

Artigo a ser submetido à revista Produto & Produção ISSN: 1983-8026

**Jéssica Farias**

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS*

[jsscarias@hotmail.com](mailto:jsscarias@hotmail.com)

**Istefani Carísio de Paula**

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS*

[istefanicpaula@gmail.com](mailto:istefanicpaula@gmail.com)

## **Análise de Indicadores de Desempenho do Processo de Assistência Farmacêutica no Município de Porto Alegre e Definição de Quadro Mínimo de Indicadores**

### **Resumo**

O Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema público de saúde. A partir da análise da inserção do serviço de Assistência Farmacêutica (AF) no Plano Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, foi constatado o fraco predomínio de seu planejamento. Do total de 65 metas apresentadas, apenas uma estava relacionada ao serviço em específico. O conteúdo desta meta sugere o uso de dados para a avaliação e tomada de decisões como parte do seu gerenciamento. Como resultado, a gestão do serviço apresentou no Relatório de Gestão de 2018 um quadro contendo 36 indicadores. Estes foram avaliados através de critérios de qualidade sugeridos na literatura, e utilizados de base para o desenvolvimento de um Quadro Mínimo de Indicadores (QMI). Além disso, foram considerados os dados levantados através de entrevistas com profissionais do serviço no município e definição de valor por etapa do ciclo. O presente trabalho trouxe clareza aos procedimentos usados na proposição de indicadores de desempenho, bem como contribuiu com a definição de um QMI para ser utilizado no gerenciamento, na elaboração do planejamento da AF no Município de Porto Alegre e como apoio a outros municípios na organização de seus próprios indicadores.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica, Indicadores, Saúde Pública

### **Abstract**

Health Plan is the foundation for the execution, monitoring and valuation of the public health system management. After the analysis of Pharmaceutical Assistance (FA) occurrence in Porto Alegre's Health Municipal Plan, municipality of the state Rio Grande do Sul, it was verified a poor related planning. Only one, out of 65 goals, was related to the service by suggesting the use of data to evaluation and decision-making as part of the FA management. As a result, a chart containing 36 indicators was presented in the Management Report of 2018. The indicators were evaluated through quality criteria suggested in literature and used as a development basis of a Minimum Indicators Chart (QIC). Additionally, it was considered the data collected from interviews with professionals from the municipality service and a value definition by each cycle stage. The following study has brought clarity to the procedures used in the performance indicators proposal and contributed with a definition of a QIC to be used in the service management, as well as a guideline for the elaboration of the PA planning in the municipality of Porto Alegre, and to support others municipalities on organizing their own indicators.

**Keywords:** Pharmaceutical Assistance, Indicators, Public Health System

## 1. Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF) é um sistema de apoio da Atenção Primária de Saúde, que é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. É uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos, de 1998, definida como o conjunto de atividades relacionadas com o medicamento, destinado a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Composto por ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional (BRASIL, 1998; 2001; 2010).

As atividades do ciclo da AF são desenvolvidas em vários níveis de forma interdependente e abrangem as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Além disso, visa garantir a qualidade dos produtos e serviços e acompanhar e avaliar sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2006a). A AF tem sido compreendida como estratégica ao fortalecimento do SUS, gerando grande impacto na saúde do paciente e ainda assim possui poucos instrumentos de gerenciamento de processos e acompanhamento de resultados (BRASÍLIA, 2016).

A gestão da AF, como parte do SUS, tem suas competências distribuídas entre a União, estados e os municípios (BRASIL, 2011). Os municípios são os encarregados da prestação direta de ações e serviços de saúde, sendo a esfera de contato mais direto com a população (BRASIL, 2016). O instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS é o Plano de Saúde (PS). Contemplando o período de quatro anos, o plano é a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde, devendo desencadear os demais instrumentos de planejamento e gestão do SUS e estar alinhado com os instrumentos de governo. No Plano Municipal de Saúde (PMS) são descritas as prioridades e o planejamento de saúde nos municípios, sendo elaborado no primeiro ano de gestão da prefeitura (BRASIL, 2013).

