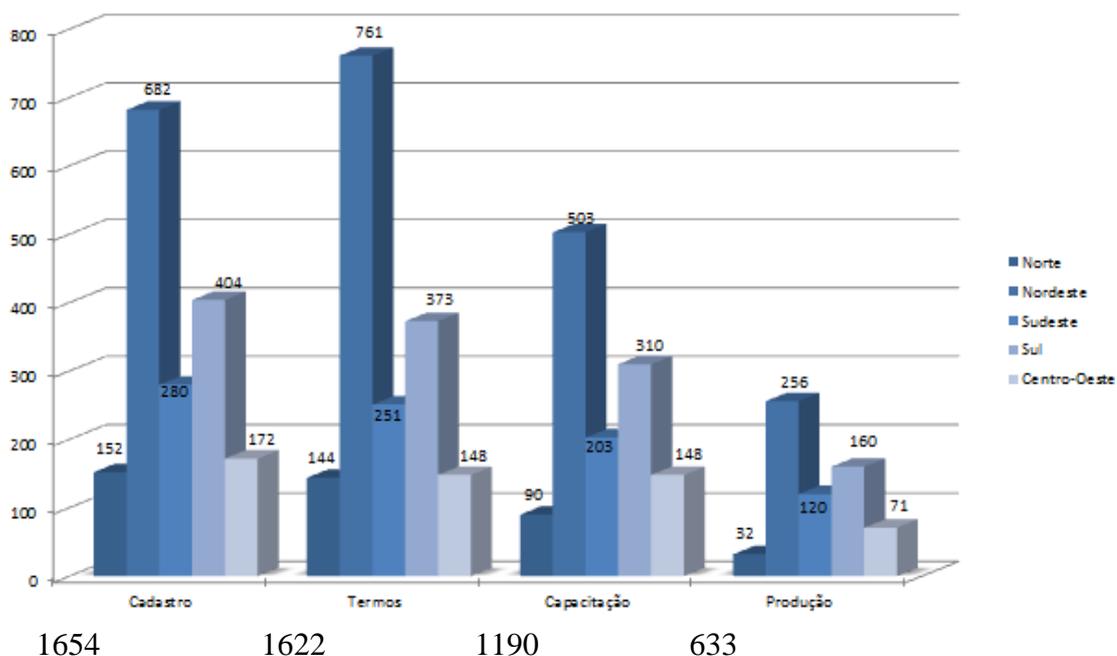


Gráfico 03: Fases para implantação do HÓRUS executadas pelos municípios brasileiros, dezembro de 2012. Fonte: Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica – CGAFB/DAF/SCTIE/MS

Mediante o envio de cadastro de adesão preenchido por 1.654 municípios, até dezembro de 2012, o DAF passou a ter dados sobre a estrutura dos serviços de assistência farmacêutica nos municípios, conforme demonstrado nos gráficos 04 e 05.

O gráfico 04 revela que cerca de 50% dos municípios não possuem ambiente climatizado, não realizam controle de temperatura nos locais de armazenamento de medicamentos e próximo a 84% dos municípios não realizam controle de umidade nesses locais. Além disso, perto de 58% dos municípios não realizam controle de estoque. Esses dados remetem às condições inadequadas, para armazenamento dos medicamentos e controle de estoque inexistente ou ineficiente, apontadas pelos diagnósticos apresentados pelo TCU e pela CGU.

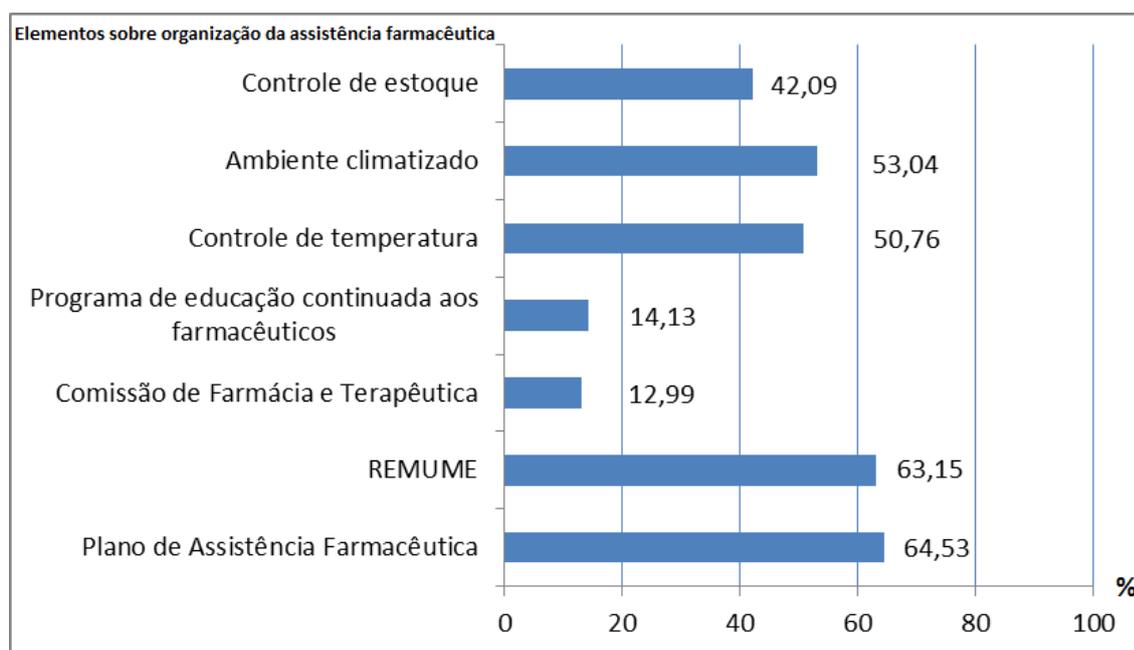


Gráfico 04: Percentual de municípios que responderam o Cadastro de Adesão ao HÓRUS quanto à existência de alguns elementos da organização da assistência farmacêutica. Respostas sobre a estrutura e procedimentos nos almoxarifado de medicamentos e/ou farmácias do SUS pelos municípios que responderam o cadastro de adesão ao HÓRUS até abril de 2012. Fonte: Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica – CGAFB/DAF/SCTIE/MS (n=1.654)

O gráfico, também, informa que mais de 87% dos municípios não possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e cerca de 37% dos municípios não elaboraram a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, o que indica falha na seleção dos medicamentos, como também, apontado nos diagnósticos dos órgãos de controle.

Observa-se a inexistência de plano de assistência farmacêutica em cerca de 35% dos municípios e pouco investimento na educação continuada aos profissionais farmacêuticos. Essas duas constatações estão em desacordo com o proposto pelo Ministério da Saúde, para o fortalecimento das ações de serviço de saúde. A Portaria 4217/2010⁶¹, em seu Artigo 14, dispõe que “as ações, serviços e recursos relacionados à Assistência Farmacêutica deverão constar nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão)”. O Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúdeⁿ, com o objetivo de transformar as

ⁿ A Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

práticas profissionais e a própria organização do trabalho, para que sejam estruturadas a partir da problematização do processo de trabalho, por meio de mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

Quanto aos sistemas de informação utilizados pelos municípios, percebe-se que a maioria dos municípios não registram as dispensações, bem como há pouco cadastro dos usuários que utilizam os medicamentos. Também, há pouco registro de dispensação dos medicamentos adquiridos por mandado judicial por grande maioria dos municípios que utilizam sistema de informação.

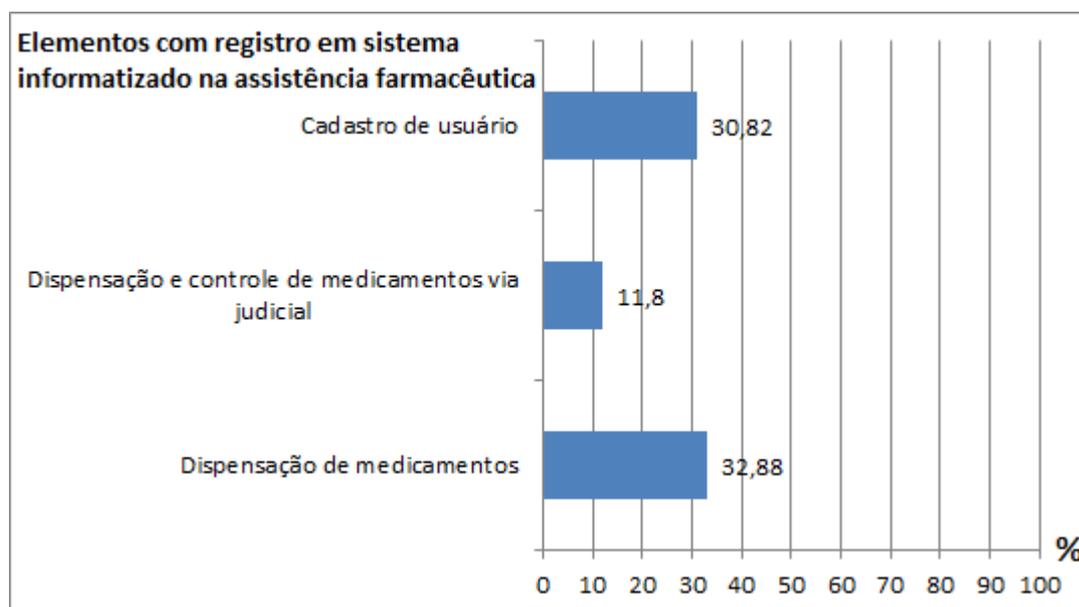


Gráfico 05: Percentual de municípios que responderam o Cadastro de Adesão ao HÓRUS quanto aos registros de alguns elementos em sistemas informatizados utilizados na assistência farmacêutica. Respostas sobre procedimentos nos almoxarifado de medicamentos e/ou farmácias do SUS pelos municípios que responderam o cadastro de adesão ao HÓRUS até dezembro de 2012. Fonte: Coordenação

Geral de Assistência Farmacêutica Básica – CGAFB/DAF/SCTIE/MS (n=1.654)

Até dezembro de 2012, foram 1.654 municípios que cumpriram as três primeiras etapas para implantação do HÓRUS e pouco mais de 600 municípios solicitaram a senha para acesso ao *software*. Mas, há constatação mesmo após o recebimento da senha que alguns municípios não tem utilizado o *software*. Isso é identificado na fase de monitoramento que a equipe da CGAFB realiza trimestralmente, visando conhecer e buscar soluções junto aos municípios para as possíveis dificuldades presentes no processo de implantação do HÓRUS. Nesse processo são avaliados os seguintes aspectos:

- a) Quantidade de municípios que realizaram a adesão ao sistema;
- b) Quantidade de municípios que realizaram a capacitação;
- c) Dificuldades de implantação do sistema nos municípios e estados;
- d) Dificuldades de operacionalização das funcionalidades do sistema.

Os relatos recebidos na CGAFB^o sobre as dificuldades para a implantação do HÓRUS são:

- a) Falta de conexão à internet;
- b) Falta de estrutura física, equipamentos e mobiliários;
- c) Dificuldades na utilização das funcionalidades pelos profissionais que operam o sistema;
- d) Falta de apoio do gestor;
- e) Dificuldade na organização do processo de trabalho;
- f) Resistência dos profissionais;
- g) Registro incorreto dos dados.

6.1.1 O uso do HÓRUS no registro das dispensações

Quando o HÓRUS é implantado em um município que possui mais de um local de dispensação na rede de saúde, o uso do sistema inicia no estabelecimento responsável por distribuir medicamentos para os demais que compõem a rede. Então, a saída rotineira que ocorre nesse estabelecimento é distribuição, que se define como o “suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno”, conforme citado pelo Ministério da Saúde⁶².

^o Dados ofertados pela Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde – CGAFB/DAF/SCTIE/MS

O uso do HÓRUS nas farmácias do SUS foi escolhida para este estudo, tendo em vista que cerca de 20% dos municípios brasileiros reúne até cinco mil habitantes^P. Essa configuração pressupõe mais de 1.300 municípios brasileiros possuem apenas um local de dispensação de medicamentos nos serviços de saúde municipal. Sendo assim, esses municípios ao implantar o HÓRUS necessitam obrigatoriamente iniciar com o registro das dispensações.

O número de municípios com apenas uma farmácia pode ser superior ao pressuposto e assim esses municípios possuem grande expressividade para o uso do HÓRUS. Portanto, é de grande importância que ações sejam adotadas para que o sistema seja efetivamente utilizado no registro de dispensação, para que não fique restrito o uso do HÓRUS na central de abastecimento farmacêutico e/ou almoxarifados com os registros de entradas e distribuições.

O uso do HÓRUS para registro das dispensações exige alguns cadastros e registros prévios e condutas para que os dados possam ser expressos em relatórios que reflitam os dados dos serviços executados. O esquema representado na figura 05 apresenta os elementos relacionados ao registro das dispensações e a seguir estão descritos as funcionalidades de cada elemento.

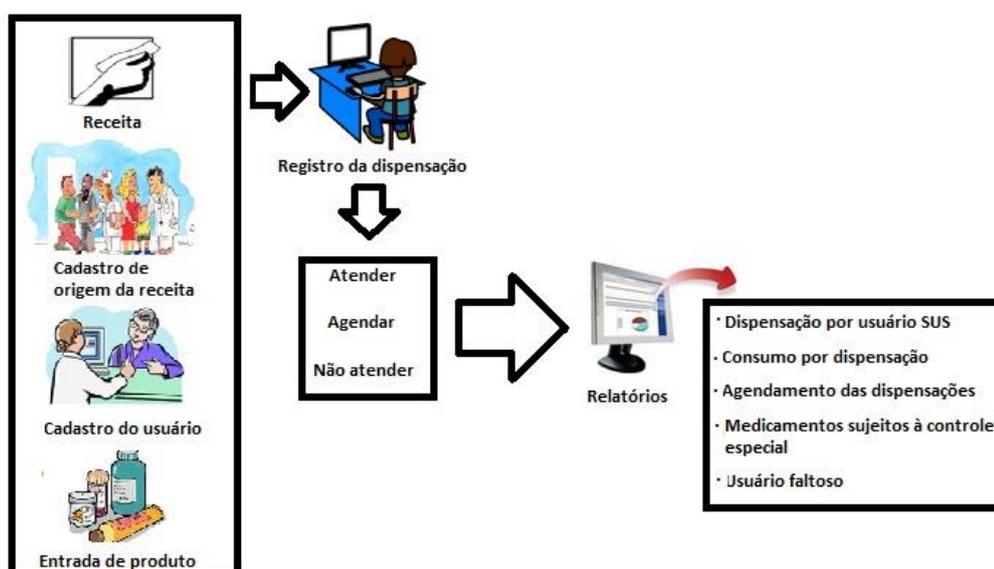


Figura 05: Elementos relacionados ao processo de registro de dispensação no HÓRUS. Fonte: Figura elaborada pela autora desta dissertação

^P Dados consultados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

a) Cadastros de Usuário SUS

Antes de iniciar os registros das dispensações, é preciso realizar o cadastro de usuários no HÓRUS, que compreende o registro dos dados pessoais. O nome completo, a data de nascimento, o sexo e o nome da mãe e endereço são os dados obrigatórios. Além desses dados, o sistema permite a inclusão de outros complementares, inclusive informar em qual programa de saúde o usuário é assistido.

No cadastro pode ser utilizado o número do Cartão SUS, que ao digitá-lo no HÓRUS os dados pessoais são importados, assim alguns dados complementares podem ser digitados, caso os profissionais julguem necessário para a identificação do usuário. Algumas regras precisam ser definidas e adotadas, como a exigência de comprovante de residência e apresentação dos documentos de identificação pessoal, para evitar o registro incorreto dos dados e também duplicidade de cadastro. Realizado o cadastro de usuário SUS, ele é visualizado nacionalmente, ou seja, o registro da dispensação em cada ponto do país pode ser resgatado para o histórico das dispensações.

b) Cadastros de origem e subgrupo de origem de receita

Outros cadastros necessários, antes de iniciar os registros das dispensações, são quanto à origem da receita, o que permite no momento da dispensação a inclusão da informação sobre a procedência da receita, que pode ser detalhadamente definida em duas camadas, primeiramente de forma mais ampla, como exemplo rede de saúde municipal, e em segunda camada de forma específica, como exemplos: pronto atendimento, centro de referência e equipe de saúde da família.

O cadastro de origem de receita é municipal, ou seja, cada município estabelece as nomenclaturas de origem conforme o seu interesse em obter informações para a sua necessidade local. Essa definição precisa ser em conjunto com o gestor e os profissionais de saúde, para que essas informações tenham valia para a tomada de decisões, considerando que os recursos federais e estaduais para aquisição de medicamentos possuem somente como base de cálculo a população do município.

A questão da procedência possui grande relevância devido ao impacto orçamentário para atender a demanda por medicamentos no município. Em 2011, o Decreto nº 7.508/2011 traz essa questão⁶³, uma vez que a Lei 8080/90 não esclarecia sobre o assunto. O Decreto, em seu Artigo 28, dispõe:

“O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1o Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2o O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado”.

Em seguida, o Ministério da Saúde, na Portaria GM/MS nº 2.928/2012⁶⁴, define:

“Art. 1º - Esta Portaria dispõe sobre os §§ 1º e 2º do art. 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que versam sobre a possibilidade dos entes federativos ampliarem o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública a justifiquem, e a competência do Ministério da Saúde de estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 2º - Para os fins do disposto no art. 1º, poderão ser aceitas documentações oriundas de serviços privados de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desde que respeitadas as regulamentações dos Componentes da Assistência Farmacêutica definidas pelo SUS e as pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB)”.

Essa informação da procedência das prescrições, no registro das dispensações no HÓRUS, pode auxiliar os gestores na definição dos recursos necessários para atender a demanda local que ultrapassam a estimativa dos valores de acordo com a população.

c) Entrada de produto

Somente há registro de dispensação no HÓRUS se houver entrada de produto no *software*. A primeira entrada pode ser em relação ao inventário do estoque existente na farmácia, nesse caso é o saldo de implantação, ou a entrada por meio de uma distribuição realizada pela CAF/almoxarifado de medicamentos.

Todos os produtos para saúde e medicamentos contidos no HÓRUS foram cadastrados pelos técnicos da CGAFB, que utilizam a nomenclatura da Denominação Comum Brasileira (DCB) e o código de Catálogo de Materiais (CATMAT). Esse código é gerado pelo Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG) do Ministério do Planejamento. A utilização de um código unificado para todos os produtos permite a troca de informação entre diversos sistemas. Além disso, também é utilizada a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), que permite estudos sobre utilização de medicamentos, uma vez que essa classificação identifica o medicamento por grupo anatômico, farmacológico, terapêutico e químico.

Na entrada dos produtos é preciso somente selecioná-los ou caso não esteja previamente cadastrado no HÓRUS, os profissionais necessitam solicitar a equipe da CGAFB o cadastro no *software*. Qualquer medicamento pode ser incluso no HÓRUS, desde que tenha registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ou medicamentos que foram manipulados em farmácias magistrais.

d) A prescrição

O registro da dispensação inicia com a apresentação da prescrição medicamentosa ao profissional da farmácia que irá atender o usuário. No HÓRUS, os campos a serem preenchidos para o registro das dispensações estão em conformidade com as legislações vigentes.

Após a escolha do medicamento mais indicado para atender às necessidades do usuário, o prescriptor precisa definir a posologia, bem como a duração do tratamento ou estabelecer o retorno do usuário ao serviço para nova avaliação. Assim, na tela de dispensação ao informar a posologia, o sistema calcula o quantitativo de medicamento que precisa ser

dispensado, prevenindo dispensação de quantidade insuficiente ou em demasia para o cumprimento do tratamento.

Dessa forma, expressões, como “uso prolongado”, “uso contínuo”, “se dor”, “ se febre”, “quando necessário”, precisam ser transcritas em forma numérica para o cálculo do quantitativo de medicamento a ser dispensado. Assim, normas para a escrita da prescrição e o registro das dispensações precisam estar definidas, em conformidade com as legislações, e divulgadas aos profissionais de saúde. Essas ações são necessárias para que o atendimento nas farmácias ocorra sem comprometimento da agilidade e qualidade do serviço.

e) O registro da dispensação

O profissional da farmácia, de posse da receita e com acesso a tela da dispensação, inicia a busca do usuário SUS e a seleção da origem e subgrupo de origem de receita. As informações sobre os produtos prescritos são registradas em seguida, inclusive quanto aos dados da posologia: a dose por administração; o número de administrações diárias; e o tempo de tratamento prescrito. Finalizados esses registros, o profissional tem três opções a seguir:

- **Atender** – compreende na dispensação da quantidade total para o cumprimento de todo o tratamento. Essa ação é rotineiramente utilizada para tratamento de curto prazo, inferior a 30 dias, ou na dispensação de medicamentos submetidos ao controle especial da Portaria 344/98, que define regras específicas para esse grupo de medicamentos.
- **Agendamento** – utilizado na dispensação de medicamentos para tratamento superior a 30 dias, nessa situação, muitos municípios disponibilizam o medicamento mensalmente ao usuário até a conclusão do tratamento ou nova avaliação pelo prescritor. O agendamento também é muito utilizado no caso da indisponibilidade do medicamento no momento em outra data. Esse processo de agendamento também precisa ser planejado antes de iniciar o registro das dispensações.
- **Não atender** - além do atendimento e do agendamento da dispensação, também, é permitido o registro do não atendimento, seja por falta de estoque, que gera a demanda não atendida; pelo medicamento não ser

disponibilizado/padronizado no serviço de saúde; por alteração de tratamento ou pelo usuário não ter retornado à farmácia para receber o medicamento.

Os registros das dispensações precisam ocorrer de forma padrão por todos os profissionais dos municípios, para que as informações geradas contribuam para a qualificação da assistência farmacêutica, seja auxiliando na programação e no acompanhamento da utilização dos medicamentos.

f) Relatórios

Com o registro da dispensação cinco relatórios podem ser emitidos pelo HÓRUS:

- **Medicamentos Sujeitos ao Controle Especial** – gerado a partir do atendimento das dispensações, entradas e saídas de medicamentos submetidos ao controle especial pela Portaria 344/98, permite a escrituração eletrônica, em substituição à manual.
- **Usuário faltoso** – também gerado a partir do agendamento das dispensações, possibilita identificar os usuários que receberam agendamento da dispensação e não compareceram na farmácia para receberem a quantidade restante para a continuidade do tratamento. Com essa informação facilita o profissional de saúde realizar a busca ativa para verificar o motivo que levou o usuário a interromper o tratamento.
- **Agendamento das dispensações** – também gerado a partir do agendamento das dispensações. Nesse relatório são apresentados os medicamentos agendados, bem como a quantidade e data das próximas dispensações, dados que auxiliam a programação para o abastecimento da farmácia.
- **Consumo por dispensação** – após o registro dos atendimentos, esse relatório contém os medicamentos que foram dispensados em um determinado período e a quantidade, o que permite conhecer o perfil dos medicamentos dispensados e o cálculo do consumo médio mensal. Esses dados auxiliam a programação para a aquisição dos medicamentos.
- **Dispensação por usuário**- fornece o histórico de consumo de medicamentos dos usuários atendidos, bem como a produção gerada na farmácia pelo número de atendimentos, por usuários, por programa de saúde, por origem de receita e por medicamento.

6.2 Resultados da pesquisa de campo

A pesquisa de campo em todos os municípios de estudo constatou que não há uniformidade da execução da assistência farmacêutica. Isso porque esse serviço acaba acontecendo em locais que possuem diversidades aos recursos humanos, aos recursos estruturais tanto de infraestrutura quanto de equipamentos e mobiliários e quanto aos dos recursos financeiros aplicados nesse serviço. O território do município também influencia na organização dos serviços farmacêuticos, há município que possuem grande população rural em relação à população urbana, há municípios que há grande concentração urbana e há outros que a população urbana está alocada na extensão do território do município, dependendo do tamanho do território do município. Então, observa-se que em alguns municípios há centralização da dispensação dos medicamentos e em outros municípios a dispensação ocorre em todas as unidades de saúde da rede municipal.

6.2.1 Número de unidade de dispensação/ número de farmacêutico

Nos seis municípios em que ocorreu a pesquisa de campo, foi perguntada a quantidade de farmácias existentes na rede de saúde municipal, quantos farmacêuticos trabalham exclusivamente na assistência farmacêutica e se há o profissional farmacêutico em todas as farmácias da rede de saúde municipal.

A razão ≤ 1 entre o número de farmácias e o número de farmacêuticos foi identificada em dois municípios, sendo que em um município há uma farmácia e no outro há duas. No município que a razão é menor que 1 é justificada pela centralização da dispensação, que ocorria em quatro farmácias e passou a ser em uma farmácia. Nos demais municípios, essa razão varia de 2 a 5, ou seja, em municípios em que há várias farmácias na rede de saúde, não há presença de farmacêutico em todas as farmácias.

Foi observado que nas farmácias sem a presença do profissional farmacêutico, há profissionais de diversas categorias com atribuição de entregar os medicamentos à população. Alguns municípios possuem cargo de auxiliar de farmácia no quadro funcional da Prefeitura, mas quando isso não ocorre, os profissionais que executam esse serviço são auxiliares de enfermagem, administrativos, entre outros. No entanto, em alguns municípios há profissionais trabalhando nas farmácias que, também, possuem outras atribuições dentro

da unidade de saúde, como exemplos: marcação de consultas, aplicação de vacinas e serviços de enfermagem, como medição de temperatura corporal e pressão arterial.

Além disso, não há uniformidade do número de profissional para o número de atendimento diário nas farmácias. Há farmácias que possuem um profissional para 300 atendimentos diários, em média, e há situação que há três profissionais para o mesmo número de atendimentos.

Diante dessas diferenças do emprego de profissionais nas farmácias, foi relatado em um dos municípios de estudo que houve centralização da dispensação na farmácia central após a implantação do HÓRUS. Por não existir o cargo de auxiliar de farmácia na Prefeitura desse município, havia muita rotatividade de funcionário nas quatro farmácias da rede de saúde e, assim, dificultava a padronização dos registros das dispensações. Então, essa centralização das dispensações propiciou o melhor uso do *software* e favoreceu a fixação dos funcionários treinados na farmácia central. Não foi avaliado se a centralização foi benéfica ou não aos usuários, considerando o deslocamento dos usuários até a farmácia localizada no centro da cidade.

Em outro município, houve interrupção do uso do HÓRUS, pelo mesmo motivo de falta de recurso humano específico para as atividades da farmácia e pelo número insuficiente de funcionários para o registro das dispensações, de acordo com o número de atendimentos diários. Esses fatores dificultam o registro das dispensações no HÓRUS, uma vez que o tempo de atendimento com o uso do *software* aumenta devido à necessidade de registros de dados que anteriormente não eram coletados.