A elaboração do PS compreende: I - análise situacional; II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e III - o processo de monitoramento e avaliação. A compreensão dos principais problemas e desafios na gestão municipal – levantados através de discussões com a população, na situação epidemiológica e situação da rede local e regional, deve servir para indicar propostas de mudanças no modelo de atenção e gestão através de Diretrizes, Objetivos e Metas para melhorar a saúde da população (BRASIL, 2013).

O Plano deve ser utilizado para orientar as ações dos gestores e a cada ano deve ser revisitado para a elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) – instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, e tem por objetivo anualizar as metas e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados; e do Relatório Anual de Gestão (RAG) – instrumento que traz a apresentação dos resultados alcançados com a execução da PAS, e serve também para eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no PS (BRASIL, 2013).

Considerando o contexto do Município de Porto Alegre – RS, observa-se a ênfase sobre a proposição de indicadores, quando se analisa o PMS de 2018-2021 conforme a seguinte diretriz, objetivo e meta:

8ª DIRETRIZ – Tomada de decisão baseada em informação de qualidade.

1º Objetivo - Utilizar Tecnologias de Informação e Comunicação como forma de inovar, monitorar, avaliar e decidir com base em dados e informações de qualidade, por meio de indicadores reconhecidos que possibilitem o estabelecimento e cumprimento de metas.

Meta 49. Monitorar 100% da trajetória dos medicamentos no ciclo da assistência farmacêutica (aquisição, estoque, distribuição, prescrição e dispensação).

PMS 2018-2021 (PORTO ALEGRE, 2017).

Essa meta, dentro desse objetivo e diretriz, propôs um gerenciamento da AF, por etapa, baseado em dados. A PAS 2018 atualiza essa meta com ações, por etapa, que geram o aprimoramento de dados, a fim de obter informação de qualidade. De acordo com a proposta do PMS, a Coordenadoria da AF (COORAF) apresentou nos Relatórios de Gestão, referentes ao ano de 2018, uma lista contendo 36 indicadores desenvolvidos para o monitoramento por etapa do ciclo. Apesar desta lista ser resultado de uma meta específica do planejamento de 2018-2021, será fixada como base contínua para “inovar, monitorar, avaliar e decidir” através do “estabelecimento e cumprimento de metas”, conforme o objetivo. O quadro de indicadores auxiliará tanto no gerenciamento por etapa da AF como servirá como instrumento para o planejamento e desenvolvimento dos PS seguintes no que diz respeito à AF.

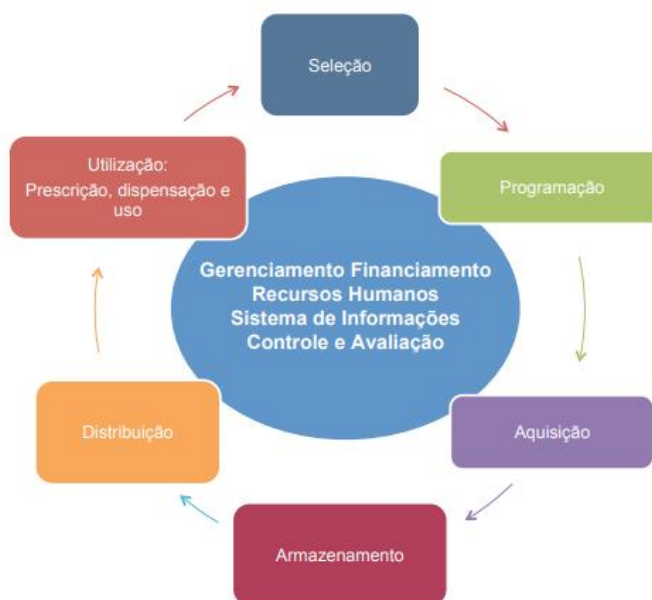
Considerando que o conjunto de indicadores é um importante instrumento de gestão da AF, o objetivo do trabalho é a análise do alinhamento entre os indicadores com a proposição de resultado esperado para cada etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica, no Município de Porto Alegre. Para isso, primeiramente foi realizada uma análise referente à gestão estratégica da assistência farmacêutica e seu alinhamento com a gestão no município. Em seguida, foi identificado o valor e objetivos de cada etapa desenvolvida, utilizando como base a análise documental e entrevistas com farmacêuticos que atuam ao longo de todos os processos relacionados à gestão da AF no município, a fim de avaliar se as métricas utilizadas atendem as expectativas e medem efetivamente o que se propõem a medir. Através do desenvolvimento de uma ferramenta para avaliar as características dos indicadores, pretende-se validar sua utilidade bem como a composição interdependente dos indicadores por etapa. Por questões de tempo e espaço, não foi considerada como escopo deste trabalho a análise das TICs empregadas no município bem como os resultados dos indicadores apresentados no Relatório de Gestão em questão.