Apenas o município que possui uma farmácia conseguiu implantar o HÓRUS e usá-lo em toda a sua plenitude com o registro de dispensação de todos os medicamentos ofertados à população. Nos demais municípios onde não há a presença do profissional farmacêutico em todas as farmácias da rede de saúde municipal, não houve expansão da implantação do *software* para todas as farmácias da rede de saúde municipal. Apesar de todos os municípios em estudo estarem utilizando o HÓRUS há mais de seis meses.

Quando o questionamento foi sobre as dificuldades para a implantação do HÓRUS em todas as farmácias, os motivos mais citados foram a falta ou insuficiência de recursos humanos e dificuldade para conexão à internet nos estabelecimentos. Em dois municípios

foi apontado que a falta, especificamente, do profissional farmacêutico nas farmácias dificulta o uso do HÓRUS, tendo em vista que o registro das dispensações requer dados que muitas vezes não estão de forma clara nas prescrições.

6.2.2 Número de farmácias no município

Na entrevista foram realizadas perguntas sobre a quantidade de farmácias presentes na rede de saúde municipal e o número de farmácias nas quais foi implantado o HÓRUS. Foram consideradas farmácias todos os locais que fornecem medicamentos aos usuários para tratamento domiciliar, mesmo na falta de aspectos legais que definam esses locais como farmácia,

O número de farmácias na rede de saúde municipal dos municípios de estudo varia de 01 a 27. Foi observado que em municípios onde há mais de duas farmácias, não foi implantado o HÓRUS em todas as farmácias da rede. Em dois municípios foi interrompido o uso do *software* para registro de dispensação, assim, seu uso está restrito ao almoxarifado. Em um dos municípios, foi relatado que esse fato deve-se a falta de recurso humano e, no outro município, devido à dificuldade em interoperabilizar o HÓRUS com outro sistema utilizado na Prefeitura para o controle contábil.

O farmacêutico entrevistado relata que a forma de transmissão de dados do HÓRUS para outro sistema não está prática e não assegura a transmissão de todas as informações, por depender do comando manual referente a todos os registros e saídas de medicamentos no HÓRUS. A partir desse comando manual é gerado um arquivo XML para que o outro sistema capte os dados necessários. Ele relata que sem a solução dessa questão de interoperabilidade para o uso do HÓRUS, haveria o registro dos mesmos dados no sistema contábil, o que seria totalmente inviável e desnecessário.

Nos demais casos onde não há implantação do HÓRUS em todas as farmácias da rede, foram relatados vários motivos para essa situação: primeiramente pela falta ou insuficiência de conectividade à internet e em segundo pela falta de recurso humano. A estrutura física da farmácia inadequada, a falta ou insuficiência de equipamentos e de mobiliários, também, foram fatores citados que impediram o uso do HÓRUS. Foi

mencionada que a localização da farmácia, como exemplo zonas rurais, inviabiliza a conectividade à internet.

6.2.3 Equipamentos e conexão à internet

Não foi realizado diagnóstico sobre a quantidade de equipamentos e disponibilidade de internet em todas as unidades de dispensação dos municípios selecionados para a pesquisa de campo, mas foi questionado se esses fatores influenciaram na expansão do uso do HÓRUS em todas as unidades.

Em três municípios, os profissionais entrevistados relataram que a falta desses recursos nas unidades de dispensação era realidade e que era impeditivo para o uso do HÓRUS para o registro de todas as dispensações de todos os medicamentos em todos os locais de dispensação. No entanto, em um dos municípios em estudo esses recursos estão providos, mas por falta de recurso humano que não houve a expansão da implantação do HÓRUS. Nos municípios de pequeno porte, não houve dificuldade em adquirir esses recursos.

6.2.4 Divulgação da implantação do HÓRUS ao Conselho Municipal de Saúde

Entendendo sobre a importância da participação social em todas as ações planejadas para a execução e qualificação dos serviços em saúde, foi questionado se houve o comunicado ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) sobre a implantação do HÓRUS e, se houve, qual foi a participação desse órgão.

Nos municípios em estudo, dois fizeram a comunicação da implantação do HÓRUS nas farmácias ao CMS, mas, nos demais quatro isso não ocorreu. No entanto, em nenhum dos municípios houve alguma forma de participação do CMS para auxiliar a implantação.

6.2.5 Execução da implantação do HÓRUS por diversos atores

Foram realizados alguns questionamentos relacionados à prescrição, à dispensação, ao cadastro de usuário no HÓRUS, às definições de origem de receita, ao uso de relatórios emitidos pelo HÓRUS, para a identificação da participação dos atores envolvidos na implantação e no uso do *software*.

Diante das respostas, percebe-se que há pouco envolvimento de outros profissionais além do farmacêutico no processo de implantação do HÓRUS. Em apenas um município houve o envolvimento direto do Secretário Municipal de Saúde para definições de padrões para o sistema de informação. Houve até relato de inacessibilidade ao gestor em alguns municípios. Em apenas dois municípios, os prescritores foram informados sobre a implantação do HÓRUS. Em todos os municípios houve apoio de técnicos de informática para instalação e configuração dos computadores, mas em nenhum município esse profissional teve envolvimento na capacitação aos profissionais que utilizariam o sistema.

Em um município houve o relato de envolvimento de outros setores da Secretaria Municipal de Saúde no processo da implantação do HÓRUS, com envolvimento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Cartão Nacional de Saúde (CNS), com participação expressiva de técnicos de informática e demais profissionais de saúde, bem como do acompanhamento do Secretário Municipal de Saúde em todas as etapas da implantação. Nesse município há uma farmácia que registra todas as dispensações de todos os medicamentos ofertados pelo serviço de saúde municipal no HÓRUS e há outra farmácia que utilizará outro sistema para esse fim devido o programa estabelecido no estado.

A grande parte dos municípios tem utilizado o relatório de posição de estoque, de histórico de dispensações, de saída de medicamentos por dispensação e relatório para a escrituração eletrônica⁹ dos medicamentos submetidos ao controle especial da Portaria 344/98. Mas, os relatórios de agendamento de dispensação, de usuários faltosos e de consumo por dispensação são pouco consultados, conforme as respostas dos entrevistados. A pequena ou ausente participação dos diversos atores tem repercussão no uso das informações, identificado nas respostas dos questionamentos da entrevista quanto ao uso dos relatórios obtidos após os registros das dispensações e seus agendamentos.

Nos questionamentos sobre o uso dos relatórios gerados pelo HÓRUS, foi unânime o uso do relatório de posição de estoque. Alguns profissionais relataram o uso do relatório de dispensação por usuário, para obter o histórico das dispensações e alguns utilizam o relatório de movimentação dos medicamentos submetidos ao controle especial da Portaria

⁹ O registro de medicamentos sob controle especial no HÓRUS é uma parceria entre o DAF/MS e a ANVISA, por meio do Extrato de Cooperação Técnica. Diário Oficial da União, 16 de setembro de 2011; Poder Executivo, Seção 3.

344/98, que substitui a escrituração manual. Mas, quanto aos demais relatórios, houve relato de pouca utilidade, que foi justificada pela lentidão para a emissão de alguns relatórios. No entanto, foi constatado que o uso de informações de alguns relatórios contidos no HÓRUS não fazia parte da rotina dos serviços nas farmácias dos municípios, como exemplo: o relatório de usuário faltoso.

6.2.6 Organização de fluxo de trabalho e elaboração de procedimentos operacionais

Dependendo do número de atendimentos diários na farmácia, a divisão de trabalho é uma estratégia importante para agilidade do atendimento, sem comprometimento da qualidade da dispensação. A elaboração de procedimentos operacionais para que um padrão de registro de dispensações ocorra por todos os funcionários que realizam esses registros viabiliza a consolidação dos dados que possam permitir o estudo da utilização dos medicamentos, bem como acompanhamento de sua utilização.

Durante as entrevistas foi questionado sobre a existência ou não de critérios para o cadastro de usuário no HÓRUS; a conduta usada em caso de quedas de energia e de conectividade à internet; orientações quanto à escrita das prescrições, às regras de dispensações; o uso de uma planilha padrão para o inventário e o uso dos relatórios. A observação participante no momento do registro das dispensações auxiliou na identificação do uso de procedimentos padrões e como eles foram executados.

Em quatro municípios do estudo não havia regras de dispensação oficializadas antes do uso do HÓRUS. Essas regras passaram a ser divulgadas na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), em forma de cartilha, ou por ofício ou por Portaria Municipal.

Em nenhum dos municípios foi elaborado procedimento operacional padrão (POP) para o registro das dispensações. Foi constatado que a falta de padronização de registros ocasionou em muitas situações acúmulos de agendamento de dispensações, por não haver continuidade do agendamento já registrado e, assim, houve registros repetidos de agendamento da mesma prescrição. Isso foi identificado quando foram emitidos relatórios de usuários faltosos e agendamentos de dispensação, que geraram inúmeras páginas, assim,

ficaram comprovados que alguns usuários tinham vários agendamentos do mesmo medicamento para mesmo período de tempo.

Um dos municípios entrevistado adota a retenção da segunda via da receita e as separa por procedência do atendimento ao usuário, uma vez que esse município possui divisa com diversos municípios e as áreas urbanas são próximas. Então, mesmo após a interrupção dos registros das dispensações, essa informação passou a ser padronizada nas farmácias da rede de saúde municipal, considerando que os recursos financeiros são calculados somente pela base populacional.

6.2.7 Experiência anterior com a utilização de sistema informatizado

Em três dos municípios do estudo, os farmacêuticos tiveram contato com outro sistema informatizado em farmácias, tanto em drogarias quanto na rede pública de saúde. Esses profissionais tiveram maior percepção sobre as dificuldades estruturais, tanto de espaço físico quanto de equipamentos, e de recursos humanos para o uso do HÓRUS. É preciso que seja realizado uma estimativa da necessidade de equipamentos e de recurso humano para o registro de dispensação, de acordo com o número de atendimento diário. Muitas vezes, é preciso aumentar o quadro funcional da farmácia e com isso, às vezes, redimensionar o tamanho da farmácia, considerando os espaços de espera e de atendimento.

Nos dois municípios que houve interrupção do uso do HÓRUS para registro de dispensação, os farmacêuticos tinham experiência anterior com sistema de informação. Isso indica que a experiência anterior não é fator relevante para a implantação do HÓRUS, mas sim as condições para o uso do *software*, como espaço físico adequado, equipamentos, conectividade à internet e recurso humano. No entanto, foi percebido que os farmacêuticos com experiência anterior a outros sistemas tinham maior crítica sobre o HÓRUS, quanto à segurança de informação e à necessidade do envio de todos os dados registrados no município ao servidor central, no sentido de haver filtro de dados e informações para armazenamento no banco de dados central.

A maioria dos entrevistados questionou sobre a oferta do HÓRUS somente em plataforma *web*, o que dificulta o uso do *software* em locais que não possuem alcance de internet com

velocidade suficiente ou sem algum acesso. Foi mencionada a experiência com o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados⁴⁶ (SNGPC), sistema de informação usado nas drogarias e farmácias privadas para a escrituração dos medicamentos submetidos ao controle especial da Portaria 344/98, desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para receber os dados desses medicamentos. Nessa situação os sistemas de informação utilizados nesses estabelecimentos podem funcionar sem o uso da internet, assim, a conexão à internet é preciso somente para o envio dos dados. Diferentemente como ocorre para o uso do HÓRUS que exige a conexão à internet em tempo integral durante o registro das dispensações.

6.2.8 Grupo de medicamentos escolhidos para o registro das dispensações

A maioria dos municípios em estudo iniciou o registro das dispensações por um determinado grupo de medicamentos. O grupo mais citado foi aquele destinado ao tratamento dos agravos acometidos na saúde mental. Isso tem uma explicação pelo fato do HÓRUS emitir o livro eletrônico para escrituração dos medicamentos submetidos ao controle especial da Portaria 344/98, o que otimiza o tempo do profissional, que necessitava realizar a escrituração manual, considerando a obrigatoriedade da escrituração.

Outro grupo bastante citado foi dos medicamentos adquiridos por mandado judicial, que pode ser justificado pelo fato dos grandes gastos impostos em consequência da aquisição com caráter de urgência, tendo em vista que essa situação implica na dispensa de licitação, de acordo com a Lei 8.666/93, na categoria de urgência de atendimento, mediante o curto prazo que o Poder Judicial estabelece para a aquisição dos medicamentos. Isso tem causado aumento dos gastos com a aquisição dos medicamentos devido ao elevado preço do medicamento comprado nessa condição.

Os entrevistados relataram que o uso do HÓRUS tem auxiliado a gestão desses medicamentos, bem como a identificação, de forma rápida e segura, de todos os usuários que receberam os medicamentos adquiridos por mandado judicial, bem como aqueles que não retornaram ao serviço de saúde para receber os medicamentos. Foi relatado que uma parcela considerável de usuários não se apresenta nas farmácias municipais para receber o medicamento. Isso tem gerado gastos desnecessários, tendo em vista que muitos

medicamentos solicitados não possuem utilidade para outros usuários e possuem prazo de validade que não permite o estoque por muito tempo.

Somente os municípios menores que possuem uma ou duas farmácias expandiram o registro de todas as dispensações para todos os medicamentos. Porém, em um dos municípios foi relatado que em momentos de grande número de atendimento havia o registro único do montante de quantidade dos medicamentos, sendo assim, não havia identificação da quantidade dispensada para cada usuário. Isso ocorria para não haver aumento de espera de atendimento e por consequência aumento da fila de espera, que tumultuaria os demais atendimentos da unidade de saúde.