Identificou-se a inserção da AF nos instrumentos: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatórios de Gestão. Não havendo adequado alinhamento das ações e métricas da AF entre os instrumentos e com os propósitos da gestão da saúde no município. De forma propositiva, julga-se necessário uma abordagem mais específica e direta da AF no PMS e para isso, foi definido um quadro de indicadores estratégicos para monitoramento e avaliação da situação geral do serviço da AF, além de um quadro de indicadores táticos e operacionais para acompanhamento. A contribuição teórica do trabalho foi trazer clareza para os procedimentos usados na proposição de indicadores de desempenho da AF. A contribuição prática foi a revisão e proposição de um conjunto mínimo de indicadores, os quais são úteis para o Município de Porto Alegre, mas que também poderão inspirar outros municípios na organização de seus próprios indicadores.

## 2. Referencial Teórico

### 2.1 Assistência Farmacêutica

As atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica abrangem a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, conforme Figura 1, além do acompanhamento, da avaliação e da supervisão das ações. Sua organização, fundamentada no enfoque sistêmico, caracteriza-se por ações articuladas e sincronizadas entre as diversas partes que compõem o sistema, que influenciam e são influenciadas umas pelas outras (MARIN *et al.*, 2003). As atividades do ciclo ocorrem numa sequência ordenada, onde a execução de uma atividade de forma imprópria prejudica todas as outras, comprometendo seus objetivos e resultados. A seguir, estão descritos os principais objetivos e resultados esperados de cada etapa do ciclo.



**Figura 1** – Ciclo da Assistência Farmacêutica.

**Fonte:** Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais (Marin *et al.*, 2003).

#### 2.1.1 Seleção

A seleção de medicamentos é considerada o eixo do Ciclo da AF, é a partir da seleção que são desenvolvidas as demais atividades. É o processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), composta por uma equipe multi e interdisciplinar, visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas e direcionar o processo de programação e aquisição (BRASIL, 2006a, MARIN *et al.*, 2003).

Dentre os principais objetivos da etapa, portanto, estão a melhora do acesso aos medicamentos selecionados, a promoção do seu uso racional, a racionalização dos custos de forma a possibilitar maior otimização dos recursos disponíveis e melhorar a qualidade da farmacoterapia (BRASIL, 2006a).

Considerados documentos essenciais da etapa, estão a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), sendo este uma referência nacional e tendo por base a Política

Nacional de Medicamentos e a Política de Assistência Farmacêutica. Ela é parâmetro norteador da produção do mercado farmacêutico e serve para orientar e subsidiar os Estados e Municípios, na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos essenciais (RESME – Relação Estadual de Medicamentos Essenciais; REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) (BRASIL, 2006a).

### **2.1.2. Programação**

A programação possui influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento, já que consiste em estimar quantidades de medicamentos a serem adquiridas, assim como os recursos necessários para atender a determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo. Tem como principais objetivos evitar compras e perdas desnecessárias e definir prioridades em relação aos medicamentos a serem adquiridos, frente à disponibilidade de recursos. É um processo descentralizado e ascendente (BRASIL, 2006a).

Os aspectos importantes a se considerar para a etapa incluem os dados de consumo e demanda de cada produto - tanto atendida como não atendida, incluindo as sazonalidades, estoques existentes e informações sobre descontinuidades no fornecimento; o perfil epidemiológico local e os dados sociodemográficos - para que se possa conhecer as doenças prevalentes e avaliar as necessidades de medicamentos para intervenção; a oferta de serviços na área de saúde - determinantes para a demanda de medicamentos; e o orçamento previsto e disponibilidade financeira para a execução da programação (BRASIL, 2006a).

Sua viabilidade e factibilidade dependem da utilização de informações gerenciais disponíveis e fidedignas, portanto um fator importante para a etapa é um sistema de informação eficiente. 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 ou o desperdício de medicamentos, garantir a regularidade no abastecimento e suprir as necessidades dos serviços de saúde (MARIN *et al.*, 2003; BRASIL, 2006b).

A Programação também depende de informações da etapa anterior, como o conhecimento sobre os medicamentos selecionados, sua indicação precípua e sua perspectiva de emprego na população-alvo (MARIN *et al.*, 2003). Além disso, as informações relevantes a esta etapa, servem paralelamente de base para a tomada de decisões da Seleção.

### **2.1.3. Aquisição**

A aquisição consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, por meio de celebração de contratos, convênios, portarias ou outros meios legais para se firmar o quantitativo adequado com qualidade assegurada, ao menor custo possível, dentro da realidade do mercado, apoiando e promovendo uma terapêutica racional, em área e tempo determinados. É uma das etapas mais complexas – envolvendo um conjunto de exigências legais e administrativas – que ainda pode ser agravado quando não há prioridade na garantia do medicamento à população e dificuldades de tomada de decisão, demandando um tempo muito maior que o necessário, podendo, assim, interferir na continuidade do abastecimento (OPAS, 2005; BRASIL 2006a).

A falta de planejamento e programação das compras gera, além da irregularidade no abastecimento, riscos de desperdícios de recursos, pois compras menores e em regime de urgência tendem a apresentar preços maiores. Com a organização do processo de compras

otimizam-se os recursos, racionaliza-se o quantitativo de compras e presta-se maior atendimento (BRASIL, 2006b).

A disponibilização de medicamentos em quantidades bem definidas, a preços exequíveis e qualidade assegurada, é dependente dos resultados das etapas anteriores como a seleção de medicamentos; bem como a necessidade de um catálogo de materiais, contendo todas as especificações técnicas dos produtos; a programação para aquisição de medicamentos e o cadastro e seleção dos fornecedores. A avaliação do processo de aquisição é de fundamental importância, para que se possa intervir no mesmo, evitando desabastecimentos, bem como para dispor de elementos necessários a desclassificação de fornecedores não idôneos (BRASIL, 2006a).

#### **2.1.4 Armazenamento**

A etapa de armazenamento tem como finalidade garantir a segurança e qualidade dos itens até seu recebimento pelos clientes. Possui três níveis: o armazenamento no almoxarifado geral; o armazenamento contribuindo ao transporte adequado; e o armazenamento nas Farmácias Distritais e nas Unidades Básicas de Saúde (MOTTER, 2012).

Constitui-se como um conjunto de procedimentos que envolvem o recebimento - de acordo com as especificações determinadas nos processos de seleção e aquisição; a estocagem/guarda - respeitando as condições específicas de cada produto (termolábeis, fotossensíveis, inflamáveis, etc.), a segurança do local e da equipe de trabalho, bem como segurança dos medicamentos contra danos físicos, furtos ou roubos; o controle de estoque e a entrega (MARIN *et al.*, 2003; FERRACINI E BORGES Fº, 2010).

Para promover a localização ágil e sem possibilidade de erros na separação, é necessário armazenar os produtos de forma lógica, devendo levar em consideração a similaridade dos itens, a rotatividade, o volume e o peso dos produtos, bem como a ordem de entrada e saída. Ainda disso, deve ser constituído de um espaço que deve garantir a qualidade, a disponibilidade nos pontos de distribuição, a segurança e o controle dos produtos estocados (SILVA *et al.*, 2010; FERRACINI E BORGES Fº, 2010).

Torna-se fundamental que as organizações de saúde estabeleçam e monitorem critérios para assegurar que os medicamentos estejam sendo recebidos, estocados e controlados de maneira eficaz e correta.

#### **2.1.5 Distribuição**

Consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno (BRASIL, 2006a). A importância da distribuição de produtos farmacêuticos está na sua implicação direta sobre a qualidade do produto e na garantia do abastecimento contínuo (MARIN *et al.*, 2003).