Nesse momento, todos os entrevistados mostram-se preocupados com o aumento do consumo do medicamento omeprazol e possuem expectativas de levantar dados para o debate sobre essa questão junto aos demais profissionais de saúde.

6.2.9 Estratégia para o cadastro de usuário execução da implantação em equipe

Várias estratégias foram relatadas para o cadastro de usuários: fixação de cartazes nas unidades de saúde, divulgação por carro de anúncio, anúncio em jornal da cidade, utilização das fichas de cadastros usadas pelos agentes comunitários, utilização dos dados cadastrados em outro sistema, começar a dispensação por um grupo de medicamentos que possua um número reduzido de usuários que utilizam os medicamentos desse grupo, exigência do Cartão Nacional de Saúde, exigência da apresentação do comprovante de residência e do documento de identificação.

Todos os entrevistados relataram dificuldades nesse processo, uma vez que em todos os municípios solicitaram apresentação de um documento de identificação e comprovante de endereço, para a digitação correta do nome, da data de nascimento, do nome da mãe e do endereço, tendo em vista que esses são os dados obrigatórios no cadastro do usuário. Os documentos poderiam ser apresentados pelo próprio usuário ou por um parente próximo. A questão é que os usuários não prestam atenção nos cartazes fixados nas unidades e não levam os documentos para realizarem o cadastro no HÓRUS e isso causa várias reclamações por parte dos usuários que não entendem a importância do uso de um sistema de informação.

Um dos municípios de estudo fez a exigência do Cartão Nacional de Saúde (CNS), para facilitar e agilizar o cadastro de usuário no HÓRUS, isso porque ao digitar o número do CNS no *software*, todos os dados são importados para o HÓRUS. Para tanto, a Secretaria Municipal de Saúde providenciou meios para que os usuários pudessem receber o CNS de forma fácil e rápida.

Os entrevistados relataram que o cadastro de usuário no HÓRUS foi realizado pelos próprios profissionais que atuam nas farmácias, entre eles: farmacêuticos, auxiliares de farmácia, auxiliares de enfermagem e outros.

6.2.10 Benefícios e dificuldades identificadas durante a implantação e uso do sistema

Vários foram os benefícios percebidos após o uso do HÓRUS, que incluem:

- a) O controle da quantidade de medicamentos dispensados e dos usuários que receberam os medicamentos;
- b) Conhecimento real do número de atendimentos diário;
- c) Registro de todas as entradas dos produtos com seus preços unitários e arquivo de todos os documentos e cópia dos receituários para comprovação e confrontação dos estoques;
- d) Obtenção rápida do histórico de dispensações por usuário;
- e) Sistema de fácil manuseio e gratuito;
- f) Agilidade no controle de estoque, com acesso ao consumo, gasto, posição de estoque e prazo de validade dos medicamentos;
- g) Acompanhamento do uso dos medicamentos, por meio do agendamento;
- h) Acompanhamento dos gastos de medicamentos adquiridos por ação judicial, com identificação dos usuários beneficiados e o custo por usuário, além da identificação dos usuários que não foram receber os medicamentos;
- i) Identificação de medicamentos vencidos ou próximos do vencimento durante o inventário para a implantação do HÓRUS;
- j) Melhor organização dos medicamentos nas prateleiras por ordem de lote.

Uma das farmacêuticas entrevistadas relatou que convenceu a gestora na implantação do HÓRUS, após a sua normatização no dispositivo legal: Portaria GM/MS nº 4.217/2010.

Isso teve o entendimento que o sistema ofertado pelo Ministério estava de acordo com as informações necessárias para avaliação da assistência farmacêutica.

Dentre os vários aspectos abordados pelos entrevistados, alguns tiveram destaque especial: a observância rigorosa dos prazos de validade e o gerenciamento e controle do estoque. Houve pouca citação quanto ao uso do HÓRUS para subsidiar os serviços técnico-assistenciais, por meio dos relatórios de acompanhamento de uso dos medicamentos: relatório de usuário faltoso, relatório de dispensação por usuário e relatório de agendamento das dispensações.

Como dificuldades para utilização do HÓRUS foram reforçados os relatos sobre a falta de recurso humano e de recursos financeiros para adquirir os equipamentos necessários e conectividade à internet. Essa questão da conectividade, também, está associada à localização da farmácia. Constantes quedas do *software* em alguns meses e a inadequada velocidade de conectividade à internet foram citadas pelos entrevistados como causa de morosidade no atendimento aos usuários.

Durante a pesquisa de campo, como dificuldade do uso do HÓRUS, foi identificada a falta e/ou uso de padrão de terminologias, isso é constatado quando alguns profissionais entrevistados relatam que o almoxarifado “dispensa” medicamentos às unidades de saúde ao invés de mencionar que “distribui”, ou quando houve a dúvida do nome do estabelecimento a ser cadastrado no HÓRUS, se era uma farmácia ou o nome da unidade na qual a farmácia está localizada, ou quanto à nomenclatura almoxarifado ou central de abastecimento farmacêutico, ou como realizar o cadastro desses locais de estoque quando se encontram na mesma edificação da farmácia que faz dispensação aos usuários.

Outra dúvida constante apresentada foi quanto aos tipos de movimentação que devem ser selecionados no momento de registro de entradas e saídas de medicamentos, alguns profissionais não sabiam qual a melhor opção de acordo com a situação. As opções “entrada ordinária” e “entrada eventual” causam maiores dúvidas.

O compartilhamento dos dados e informações contidos no HÓRUS com outros profissionais de saúde e da área financeira-administrativa não é uma prática comum nos municípios em estudo.

Também, foi observado na pesquisa de campo, em algumas farmácias, que devido ao grande número de atendimento, em certos momentos, havia o registro único do montante de quantidade dos medicamentos. Assim, não havia identificação da quantidade dispensada para cada usuário. Isso ocorria por não ter profissional e computadores suficientes que evitassem o aumento de espera de atendimento e por consequência aumento da fila de espera, que tumultuaria os demais atendimentos da unidade de saúde. Isso comprova que a falta ou insuficiência de recurso humano e de equipamentos inviabiliza os registros das dispensações.

6.2.11 Estrutura das farmácias

Essa categoria não estava elencada no projeto da pesquisa, mas durante a pesquisa de campo ficou constatada que a estrutura física de algumas farmácias não favorecia o uso do HÓRUS.

Após identificação da necessidade do número suficiente de funcionários necessários para o registro das dispensações, de acordo com o número de atendimentos, percebe-se que algumas farmácias não possuem espaço físico apropriado para acomodar esses funcionários. Durante a pesquisa de campo, foi observado que algumas das farmácias visitadas não tinham espaço físico para que mais de um funcionário trabalhasse no estabelecimento. Para tanto, adequação do espaço físico precisa ser analisada para a implantação do HÓRUS.

Além do espaço físico insuficiente em algumas farmácias para o aumento do quadro funcional ou até mesmo para acomodar os mobiliários e equipamentos mínimos para o uso do HÓRUS, foi observado que algumas farmácias não possuíam condições sanitárias adequadas para o estoque dos medicamentos, com presença de infiltrações, bolores nas paredes, gotejamento no teto do estabelecimento, fissuras no piso, bem como falta de claridade e ventilação.

Outro fato observado é que a maioria das farmácias visitadas fica dentro de uma unidade de saúde, sem local adequado de espera e de atendimento. Em muitos locais, os usuários esperam pelo atendimento nos corredores da unidade de saúde, em algumas farmácias há distribuição de senha. A grande parte do atendimento é feito por uma janela ou orifício na

parede, sem ambiente privativo para receber as orientações para o uso do medicamento, e em alguns locais não havia assentos para os usuários nem durante a espera nem durante o atendimento. Em um dos municípios visitados, uma das farmácias visitadas estava localizada no segundo andar da unidade de saúde, sendo assim o usuário necessitava subir rampa ou escada para receber o medicamento.

Assim, na maioria das farmácias visitadas percebeu-se que não havia divisão de áreas de atendimento, armazenamento de medicamentos e apoio operacional. Em todos os municípios houve o relato que a contrapartida municipal, para aquisição dos medicamentos, é superior ao valor mínimo exigido pela Portaria GM/MS 4.217/2010. Por esse motivo não há aplicação de 15% dos recursos municipais, previstos nessa Portaria, que poderiam ser direcionados para a estruturação da assistência farmacêutica.

7. PROPOSTAS DE AÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Entendendo que as responsabilidades pela gestão, estruturação, financiamento e organização de serviços, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos é de competência comum aos três gestores do SUS (União, Estados e Municípios), conforme disposto na PNM, aqui serão apresentadas propostas de ações para auxiliar e orientar a implantação do HÓRUS nos municípios, como recomendações aos gestores e profissionais, considerando os resultados encontrados e as citações dos diversos autores sobre o uso de sistema de informação.

As quatro primeiras ações propostas foram formuladas considerando as maiores dificuldades que os municípios apresentaram para o uso e expansão do uso do HÓRUS em toda a rede municipal de saúde. Seguem as propostas definidas mediante os relatos dos estudos analisados para construção desta dissertação.

- 7.1 Analisar e avaliar a viabilidade da oferta do HÓRUS em plataforma *off line* e banco de dados locais, com atualização em lote de dados ao banco de dados central**
- 7.2 Adotar estratégias para favorecer a captação de dados com qualidade**
- 7.3 Incentivar os entes para a regularidade do registro e envio de dados sobre a assistência farmacêutica**
- 7.4 Definir padrões de informação**
- 7.5 Estabelecer relação com instituições que possam contribuir na utilização do HÓRUS**
- 7.6 Incrementar o planejamento para a implantação do HÓRUS**
- 7.7 Implantar processo de avaliação do uso do HÓRUS na rede de saúde municipal.**
- 7.8 Estabelecer parcerias com os órgãos de controle**
- 7.9 Ofertar perfil de acesso aos usuários do SUS**

A seguir estão descritas as proposta relacionadas.

7.1 Analisar e avaliar a viabilidade da oferta do HÓRUS com uso em plataforma off line e banco de dados locais, com atualização em lote de dados ao banco de dados central

Não há dúvidas que um sistema de informação na plataforma *web* permite a integração, em tempo real, de todos os dados entre os estabelecimentos que utilizam o HÓRUS e o Ministério, porém deve ser considerado que a falta ou insuficiência de conectividade à internet é um agravante para o uso e extensão do uso do HÓRUS em toda a rede municipal de saúde.

Deve-se considerar que perto de 23% dos municípios brasileiros possuem até 5.000 habitantes e seguindo o pressuposto adotado pela Política Nacional da Atenção Básica à Saúde, esses municípios não possuem mais que uma unidade de saúde, assim, dificilmente haveria mais de uma farmácia do SUS nesses municípios. Então, em cerca de 1.300 municípios não há necessidade do uso de um sistema de informação conectado à internet em todo período de atendimento, uma vez que não há necessidade de integração de informação no território do município.

Mesmo em municípios nos quais há mais de uma farmácia na rede municipal de saúde foi constatado que a localização de algumas farmácias inviabiliza a conectividade à internet, além disso, em muitos locais não há condições para receberem 1 Mbps de velocidade, como informado no Termo de Adesão ao HÓRUS^r.

No referencial teórico foi exposta a visão de Branco³³ quanto à necessidade de produzir dados no município para pronto uso, sem a espera de “subir” os dados para a gestão federal, para que processe esses dados. Nesse sentido, uma versão do HÓRUS, que não exija a conectividade ao banco de dados central em Brasília para seu funcionamento, poderia possibilitar o uso do *software* em todas as farmácias de todos os municípios que tenham interesse em utilizá-lo. Para tanto, poderia ser definida uma periodicidade para o envio das informações mínimas estipuladas pelo Ministério da Saúde que possam acompanhar e avaliar as ações e serviços da assistência farmacêutica e comporem a base nacional de dados das ações e serviços da assistência farmacêutica no SUS.

^r O Termo de Adesão ao HÓRUS encontra-se no site www.saude.gov.br/horus.

Também, poderia ser pensada a possibilidade da adoção de banco de dados locais para que seja diminuída a exigência da velocidade de conexão à internet e que permita a integração do sistema usado em mais de uma farmácia da rede de saúde municipal.

Outro ponto a ser analisado é sobre o envio de todos os dados registrados no HÓRUS ao banco de dados central, situado no DATASUS em Brasília. Foi questionado se essa situação atende a privacidade, confidencialidade e segurança de informação, conforme as normas editadas pelo Conselho Federal de Medicina e Conselho Federal de Farmácia, no sentido de garantir a privacidade das informações individuais, entre as quais se incluem aquelas referentes ao estado de saúde de cada usuário, bem como os medicamentos que estão sendo utilizados por cada usuário. Isso é preocupação presente nos mais variados setores da sociedade e se expressa em variados diplomas legais, inclusive no Código Penal Brasileiro, de 1942.

7.2 Adotar estratégias para favorecer a captação de dados com qualidade

A falta ou insuficiência de recursos humanos é o segundo ponto mais crítico citado entre os entrevistados para o uso e extensão do uso do HÓRUS em toda a rede municipal de saúde. No entendimento que os profissionais da área de saúde são os responsáveis pela captação dos dados sobre as dispensações nas farmácias do SUS, eles exercem função vital para a qualidade do sistema.

Além do dimensionamento do número suficiente de profissionais para o uso da tecnologia em função do número de atendimentos diários, também, é fundamental que a percepção sobre a utilidade dos dados seja aprimorada para que os registros sejam realizados com qualidade e traduzam na melhoria nos serviços. Isso porque o HÓRUS precisa ser entendido, por todos que operam o *software*, como um instrumento que possibilita a disseminação de dados e informações para subsidiar a tomada de decisão qualificada, no âmbito da pesquisa, da educação e da execução das políticas em saúde. Sem essa compreensão, a captação dos dados tende a ser de baixa qualidade.

Para tanto, seguem algumas sugestões que possam contribuir para a qualidade da informação:

a) **Construir canal de comunicação entre os usuários do HÓRUS.**

Devido à falta de um modelo padrão para a execução da assistência farmacêutica, a troca de ideias e experiências no processo de implantação e do uso das funcionalidades do HÓRUS, bem como de soluções de problemas enfrentados nesse processo e para a divulgação das mudanças na execução dos serviços desencadeadas após o uso do sistema, podem auxiliar os municípios para a implantação, o uso do HÓRUS, bem como sua expansão em toda a rede de saúde municipal.

Um canal de comunicação virtual desenvolvido por meio de tecnologias de informação e de comunicação possibilita o intercâmbio de informações, superando a distância entre os usuários, possui caráter interativo e permite a interação entre diversos atores de atuação gerencial, assistencial, ensino e pesquisa.

Nesse sentido, esse canal de comunicação poderia ser desenvolvido e ofertado pelo DAF e poderia certificar a viabilidade de utilizar o UniverSUS, ambiente ofertado na capacitação à distância para utilização do HÓRUS, uma vez que muitos profissionais possuem senha de acesso a essa plataforma e possuem experiência com esse ambiente virtual de aprendizado.

O uso desse canal de comunicação poderá melhorar a interlocução entre os usuários do HÓRUS e o compartilhamento de informações entre os diversos atores e setores envolvidos no processo de implantação e uso do sistema. Assim, o DAF responsável pela condução da implantação do HÓRUS no país pode e deve intensificar essa interlocução entre os usuários do sistema, para melhor identificar as mudanças evolutivas necessárias, para melhor registro, captação e análise dos dados.

Nesse canal de comunicação poderia estar ofertado um **formulário eletrônico** para que os usuários pudessem informar quedas do *software* e os erros, que porventura ocorrerem, bem como para postar as sugestões de melhoria e manifestar as necessidades para o uso do sistema. Esse formulário possibilitará aos técnicos do DAF a **sistematização rápida das ocorrências de adversidades** para comunicação ao DATASUS, responsável pela manutenção do sistema, e das sugestões para o aprimoramento do *software*, atendendo os usuários do HÓRUS com maior precisão e agilidade. Atualmente, essas manifestações são enviadas por meio de mensagens ao *e-mail* do HÓRUS, mas essa forma não possibilita filtro por assunto e dificulta a consolidação das mensagens.

O canal de comunicação, também, poderia ser utilizado regionalmente, com formação de grupos municipais e estaduais. Os grupos estaduais poderiam auxiliar a comunicação entre a gestão estadual da assistência farmacêutica e os municípios, tendo em vista que várias gestões estaduais estão utilizando o HÓRUS, para o controle de estoque de medicamentos nos almoxarifados estaduais, para o registro das distribuições de medicamentos aos municípios e para dispensação. O grupo municipal poderia atender os municípios de médio e grande porte que possuem vários profissionais operando o HÓRUS em diversos locais da rede de saúde municipal.

O HÓRUS permite aos municípios realizar requisição de medicamentos aos almoxarifados estaduais por meio do sistema. Assim, é preciso que os entes mantenham comunicação para definir um cronograma de requisições e o fluxo de informações via sistema. Então, fica a pergunta: **quando a gestão estadual da assistência farmacêutica inicia a implantação do HÓRUS, há uma comunicação aos municípios que já estão utilizando o sistema ou passam a utilizar o sistema? Como essa comunicação tem ocorrido?** Seguindo esse pensamento: **como os diversos profissionais dos municípios que utilizam o HÓRUS estão se comunicando?**

b) Incluir um termo de responsabilidade para o uso do HÓRUS

Os Secretários(as) Municipais de Saúde necessitam assinar um Termo de Adesão ao HÓRUS, o qual define as responsabilidades dos entes para o uso do sistema. No entanto, não há exigência aos profissionais, que farão os registros no HÓRUS, de firmarem um comprometimento quanto à segurança, ao sigilo e veracidade dos dados registrados.

Além disso, considerando que o HÓRUS é um sistema *web* que pode ser acessado em qualquer computador que esteja conectado à internet, mesmo que haja política de segurança de informação interna no local de trabalho, os dados e informações no HÓRUS ficam vulneráveis à amostra em qualquer ambiente.

Portanto, no ato da solicitação de senha para o uso do HÓRUS, que é feito por um sistema de controle de acesso do Ministério da Saúde (SCAWEB), poderia haver a formalização de um termo de responsabilidade, com declaração sobre as responsabilidades sobre o manuseio dos dados e das informações.

c) **Aprimorar a capacitação para utilização do HÓRUS**

A capacitação é uma etapa obrigatória que o município precisa cumprir para receber a senha de acesso ao HÓRUS e começar a usá-lo. A inclusão de conteúdos sobre sistema de informação, os fatores importantes para o uso eficaz do *software*, bem como o papel de cada usuário, pode favorecer no registro de dados com qualidade, que realmente possam contribuir para tomada de decisões e qualificar os serviços da assistência farmacêutica. Assim, aprimorar a capacitação pode minimizar os erros de uso e a subutilização do HÓRUS, além de intensificar a importância de um sistema de informação para melhoria dos serviços prestados, para que não ocorram de forma intuitiva e/ou por suposições.

A revisão do conteúdo da capacitação precisa ser executada pelo DAF para incluir as mudanças evolutivas no HÓRUS, além de acrescentar novos conteúdos que estão inter-relacionados com o uso de sistema de informação. A capacitação poderia ser ofertada de acordo com o perfil do profissional, com ênfase nas funcionalidades que esse profissional irá utilizar.

A capacitação para utilização do HÓRUS ofertada na modalidade à distância requer o uso de computador e acesso à internet, muitas são as situações em que o funcionário da farmácia não possui esses recursos, além disso, deve ser considerado o uso de um tempo do horário de expediente para realizar a capacitação. Reunir os profissionais em determinados horários pode ser uma boa estratégia para que haja troca de informação entre eles e para que as dificuldades sejam superadas, entendendo que muitos profissionais nunca tiveram experiência com educação à distância. O apoio de um técnico de informática pode ser bastante útil para a realização da capacitação, tendo em vista que a visualização dos conteúdos depende de algumas configurações no computador, que são informadas no ambiente de aprendizado, mas que alguns profissionais possuem dificuldades para executá-las.

Também, entendendo que a capacitação à distância compreende de novo hábito de estudo e que é previsto desistência no decorrer do curso, é preciso que o gestor reforce a necessidade do comprometimento dos profissionais para o melhor aproveitamento da capacitação para depois haver bom desempenho no uso do sistema. Assim, encontros periódicos entre os participantes do mesmo município podem superar as dificuldades encontradas na educação à distância.

7.3 Incentivar os entes para a regularidade do registro e envio de dados sobre a assistência farmacêutica

Os dados apresentados nesta dissertação reforçam a necessidade de estruturação das farmácias, para proporcionar ambiente com condições para que os serviços atendam as premissas da humanização, do uso racional dos medicamentos e da otimização dos recursos, e para o uso do HÓRUS ou qualquer outro sistema de informação que permita a obtenção de dados e informações de forma sistematizada e consolidada, para auxiliar a tomada de decisões para a execução e qualificação dos serviços.

O relatório do TCU¹¹ menciona sobre a possibilidade de vincular a transferência de recursos financeiros às informações ofertadas pelos municípios. A partir das informações pode-se avaliar se os recursos federais, estaduais e municipais são suficientes para o acesso da população aos medicamentos e avaliar qual a proporção ideal desses recursos entre os entes federativos. No sentido que a descentralização das ações e serviços de saúde inclui a responsabilidade compartilhada dos níveis de governo, com informações em saúde, o que não significa simplesmente transpor da gestão federal ou estadual para o nível local de gestão⁶⁵.

O benefício aos municípios para a regularidade do registro e envio de dados e informações sobre a assistência farmacêutica pode estar vinculada à transferência de recursos federais, que hoje possuem apenas como critério de cálculo a base populacional..

Além dos recursos federais, outras ações podem ser adotadas, como exemplo o proposto na Portaria 4.217/2010 sobre a possibilidade de o emprego de até 15% dos recursos estaduais e municipais na estruturação das farmácias e quanto ao auxílio da gestão estadual aos municípios na aquisição de medicamentos por meio de execução de processos licitatórios firmados por Atas de Registro de Preço, entendendo que alguns municípios possuem pouca estrutura organizacional para realização de procedimentos licitatórios próprios, propiciando assim, celeridade nas compras, bem como menores preços. Essas ações executadas por alguns estados podem ser estendidas para aquisição de equipamentos e mobiliários necessários para estruturação das farmácias, inclusive para o uso de um sistema de informação.

No âmbito municipal, poderia ser exigida produtividade dos serviços por meio de informações geradas pelo HÓRUS. A produção de serviço pode ser facilmente compilada e, assim, serviços e cuidados farmacêuticos podem ser mensurados por meio de indicadores e metas.

7.4 Definir padrões de informação

Informatizar exige organização de serviço, identificação das necessidades de informações a serem trabalhadas e dos tipos de relatórios que possam contribuir para a tomada de decisões. Porém, também, é preciso a definição de padrão de informação que permita intercâmbio de dados entre os usuários do HÓRUS e de demais sistemas utilizados para gestão da assistência farmacêutica, para que possibilite a interpretação e análise de dados.

O uso do padrão de informação possibilita a compilação dos dados oriundos de diversos sistemas e a importação de dados de um sistema para outro. Nesse sentido, considerando a grande diversidade de forma de organização e atuação da assistência farmacêutica nos municípios, percebe-se que é preciso a definição de padrão de vocábulos, a partir da utilização de terminologias, que devem ser de uso comum a todos os locais que realizam assistência farmacêutica, para que haja a troca de comunicação.

Assim, os padrões de informação a serem utilizados nos sistemas de informação para assistência farmacêutica precisam ser discutidos no Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS), cuja atribuição é emitir deliberações, normas e padrões técnicos de interoperabilidade e intercâmbio de informação em conformidade com a Política de Informação e Informática em Saúde⁶⁶.

No entanto, esse Comitê necessita escutar os representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, dos Conselhos de Classe e do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, para que possam realmente os padrões de troca de informação em saúde, na área da assistência farmacêutica, refletir na viabilidade de análise dos dados e para identificar as modificações e melhorias necessárias aos padrões definidos.

7.5 Estabelecer relação com instituições que possam contribuir na utilização do HÓRUS

Percebe-se que há necessidade de ampliar as discussões, em diversas instâncias, sobre a importância de sistema de informação em saúde, especificamente, na assistência farmacêutica para que haja obtenção e consolidação de dados e informações que possam realmente contribuir para o acesso e uso racional de medicamentos nos serviços públicos de saúde.

Seguem algumas sugestões de parcerias para intensificar o uso de sistema de informação na assistência farmacêutica:

a) Articular ações conjuntas com o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos

O Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, constituído pela Portaria GM/MS nº 1.555/2007 com a atribuição de identificar e propor estratégias e mecanismos de articulação, de monitoramento e de avaliação das atividades que venham a ser implementadas em diversos âmbitos direcionadas à promoção do uso racional de medicamentos⁶⁷. Assim, entendendo que informações são fundamentais para subsidiar as ações a serem tomadas para a promoção para o uso racional de medicamentos, o Comitê dentro de suas atribuições pode auxiliar o Ministério da Saúde com propostas que possam ampliar o uso do HÓRUS e a transmissão de dados e informações de outros sistemas de informação para a base nacional de dados sobre ações e serviços da assistência farmacêutica.

b) Articular com os Centros de Estudos e Informação sobre Medicamentos

De modo geral, a missão dos Centros de Estudos e Informações sobre Medicamentos é fornecer informações sobre medicamentos, por meio da disseminação de informações técnico-científicas independentes, objetivas e atualizadas e da realização de pesquisa e ensino em serviço, além de desenvolver ações educativas e capacitações para profissionais de saúde e comunidade⁶⁸. Esses centros estão coordenados pela Rede Brasileira de Centros e Serviço de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM), que é uma iniciativa

formada por colaboradores no país, com natureza e fins não lucrativos, de caráter técnico-científico, dedicada à promoção do uso racional de medicamentos.

Dessa forma, esses Centros podem contribuir para a análise de consumo dos medicamentos e, assim, fortalecer o uso de sistema de informação para obtenção dos dados e informações para estudos de utilização de medicamentos, uma vez que no HÓRUS os medicamentos estão cadastrados com uso da classificação ATC.

Esses Centros com uso dos dados constantes no HÓRUS podem ser subsidiados para desempenhar seu papel de promover o uso racional de medicamentos por meio da divulgação da melhor informação disponível, baseada em evidências, de modo a ofertar aos profissionais de saúde, gestores e usuários de medicamentos subsídios para o manejo de situações individualizadas, a tomada de decisão e o correto cumprimento da terapêutica⁶⁸.

c) Estabelecer parcerias com os Conselhos de Saúde

Considerando que a assistência farmacêutica é uma atividade multidisciplinar, conforme a PNAF é preciso articulação permanente entre as áreas técnicas da saúde, as coordenações de programas de saúde, a área administrativo-financeira, os órgãos de controles, o Conselho Municipal de Saúde, entre outros. Essa integração pode possibilitar a melhor execução, divulgação e apoio às ações para a implantação do HÓRUS.