Uma distribuição correta e racional de medicamentos deve garantir rapidez na entrega, por meio de um cronograma factível de ser realizado sem atrasos, nas quantidades e produtos corretos e com a qualidade desejada, transportados de acordo com suas características e segurança. Toda movimentação de distribuição deve ser monitorada por sistema de informação confiável, atualizado e parametrizado para um gerenciamento adequado (MARIN *et al.*, 2003; SILVA *et al.*, 2010).

#### **2.1.6 Dispensação**

A dispensação de medicamentos é a principal atividade da Assistência Farmacêutica, uma vez que constitui a última oportunidade de acentuar ou efetivar a adequada orientação aos usuários em relação à farmacoterapia. Consiste no ato de proporcionar medicamentos ao paciente, mediante apresentação de prescrição elaborada por profissional autorizado, sendo o farmacêutico, devidamente treinado e capacitado, o responsável pelas devidas orientações quanto a doses, posologia, interações e reações adversas (MOTTER, 2012).

O Conselho Federal de Farmácia estabelece que a relação entre o farmacêutico e o ato de dispensar, não deve ser apenas o ato da entrega do medicamento, mas sim a prestação de um serviço farmacêutico, onde será elucidada a prescrição. Cabendo ao profissional farmacêutico observar a legalidade da receita, entrevistar o paciente a fim de obter seu perfil medicamentoso, evitando possíveis interações medicamentosas e alertando sobre possíveis reações adversas (BITTENCOURT, 2014).

É ainda importante que se acompanhe essa etapa, não só para detectar possíveis falhas, mas também para aperfeiçoar os mecanismos de controle. As informações coletadas devem retornar e retroalimentar o Ciclo da Assistência, possibilitando mudanças ou ajustes (MARIN *et al.*, 2003).

## **2.2 Indicadores utilizados na área da saúde**

A partir da descrição das etapas, é constatada a importância de informações e dados no gerenciamento da AF, de tal maneira que o uso de indicadores não se torna apenas indicado, e sim indispensável. É apresentado no Apêndice A um conjunto de indicadores sugeridos para cada etapa, encontrados na literatura e em instrumentos públicos de gestão. Muitos dos indicadores encontrados são referentes à macro avaliação e pensados para serviços de AF recentemente implementados - pois muitos consistem em apenas verificações da existência ou não de determinados processos.

A implantação de sistemas de informações gerenciais na AF auxilia a formulação de políticas de medicamentos e subsidia a tomada de decisões dos gestores. Para um gerenciamento eficiente é necessário um sistema de informações que reflita a realidade dos serviços, disponibilizando indicadores seletivos e específicos, que auxiliem na qualificação do processo de decisão e na racionalização da aplicação dos recursos. O desenvolvimento de indicadores é um método lógico, mas não é um método mágico. Como o próprio nome já explicita, aponta para as principais conquistas, problemas ou obstáculos, tornando possível a elaboração de estratégias para o seu enfrentamento (CONASS, 2007).

Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. Classicamente considerados uma tríade, correspondem às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*. Nesta tríade, estrutura envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Dentro dessa conceituação cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis como também a qualificação profissional, qualidade do equipamento, tecnologia para viabilização dos serviços, entre outros (DONABEDIAN, 1980; MALIK e SCHIESARI, 1998).

Processo é compreendido como a execução das atividades e da dinâmica estabelecida nas relações entre profissionais de saúde e pacientes e deverá estar fortemente relacionado ao resultado para ser utilizado como estimativa da qualidade. Por fim, Resultado é entendido como o final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas do usuário com o cuidado prestado (DONABEDIAN, 2001). Essa categorização tem por objetivo a

sistematização da complexidade da saúde, permitindo que a partir dela se estabeleçam indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas (STENZEL, 1996). Em parte, essa visão se deve ao receio da perda da utilidade analítica que a ampliação do conceito de qualidade traria.