A atuação dos conselhos municipais de saúde ainda é precária em muitos locais, seja pela falta estrutura necessária para atuar de forma regular e sistemática, desde a existência de um local para as reuniões e de computadores, até a qualificação dos conselheiros, conforme relatório do TCU¹¹.

A participação dos Conselhos de Saúde pode exercer papel importante na qualificação da assistência farmacêutica no SUS, inclusive para fortalecer o uso de sistemas de informação. Assim, os Conselhos, como representantes da sociedade, passariam a assumir posição protagônica na promoção do uso racional de medicamentos. Esse espaço precisa ser explorado para construção e não apenas para fiscalizar e apontar desqualificação do serviço. É fundamental que esse espaço seja utilizado para a divulgação das ações que estão sendo executadas para a qualificação da assistência farmacêutica, até porque a

divulgação gera críticas, que podem contribuir para o aprimoramento das ações, lembrando que, como disposto nas Leis 8080/90 e 8142/90, as ações em saúde devem constar o plano de saúde e este deve estar aprovado pelo Conselho.

d) Estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa

A inclusão de conteúdos e práticas sobre sistema de informação em saúde, nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão, inclusive no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), poderia contribuir para a disseminação da importância de dados e informações e orientar os profissionais para que os registros ocorram com qualidade.

Além disso, estudos avaliativos precisam ser fomentados para mensurar os resultados obtidos após o uso do HÓRUS, bem como para quantificar os recursos necessários para o atendimento nas farmácias acompanhado de registro no *software*. Esses estudos podem auxiliar os municípios no uso e extensão do *software* em toda a rede municipal de saúde e fortalecer a tomada de decisão para ações que realmente favoreçam a qualificação da assistência farmacêutica.

Nesse sentido, algumas instituições e organizações podem exercer diferentes papéis para o processo de implantação do HÓRUS e podem constar no planejamento das ações, seja no âmbito federal, estadual ou municipal, como exemplo:

- a) Os **Fóruns de Educação Farmacêutica**, que tem recebido apoio do DAF, tiveram início em 2007 e encontram-se na quarta edição. Esses fóruns tem o objetivo de “construir um documento referencial que oriente a organização dos conteúdos e das práticas do processo ensino aprendizagem no cenário hospitalar e no da atenção básica para a formação dos profissionais de saúde das diversas áreas e a necessária elaboração de contratos de gestão, envolvendo as instituições de ensino e as de serviço para os correspondentes territórios de aprendizagem”⁶⁹.
- b) O **Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos** (CBURM), também apoiado pelo DAF, teve sua primeira edição em Porto Alegre, em 2005, e nas edições seguintes, em 2007, 2009 e 2012, foram elaboradas Cartas, que retratam os

principais temas abordados em cada congresso e busca apontar os desafios que o país necessita enfrentar para a promoção do uso racional de medicamentos⁷⁰.

- c) A **Federação Nacional dos Farmacêuticos** (FENAFAR), que debate aspectos que envolvem o SUS, bem como os desafios para sua consolidação e fortalecimento⁷¹.

Em leitura aos documentos originados pelos Fóruns de Educação Farmacêutica, pelos Congressos Brasileiros sobre Uso Racional de Medicamentos (CBURM) e pela FENAFAR, em relação ao boletim sobre os debates nas cinco regiões do país, para levantamento de proposições para a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2012, não há nenhuma citação direta nesses documentos sobre o uso de sistema de informação para a qualificação da assistência farmacêutica. Mas são mencionadas várias ações que necessitam de sistemas de informação para que possam ser executadas. No último CBURM houve apresentação sobre o HÓRUS. No entanto, não ficou celebrada na carta do congresso a necessidade de uso de sistema de informação nos serviços da assistência farmacêutica.

7.6 Incrementar o planejamento para a implantação do HÓRUS

Nos três níveis de gestão, a implantação do HÓRUS precisa ser conduzida por profissionais competentes para traçar diretrizes e normas para o bom desempenho no uso do sistema. A gestão federal pode receber apoio do Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde, aprovado pela Portaria GM/MS nº 2.072, de 31 de agosto de 2012⁷², tendo como uma de suas competências a promoção da racionalização do desenvolvimento e do uso dos recursos de tecnologia da informação na área da saúde.

É necessário após a capacitação ofertada pelo Ministério da Saúde para o uso do HÓRUS que seja elaborado um treinamento específico para uso do sistema, de acordo com a realidade local e também é preciso prever reciclagem técnica, considerando que o sistema passa por mudanças evolutivas, conforme as sugestões enviadas pelos profissionais para o DAF/MS.

No planejamento para o uso do HÓRUS nas farmácias do SUS, a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) pode ser adotada para garantir a uniformidade

na maneira de realizar os registros das dispensações por diferentes membros da equipe, uma vez que não há presença do profissional farmacêutico em todas as farmácias do SUS. A elaboração dos POP realizada de forma conjunta pode estabelecer compromisso com todos os envolvidos, bem como é um excelente instrumento para treinar a equipe para os registros no HÓRUS.

Além disso, é preciso avaliar como os serviços são executados, com auxílio das informações obtidas pelo sistema para que seja analisada a necessidade de adaptações na forma de registro para que se excluam procedimentos incorretos ou desnecessários. Dessa forma, a equipe discute sobre a melhor forma de executar uma ação em consenso com a equipe que elabora, estabelecendo-se a conduta e consolidando-se a rotina ao uso do sistema de informação.

Yosef *et al*⁷³ citam que o envolvimento do usuário do sistema de informação com participação ativa favorece a aceitação desse usuário e diminui a possibilidade de resistência ao uso. Portanto, elaboração de POPs simples, com descrição passo a passo, objetivos e fáceis de serem compreendidos, podendo ser expressos na forma de fluxograma, pode facilitar a divulgação dos procedimentos para os registros e a adesão na sua execução. A fixação dos POPs em local de fácil visualização, próximos à execução da ação, também, contribui para que os registros ocorram de forma uniforme.

Contudo, o POP deve ser um instrumento dinâmico, constantemente avaliado, verificando-se se todos estão executando os procedimentos de registros de acordo com o estabelecido. A atualização do POP é sempre necessária quando houver mudanças no sistema ou quando identificada alguma irregularidade para os registros no HÓRUS.

A autora Marin *et al*⁴¹ afirma que “um controle eficaz resulta da soma de esforços conjuntos de todos os envolvidos no serviço. Para tanto, os funcionários devem estar conscientes das suas responsabilidades, treinados e instrumentalizados para o bom desempenho das suas atividades”.

O planejamento também requer a avaliação dos recursos essenciais para a implantação do sistema. Além de equipamentos e conectividade à internet, o uso de um sistema de informação requer recurso humano capacitado e suficiente para os registros. Em muitas situações, quando os atendimentos passam a ser registrados no HÓRUS, um funcionário

não consegue fazer o mesmo número de atendimentos em relação à situação anterior, na qual havia, hipoteticamente, registro em caderno de anotações e/ou as receitas eram carimbadas, isso porque dados que anteriormente não eram coletados, passam a ser exigidos.

Assim, pode-se prever aumento de funcionários nas farmácias e divisão de função, conforme o número de atendimentos diários, considerando as seguintes etapas para o atendimento: recebimento da receita, retirada do medicamento do estoque, registro no HÓRUS e entrega do medicamento ao usuário.

Além disso, a aprovação do Programa QUALIFAR-SUS proporcionou a transferência de recursos federais aos municípios para estruturarem as farmácias e almoxarifados de medicamentos, por meio do EIXO ESTRUTURA, esse recurso está vinculado ao registro e envio de informações sobre a assistência farmacêutica, confirmado com a aprovação do EIXO INFORMAÇÃO desse Programa.

Definir um projeto de implantação do HÓRUS na rede municipal de saúde precisa ser parte do planejamento em saúde. Dependendo do número de estabelecimentos e profissionais envolvidos, a implantação gradual pode ser a mais recomendada. O HÓRUS é um *software* desenvolvido para ser utilizado na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e nas farmácias, um município que possui esses dois tipos de estabelecimento, pode-se iniciar a implantação na CAF para depois ampliar o uso nas farmácias, o que possibilita, a princípio, o controle de distribuição de medicamentos para toda a rede de saúde.

Posteriormente à implantação na CAF, esse processo pode ocorrer gradualmente nas farmácias, o que implica no uso do HÓRUS para o registro da dispensação. Esses registros, também, podem suceder de forma gradual, iniciando com alguns grupos de medicamentos com aqueles para tratamento de hipertensão, *Diabetes Mellitus* ou agravos psicossociais. Isso porque o registro das dispensações depende de uma série de fatores, como apresentado desta dissertação, que tem dificultado o uso do HÓRUS em sua plenitude, ou seja, quando acontecem os registros de todas as dispensações de todos os medicamentos ofertados na rede de saúde municipal.

No planejamento não pode faltar a definição de estratégias para o cadastro de usuário no HÓRUS. Esse cadastro pode ser considerado um nó crítico^s para iniciar o registro das dispensações, isso porque o cadastro de usuário é obrigatório para o registro das dispensações.

O ideal é o maior número possível de cadastros de usuários no HÓRUS antes de iniciar os registros das dispensações. Assim, os usuários do SUS, também, precisam compreender a importância da implantação do HÓRUS para que o cadastro ocorra sem tumultuo. A falta de entendimento da necessidade dos dados solicitados e da confirmação dos dados, por meio de documentos por parte dos usuários e dos profissionais, leva a registros incorretos que refletem na análise das informações. Como exemplo: estudo de uso de medicamentos por faixa etária, sexo, localidade, se os dados relacionados a esses parâmetros não forem o real, o estudo não é válido e os esforços foram em vão.

Em análise aos resultados apresentados, percebe-se a falta de planejamento para a implantação do HÓRUS nos municípios.

7.7 Implantar processo de avaliação do uso do HÓRUS na rede de saúde municipal.

Esse tipo de acompanhamento possibilita o registro de dados com qualidade que podem ser obtidos por meio de relatórios a oferecer informações importantes para a tomada de decisão, seja ela no âmbito do próprio serviço, no âmbito superior ou até mesmo para prestar informações aos usuários e à sociedade de modo geral.

Assim, é importante que a equipe envolvida no uso do HÓRUS mantenha encontros periódicos para discutir dificuldades e as soluções para o uso do sistema. Os registros precisam ser realizados de forma que evite e iniba a dispensação repetida, para reprimir o hábito de estocagem de medicamentos em casa, a fim de prevenir a automedicação. Além de coibir supostos desvios de medicamentos, conforme apontado no relatório do TCU¹¹. Nesse sentido, a consulta rotineira dos relatórios emitidos pelo HÓRUS pode identificar essas situações. Os relatórios de usuário faltoso e agendamento de dispensação podem ser adotados como itens de controle para averiguar a qualidade dos registros das dispensações.

^s Nós críticos são aquelas causas sobre as quais o ator tem condições de atuar com eficácia e que têm influência direta sobre a solução do problema (Matus, 1997).

Na pesquisa de campo, foi observado que não havia consulta desses relatórios para esse fim.

7.8 Estabelecer parcerias com os órgãos de controle

O HÓRUS é um sistema que possibilita o registro de todas as entradas de medicamentos, inclusive com a informação da fonte de financiamento, e de todas as saídas dos medicamentos, com detalhamento das dispensações. Dessa forma, poderia haver um perfil de acesso aos auditores e um relatório desenhado de forma que permita a avaliação da aplicação dos recursos e como são destinados os medicamentos. Assim, os dados ao invés de serem solicitados, esses passam a ser ofertados de acordo com um padrão de informação que possa contribuir para as auditorias. Desse modo, após a avaliação dos dados, os auditores poderiam solicitar os documentos comprobatórios necessários para prosseguir a auditoria.

7.9 Ofertar perfil de acesso aos usuários do SUS

O usuário do SUS poderia receber acesso restrito ao HÓRUS para visualizar o histórico de dispensações, com informações sobre a data, validade, lote dos medicamentos e local do atendimento, bem como o funcionário que o atendeu. Além do histórico, os usuários poderiam acessar informações sobre os medicamentos, que estão disponíveis aos profissionais que utilizam o *software*. O HÓRUS fornece informações sobre o uso do medicamento, as condições de armazenamento, as possíveis reações adversas e as contraindicações, que podem ser impressas e fornecidas aos usuários. Mas, o usuário com senha de acesso ao HÓRUS, a qualquer momento essas informações poderiam ser resgatadas.

Dessa forma, a informação também utilizada pelo usuário do SUS pode contribuir para a construção de um vínculo com os serviços da assistência farmacêutica, favorecendo a formação da educação em saúde quanto à importância do medicamento no cuidado à saúde e os riscos que podem surgir devido ao uso incorreto.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa não teve levantamento de questões sobre os recursos financeiros aplicados para aquisição de medicamentos e para estruturação dos locais destinados aos serviços da assistência farmacêutica, nem para o processo de implantação do HÓRUS.

Este estudo não teve o objetivo em avaliar o sistema, o impacto produzido pelo uso do sistema nem a qualidade dos dados contidos no HÓRUS, entendendo que a princípio havia necessidade da abordagem sobre o entendimento da necessidade do uso do sistema e os fatores facilitadores e dificultadores no processo da implantação. Porém não há dúvidas que estudos de avaliação são de suma importância, tendo em vista a necessidade de justificar os investimentos realizados para a implantação desse sistema.

Arouck⁷⁴, em uma revisão da literatura sobre avaliação de sistema, aponta que vários autores afirmam que, historicamente, não houve muito sucesso em estudos para medir o impacto nos serviços após o uso de um sistema de informação, mas apesar de ser difícil esse tipo de estudo, é necessário. O autor conclui que há diferentes maneiras de avaliação e inúmeras variáveis de desempenho e que ainda não se definiu um padrão de avaliação aos sistemas. Até o ano desse estudo não houve avanços nesse sentido.

No entanto, conforme mencionado por Costa e Nascimento¹⁴ são necessários estudos sobre o uso do HÓRUS, a fim de averiguar o quão o uso de sistema de informação é justificado para a qualificação dos serviços, considerando os recursos aplicados para o desenvolvimento, manutenção e implantação do sistema. Assim, o processo de avaliação precisa ser incorporado no processo de implementação do HÓRUS e há necessidade de estabelecer e validar indicadores para esse fim.

Outro tipo de estudo pode ser em relação à avaliação do HÓRUS como um sistema de informação propriamente dito, tendo em vista que Costa e Nascimento¹⁴ citam que “na etapa de planejamento e definição do escopo do Hórus, buscou-se evitar pontos críticos levantados pelos autores, adotando as seguintes estratégias: levantamento de informações essenciais à gestão da assistência farmacêutica nacional; substituição e interoperabilidade com outros sistemas de informação em saúde; e desenvolvimento de ferramentas para apoio à decisão”.

Nesse sentido, considerando o controle e avaliação dos resultados obtidos (“check”: verificar) como um elemento do ciclo PDCA, necessita-se de analisar os dados e informações contidos no HÓRUS, para a validação desse sistema de informação. Costa e Nascimento¹⁴ destacam a importância de sistema de informação por “transformar dados primários em fatos e formas significativas, gerando informações executivas e inteligentes”. Assim, é necessário realizar a etapa de verificação do ciclo PDCA, para que o HÓRUS não seja utilizado como um sistema de registro e sim um sistema de informação, no qual vários usuários possam utilizá-lo para subsidiar as tomadas de decisão.

9. CONCLUSÃO

Os municípios são dotados de autonomia política, a partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, assim, trata-se de entes da federação com poder nas decisões da administração pública. Dessa forma, independente do porte do município, exige-se maior responsabilidade e novas atitudes da gestão dos governos locais.

A informação em saúde deve ser entendida como um redutor de incertezas, que leva a condução de um planejamento responsável e execuções de ações efetivas para a implementação de serviços de saúde que favoreçam a melhoria na qualidade de vida da população.

Quando um Secretário Municipal de Saúde de um dos municípios selecionados para este estudo não autoriza a entrevista ao farmacêutico, pode-se perceber a falta de entendimento da importância do uso de informação na assistência farmacêutica.

A informação pode ser considerada matéria-prima para o desenvolvimento dos serviços da assistência farmacêutica e os gestores, profissionais de saúde e usuários precisam ter esse entendimento da necessidade do uso de um sistema de informação que possibilite a agilidade na obtenção da informação.

Assim, a adoção do HÓRUS para auxiliar a gestão da assistência farmacêutica, com a possibilidade de obter resultados na melhoria dos serviços, pode contribuir para a consolidação da assistência farmacêutica como uma política de saúde, como proposto na PNAF, considerando que o processo de implantação do sistema tem provocado mudanças de atitudes, bem como de novos processos de trabalho e novos atores envolvidos para a execução dos serviços.

No entanto, a falta de participação dos Conselhos Municipais de Saúde no processo de implantação do HÓRUS pode ser atribuída ao fato do amplo uso do termo “controle social”, embora o termo descrito na Constituição Federal e na Lei 8080/90 seja “participação”. O significado de participação está associado à co-responsabilização, enquanto controle remete à ideia de fiscalização, com isso, alguns profissionais de saúde se sentem intimidados a participar das reuniões dos CMS, nas quais, quando é mencionada a

área da assistência farmacêutica, as discussões ficam restritas ao fornecimento de medicamentos.

As ações relatadas para a implantação do HÓRUS pelos municípios em estudo são experiências importantes que possam auxiliar os demais municípios no planejamento desse processo. Mas muitas dúvidas continuaram ou surgiram após a pesquisa de campo e os resultados apresentados:

A. Que dados devem ser coletados e registrados?

A pouca utilidade das informações registradas no HÓRUS, devido ao pouco uso dos relatórios, podem ser atribuída à falta do entendimento da importância dos dados, também pela necessidade do dado coletado ou a forma como esses dados estão dispostos nos relatórios.

B. Os dados poderiam ser registrados e enviados com certa periodicidade e de que forma?

A dificuldade com conexão à internet é um fator impeditivo para o uso do HÓRUS em todas as farmácias do SUS. Então, é preciso ser avaliado a oferta do *software* em uma versão que supere esse problema.

C. Como responsabilizar os profissionais pelos registros dos dados no HÓRUS?

Foi constatados que muitos dados foram registrados de forma incorreta. Essa situação desfavorece a necessidade da avaliação do consumo de medicamentos no SUS, na aplicação dos recursos financeiros e o perfil dos usuários que utilizam os medicamentos.

Assim, seria preciso um vínculo do envio de dados com qualidade com benefícios a serem ofertados aos municípios. Isso induziria a qualificação dos **profissionais da área da saúde para trabalhar com dados e informações**. Com isso, pode-se assegurar que as informações apresentadas tenham qualidade.

D. Como analisar e de que forma apresentar as informações?

A definição de padrão de informações é uma ação que deve ser tomada imediatamente para que realmente os dados contidos no HÓRUS possam auxiliar a tomada de decisão na condução da assistência farmacêutica. No momento, não há nenhuma forma de envio regular e sistemático de informações, essa ação terá início após a publicação da Portaria

sobre o EIXO INFORMAÇÃO do QUALIFAR, que foi aprovado na CIT dia 18 de outubro de 2012. A partir de 2013, o DAF passará a ter conhecimento da realidade da assistência farmacêutica básica nos 453 municípios contemplados ao EIXO ESTRUTURA do respectivo Programa.

A ampliação dessa ação a todos os municípios brasileiros é uma necessidade, uma vez que os dados sobre os gastos totais com medicamentos no SUS ainda são imprecisos e subestimados. O país tem avançado na consolidação da assistência farmacêutica, mas ainda são necessários esforços para melhoria do acesso e otimização dos recursos.

Esses questionamentos foram levantados ao perceber que o registro de dispensações em papel tem continuado em várias farmácias dos municípios que tem implantado o HÓRUS e isso não atende à necessidade da qualificação da assistência farmacêutica. Há diversas limitações dessa forma de registro, seja por insuficiência no armazenamento e/ou na organização do grande volume de dados, além da baixa mobilidade de informação, dificuldade de pesquisa e falta de padronização.

Um sistema informatizado é muito mais seguro do que o registro em papel e as informações podem ser compartilhadas automaticamente sobre os medicamentos utilizados pela população dentro de uma região (município, estado ou país), que estão cuidando dos usuários conjuntamente, possibilitando dessa forma a continuidade da atenção integral à saúde. Assim, o uso de um sistema informatizado para o registro das dispensações pode trazer impactos positivos tanto para os usuários, profissionais de saúde e gestores.

Historicamente, os procedimentos de aquisição e distribuição consolidaram-se como foco e limite das atividades da assistência farmacêutica e as farmácias passam a ser compreendidas como simples local de armazenamento e fornecimento de medicamentos, não proporcionando as condições adequadas para que os profissionais possam exercer serviços assistenciais a auxiliar os usuários no uso dos medicamentos.

Neste momento, após reflexões sobre os objetivos propostos neste trabalho e comparados com os resultados obtidos, há falta de planejamento eficaz para a implantação do HÓRUS, com o dimensionamento dos recursos financeiros, de recursos humanos e de equipamentos e mobiliários, bem como de espaço físico. Isso tem causado a ineficiência e insuficiência dos registros no sistema, não atingindo a totalidade dos dados e informações geradas nos

serviços da assistência farmacêutica de toda a rede de saúde municipal. Assim, é preciso o preparo da infraestrutura necessária antes da implantação do sistema.

As iniciativas isoladas nos serviços são importantes porque atendem às necessidades dos órgãos locais, mas por estarem desarticuladas, não há aproveitamento dos dados e informações neles contidos, para a condução de políticas que possam induzir a qualificação da assistência farmacêutica no SUS. Assim, é preciso a transmissão e a coleta dos dados desses diversos *softwares*, para a base nacional de dados sobre as ações e serviços da assistência farmacêutica no SUS, para que os esforços sejam aproveitados de forma coletiva para a análise dos dados e tomada de decisões e, assim, alcançar a qualificação nos serviços da assistência farmacêutica.

Assim, o uso do HÓRUS pode levar à introdução de novas práticas, de novos produtos e de novas formas de realizar os serviços da assistência farmacêutica. Dessa forma, estudos que avaliem e atestem a melhoria dos serviços após a incorporação dessa tecnologia identificar os valores agregados aos serviços, para comprovar que as mudanças assumidas levam ao alcance de um patamar superior de qualidade ao anteriormente existente.

Como citado por Guimarães Rosa, “as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas”, os profissionais que atuam na assistência farmacêutica precisam estar receptivos para novos saberes e conhecimentos para que o uso de um sistema de informação possa contribuir no processo de qualificação do serviço.

10. REFERÊNCIAS

- 1 Brasil, Constituição. Constituição Federal Brasileira de 1988. Brasil.
- 2 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
- 3 Bermudez, J.. Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- 4 Brasil. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- 5 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Brasil. Ministério da Saúde.
- 6 Barros, J.A.C. ampliando espaços para “medicalização”: instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: Caponi, S.; Verdi, M.; Brzozowski, F. S.; Hellmann, F. organizadores. Medicalização da Vida: ética, saúde pública e indústria. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.
- 7 Brasil. Portaria GM/MS nº 1.214, de 13 de junho de 2012, institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUAL IFAR-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- 8 OMS. Organização Mundial da Saúde. Medicines: rational use of medicines. Fact sheet nº 338. May 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/print.html>> Acesso em: 20 jan. 2012.
- 9 OMS. Organização Mundial da Saúde. The Selection and Use of Essential Medicines. Report of the WHO Expert Committee, Mar. 2009. WHO Technical Report Series, Geneva, n. 958, 2009. 231 p.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 / Ministério da Saúde. Brasília, 2011.
- 11 Brasil. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. **Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde.** Brasília: TCU, 2011.
- 12 Mañas, A. V. Administração de Sistemas de Informação. São Paulo: Érica. 1999.
- 13 Laudon, K. C.; Laudon, J. P. Sistemas de Informação. 4 Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999
- 14 Costa, K.S.; Nascimento, J.M. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.18, dez.2012.

- 15 Garvin, D. A. Construindo a organização que aprende: In: Gestão do conhecimento. Harvard Business Review. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- 16 Montalli, K. M. L. Perfil do profissional de informação tecnológica e empresarial. Ciência da Informação, Brasília, v. 26, n. 3, p. 290-295, set./dez. 1997.
- 17 Foina, P.R. Tecnologia da Informação, Planejamento e Gestão. São Paulo: Editora Atlas S.A. 1º edição, p 11-33, 2011.
- 18 Angeloni, M.T. Elementos intervenientes na tomada de decisão. Ciência da Informação, Brasília, v. 32, n. 1, p. 17-22, jan./abr. 2003.
- 19 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Utilização de Software do Sistema de Acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Editora: Ministério da Saúde, Brasília, 2001
- 20 Brasil. Ministério da Saúde. Planejar é Preciso. Editora Ministério da Saúde, Brasília, 2006 Brasil.
- 21 Departamento de Informação e Informática do SUS. Sítio na internet disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 12 de fevereiro de 2012.
- 22 Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão TCU n.1459/2011 disponível em <https://contas.tcu.gov.br/portaltextual/ServletTcuProxy>.
- 23 Organização Mundial de Saúde. Framework and Standards for country Health Information Systems. Second Edition. Geneva, 2008.
- 24 Souza, J.H.; Viseli J. Inovações tecnológicas em sistemas de informação gerencial de hospitais. Espacios, vol 27, n. 1, p 045-057, jan. 2006.
- 25 Silva, J.H.F . Inovações tecnológicas para uma estratégia de qualificação dos produtos e dos processos de trabalho em Bancos de Leite Humano: o sistema de gerenciamento BLHWEB [Dissertação] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- 26 Teixeira, J. Gerenciando conhecimento. Rio de Janeiro: SENAC, 2001.
- 27 Freitas, H.; Kladis, C.M. Da Informação à política informacional das organizações: um quadro conceitual. São Paulo. RAP v. 29, n. 03, jun/set 1995. p. 73-86
- 28 Sanches, O.M. Planejamento Estratégico de Sistemas de Informação Gerencial. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, jul./ago., 1997.
- 29 Barroso, A.C.O; Gomes, E.B.P. Tentando entender a gestão do conhecimento. Revista de Administração Pública, v. 33, n.2, Rio de Janeiro, 1999.
- 30 Brasil. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 31 Oliveira, S. P.; Garcia, A. C. Variáveis e indicadores para análise de recursos humanos em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2006.

- 32 Ribeiro Neto, J.B.M; Tavares, J.C.T; Hoffman, S.C. Sistemas de gestão Integrados. Editora: SENAC. São Paulo, 2008
- 33 Branco, M.A.F. Informação e saúde – uma ciência e suas políticas em uma nova era. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- 34 International Standards Organization. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/home/standards.htm> Acessado em 15 de jan. 2012
- 35 Haux, R. Health information systems: past, present, future. International Journal of Medical Informatics, v. 75, p. 268-281, 2006.
- 36 Marin HF, Massad E, Azevedo Neto RS. Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In: Marin HF, et AL (orgs). O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: H. de F. Marin, 2003.
- 37 Tulu B.; Burkhard, R.; Horan, T. Continuing use of medical information systems by medical professionals: empirical evaluation of a work system model. Communications of the AIS, v. 18,n. 31, p. 641-656, 2007.
- 38 Ludwick, D.A.; Doucette, J. Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. International Journal of Medical Informatics, v. 78, p. 22-31, 2009.
- 39 Cho, S.; Mathiassen, L.; Nilsson, A. Contextual dynamics during health information systems implementation: an event-based actor-network approach. European Journal of Information Systems, v. 17, p. 614-630, 2008.
- 40 Pepe, V.L.E.; Castro, C.G.O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3): 815-822, jul/set, 2000.
- 41 Marin, N. et al (Org.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-americana de Saúde, 2003.
- 42 Beuren, I.M; Martins, L.W. Sistemas de informações executivos: suas características e reflexões sobre sua aplicação no processo de gestão. Ver. Contabilidade e Finanças. FIPECAF-FEA-USP. São Paulo, v.15, n.26, p 6-24, mai/agos.2001
- 43 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação das farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 44 Leite, S.N. Adesão à terapêutica medicamentosa: o que o farmacêutico tem a ver com isso?. In: Cordeiro, B.C.; Leite, S.N. Organizadores. O farmacêutico na atenção à Saúde. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2 edição, 2008.
- 45 Cruz Neto, O. O trabalho de campo como descoberta. In:Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, 21ª ed. Vozes, 1994.
- 46 Deslandes, S.F. A construção do projeto de pesquisa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, 21ª ed. Vozes, 1994.

- 47 Gomes, R. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, 21ª ed. Vozes, 1994.
- 48 Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977
- 49 Gomes, A.C.P. A Assistência Farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectivas. <Disponível em: http://www.cgee.org.br/arquivos/rhf_p1_af_carlos_gomes.pdf> Acesso em: 20 jan. 2012
- 50 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS, 2007.
- 51 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SPS n. 16, de 14 de dezembro de 1999. Estabelece o Elenco Mínimo e Obrigatório de medicamentos para pactuação na Atenção Básica, referente ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000
- 52 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1077/GM de 24 de agosto de 1999, Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- 53 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Condutas Médicas: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 54 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.418, de 24 de julho de 2003. Dispõe sobre a criação do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 55 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.105, de 5 de julho de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de medicamentos nesse nível de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 56 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.084, de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, 28 de outubro de 2005, seção 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 57 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 58 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 59 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 60 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

- 61 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 62 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Editora Ministério da Saúde, Brasília, 2006.
- 63 Brasil. Presidência da República. 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. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 16 nov. 2012.
- 64 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.928, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os §§ 1º e 2º do art. 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 65 Carvalho, A.L.B. Informação em Saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e fortalecimento do controle social no SUS. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set. 2009.
- 66 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
- 67 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 27 de junho de 2007. Institui o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 68 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos: potencialidades e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 69 Brasil. Presidência da República. 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2012.
- 70 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Informativo sobre o Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=40002&janela=1>. Acesso em: 16 nov. 2012.
- 71 Federação Nacional dos Farmacêuticos. Disponível em: <<http://www.fenafar.org.br/portal/>> Acesso em: 16 nov. 2012.

- 72 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.072, de 31 de agosto de 2011. Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
- 73 Yusof, M. M. et al. An evaluation framework for health information systems: human, organization and technology fit factors. *International Journal of Medical Informatics*, v. 77, p. 386-398, 2008.
- 74 Arouck, O. Avaliação de sistemas de informação: Revisão da Literatura. *Ver. Transinformação*, v.13, n.1, jan/jun, 2001.

Anexo A - Roteiro para entrevista para o estudo da implantação do HÓRUS para o registro das dispensações nas farmácias do SUS

Essa entrevista foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, teve autorização pelo Secretário Municipal de Saúde e o seu consentimento mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome: _____

Idade: () 20 a 25 anos () 26 a 35 anos () mais de 35 anos

Tempo de formação: () 1 a 5 anos () 5 a 10 anos () mais de 10 anos

Tempo do exercício da função como farmacêutico na assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde: () 1 a 5 anos () 5 a 10 anos () 11 a 15 anos () mais de 15 anos

Município: _____ UF: _____

Data: _____

Questões fechadas

1- Estruturação

- a) Quantas unidades de dispensação tem em seu município? _____
- b) Quantas unidades de dispensação utilizam o HÓRUS para o registro das dispensações? _____
- c) Caso, não tenha implantado o HÓRUS em todas as unidades de dispensação qual foi o motivo?
() falta de conexão à internet () falta de equipamentos
() falta de recursos humanos () outro, qual? _____
- d) Quantos farmacêuticos trabalham exclusivamente na assistência farmacêutica? _____
- e) Quanto à experiência em sistema informatizado para registro das dispensações:
() o farmacêutico possuía experiência com outros sistemas
() o município utilizava outro sistema e o substitui pelo HÓRUS
() o município nunca havia utilizado sistema para registro de dispensação
() outra situação, qual? _____
- f) Quando ocorre queda de energia ou conexão à internet, qual a solução adotada?
() utiliza planilhas pré-elaboradas para o registro e posteriormente realiza o registro no HÓRUS
() retém segunda via da receita e posteriormente realiza o registro no HÓRUS
() outra estratégia, qual? _____

2- Divulgação da implantação do HÓRUS ao Conselho Municipal de Saúde

- a) O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi comunicado sobre a implantação do HÓRUS? () Sim () Não
- b) Caso afirmativo, houve registro em Ata de reunião do CMS? () Sim () Não
- c) O CMS teve alguma participação na implantação do HÓRUS? () Sim () Não

3- Cadastro de Usuário SUS

- a) Quais foram os meios utilizados para a divulgação à população sobre a implantação do HÓRUS e a necessidade de cadastro dos usuários no sistema?
() cartazes () rádio () jornal () carro de anúncio () televisão
() outro. Qual? _____
- b) Quais foram os profissionais de saúde envolvidos para realizar o cadastro de usuários no HÓRUS?
() farmacêutico () auxiliar de farmácia () enfermeiro () auxiliar de enfermagem () técnico de informática () outro, qual?
- c) Como é realizado o cadastro de usuário?
() somente na presença do usuário com a apresentação de documentação de identificação e/ou comprovante de residência
() somente na presença do usuário sem a apresentação de documentação de identificação e/ou comprovante de residência
() utilização de dados contidos em fichas/formulários de programas de saúde
() utilização de dados contidos em outro sistema informatizado

4- Cadastro de origem e subgrupo de origem de receita

- a) Quais os atores envolvidos para definição das origens e subgrupo de origens de receita?
() farmacêutico () Secretário Municipal de Saúde () enfermeiro
() outro, qual? _____
- b) O Secretário Municipal de Saúde teve conhecimento sobre essa funcionalidade do HÓRUS? () sim () não

5- Prescrição

- a) Os prescritores foram comunicados sobre a implantação do HÓRUS para o registro das dispensações? () sim () não
- b) Considerando que são necessários dados claros sobre a posologia do medicamento prescrito, a escrita da prescrição de forma correta é fundamental para o registro da dispensação no HÓRUS. No município as regras da escrita da prescrição estavam definidas anteriormente ao uso do sistema?
() sim () não
- c) Caso negativo, após o uso do HÓRUS essas regras foram definidas e divulgadas?
() sim () não
- d) Caso afirmativo, qual o tipo de documento foi utilizado para registro das regras?
() as regras não foram oficializadas em documentos
() REMUME () ofício () Portaria Municipal
() Procedimento Operacional Padrão () outro, qual? _____

6- Entrada de produto

- a) Durante o inventário, a farmácia foi fechada ao atendimento a população?
() sim () não
- b) Foi utilizada uma planilha para a coleta dos dados, elaborada com todos os dados exigidos pelo HÓRUS? () sim () não
- c) Após o inventário, houve necessidade de buscar dados do medicamento que não haviam sido coletados durante o inventário? () sim, qual? _____ () não

- d) Quais as fontes utilizadas para a consulta do preço unitário dos produtos?
 notas fiscais guia de remessa da SES e do MS Banco de Preço em Saúde do Ministério da Saúde outro. Qual? _____
- e) Os medicamentos foram vinculados a que tipo de programas de saúde?
 somente assistência farmacêutica
 assistência farmacêutica e outros programas de saúde
 judicialização

7- Registro das dispensações

- a) Quais os profissionais que realizam os registros das dispensações?
 farmacêutico auxiliar de farmácia enfermeiro
 auxiliar de enfermagem outro, qual?
- b) Foi elaborado um Procedimento Operacional Padrão (POP) ou documento similar para o registro das dispensações no HÓRUS?
 sim não
- c) Como era feito o registro de dispensações antes do uso do HÓRUS?
 registro em outro sistema informatizado
 registro em caderno
 registro em carteira de saúde
 somente era retida a segunda via da receita
 não havia registro
- d) Quais os registros ocorrem na tela de dispensação?
 atender agendar não atender
- e) Quais os medicamentos são registrados nas dispensações?
 todos os medicamentos disponíveis na farmácia
 apenas alguns medicamentos disponíveis na farmácia. Qual o grupo?
 medicamentos adquiridos por processo judicial
 medicamentos adquiridos por processo administrativo
 outros. Quais? _____
- f) O boleto de dispensação é impresso? sim não
- g) Caso afirmativo, esse boleto é entregue ao usuário? sim não

8- Relatórios

- a) Considerando que todos os relatórios são gerados em arquivo PDF, foi criada uma pasta no computador para salvar todos os relatórios emitidos?
 sim não

8.1 Livro de controlados

- a) Esse relatório é apresentado a Vigilância Sanitária (VISA) local? sim não
- b) Caso afirmativo, houve alguma resistência para aprovação do relatório por parte da VISA? sim não

8.2 Usuário Faltoso

- a) Quais os profissionais de saúde utilizam as informações do relatório de usuário faltoso?
 farmacêutico agente comunitário de saúde enfermeiro
 médico
- b) Quais as ações adotadas diante as informações do relatório de usuário faltoso?
 apresentação do relatório a equipe de saúde da família

() busca ativa em conjunto com a equipe de saúde da família

() outra, qual? _____

8.3 Agendamento de dispensação

- a) O relatório tem auxiliado na programação de medicamentos para abastecimento das farmácias? () sim () não

8.4 Dispensação por paciente

- a) Quais os profissionais de saúde utilizam as informações do relatório de dispensação por paciente?

() farmacêutico () agente comunitário de saúde () enfermeiro

() médico () outro, qual? _____

8.5 Saída por dispensação

- a) Quais os profissionais de saúde utilizam as informações do relatório saída por dispensação?

() farmacêutico () agente comunitário de saúde () enfermeiro

() médico () outro, qual? _____

Questões abertas

1. Como foi a participação do Conselho Municipal de Saúde no processo de implantação do HÓRUS?
2. Antes do uso do HÓRUS, havia cadastro de usuário nas farmácias? Como era realizado esse cadastro?
3. Quais as dificuldades encontradas para a realização do cadastro de usuário?
4. Caso o Secretário Municipal de Saúde não tenha participado na definição das origens e subgrupo de origens de receita, qual foi o motivo?
5. Quais as dificuldades encontradas para definição das origens e subgrupo de origens de receita?
6. Caso os prescritores não tenham sido comunicados sobre a implantação do HÓRUS negativo, qual foi o motivo?
7. Quais as dificuldades encontradas para a realização do inventário?
8. Quais as dificuldades encontradas para o registro do saldo de implantação?
9. Quais as dificuldades e benefícios encontrados para o registro das dispensações?
10. Se a Vigilância Sanitária local apresentou resistência para homologação do relatório “Livro de Controlados” emitido pelo HÓRUS, qual foi o tipo de resistência?
11. Caso relatório “Livro de Controlados” emitido pelo HÓRUS, qual o motivo para não apresentação do livro de controlados na Vigilância Sanitária local?
12. Qual o benefício ou dificuldade para a emissão do livro de controlados?
13. Quais os benefícios percebidos após a emissão do relatório “Usuário faltoso”?
14. Quais os benefícios percebidos após a emissão do relatório “Agendamento dispensação”?
15. Quais as ações adotadas diante as informações do relatório de dispensação por paciente? Quais os benefícios percebidos após a execução dessas ações?
16. Quais os benefícios percebidos após emissão do boleto de dispensação?

Anexo B – Roteiro para a observação participante

1. Observar, qual o funcionário que realiza:

- a) Atendimento ao usuário e recebe a receita
- b) Registra a dispensação no HÓRUS
- c) Separa os medicamentos que estão no estoque para serem entregues ao usuário
- d) Entrega os medicamentos para o usuário

2. Observar se ocorre:

- a) Registro no HÓRUS de não atendimento por falta de estoque
- b) Registro no HÓRUS de não atendimento por motivo de medicamento não padronizado no serviço de saúde municipal
- c) Registro de agendamento
- d) Emissão de boleto de dispensação

3. Observar como ocorre a ação para:

- a) Busca de registro de dispensação agendada
- b) Registro de dispensação quando a receita está incompleta
- c) Registro de dispensação quando aparecem na receita expressões como “uso prolongado”, “se dor”, quando necessário”.
- d) Registro de dispensação quando aparece a mensagem “usuário recebeu o medicamento recentemente”.