Soárez *et al.* (2005) sugere que o primeiro passo na seleção de um indicador seja a escolha de um referencial teórico sobre o qual ele será fundamentado. O referencial teórico deve basear-se em uma revisão bibliográfica pertinente ao assunto a ser estudado, à definição de conceitos e hipóteses, as teorias básicas e metodologias relacionadas ao tema e seus antecedentes. Em seguida, o objeto estudado deve ser claramente definido. Essa fase é bastante importante porque, dependendo da forma como o objeto foi definido, ele abrangerá domínios distintos que futuramente precisarão ser medidos pelos indicadores. O terceiro e último passo é a escolha de indicadores que possam medir e quantificar os domínios que compõem o nosso objeto de estudo (SOÁREZ *et al.*, 2005). Deponti *et al.* (2002) diz que não há uma fórmula pronta para a construção de indicadores, é necessário análise, interpretação e compreensão por parte dos envolvidos. Os indicadores descrevem um processo específico e são particulares a esses processos, e por isso não há um conjunto de indicadores globais adaptáveis a qualquer realidade (DEPONTI *et al.*, 2002).

Quanto à qualidade, um indicador dependerá das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados - registro, coleta e transmissão dos dados (DEPONTI *et al.*, 2002). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade - capacidade de medir o que se pretende; e confiabilidade - reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares. Pereira (1995) diz que um indicador de alta confiabilidade só tem valor se for também de alta validade. Portanto, essas duas questões precisam ser adequadamente resolvidas para que o indicador reflita, com propriedade, a característica objeto da mensuração. Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade e especificidade (PEREIRA, 1995; MSH/WHO, 1997; SOÁREZ *et al.*, 2005). A sensibilidade é a capacidade de medir as alterações desse fenômeno. Já a especificidade é capacidade de detectar somente este fenômeno. Se o indicador mede outro fenômeno em paralelo ele perde a sua validade porque pode fornecer uma avaliação não verdadeira do fenômeno em questão (SOÁREZ *et al.*, 2005). O indicador deve ser capaz de discriminar corretamente um dado evento de outros, assim como detectar as mudanças ocorridas com o passar do tempo (PEREIRA, 1995).

Outros atributos de indicadores de saúde citados na literatura são: relevância - responder a prioridades de saúde e ser útil para a tomada de decisão de quem o coleta ou da gerência do serviço (SOÁREZ *et al.*, 2005); mensurabilidade - basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir (MSH/WHO, 1997); e custo-efetividade - os resultados justificam o investimento de tempo e recursos (PEREIRA, 1995; SOÁREZ *et al.*, 2005). Ainda espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde (PEREIRA, 1995; MSH/WHO, 1997; SOÁREZ *et al.*, 2005). Soárez *et al.* (2005) lembra que, embora essas características sejam fáceis de serem definidas, elas são pré-requisitos ideais, e raramente são atingidos em sua totalidade na prática, de forma que poucos indicadores apresentarão 100% de todas essas propriedades (SOÁREZ *et al.*, 2005).

Costa *et al.* (2016) ao propor um modelo de instrumento para monitorar o desempenho da Vigilância em Saúde no âmbito estadual de Pernambuco, destaca a revisão periódica do modelo lógico, no intuito de readequá-lo. Contemplando, assim, novos aspectos ou, ainda, outros não previstos que aparecem com o desenvolvimento dos processos de gestão, devido a características contextuais que imprimem a necessidade de monitorar determinados aspectos não



pensados ou priorizados anteriormente. Bem como a necessidade de ajustes periódicos nos padrões estabelecidos, uma vez que um dos objetivos do controle é acompanhar as variações ocorridas no decorrer do tempo e ser indutor de mudanças. Uma vez atingido determinada meta deve-se ajustá-la com o intuito de promover melhoria contínua dos resultados institucionais.

Deponti *et. al.*, (2002) diz que é importante permitir a relação com outros indicadores, facilitando a interação entre eles. É necessária a análise integrada do conjunto dos indicadores e das dimensões do desempenho já que o mau desempenho de uma dimensão pode afetar o de todo o sistema. Além disso, deve-se ter em mente que o monitoramento por ser um processo sistemático e contínuo é, portanto, bastante sensível para captar mudanças. A definição da periodicidade do monitoramento também dependerá dos objetivos pretendidos. Sendo que esta deve ser pensada a partir do contexto e da disponibilidade de recursos para coleta e processamento das informações.

### **3. Método**

A unidade de estudo neste trabalho é a AF do município de Porto Alegre. O município conta atualmente com a AF nos três níveis de complexidade de atendimento à saúde, representadas pelos dispensários nas Unidades Básicas de Saúde (US), Farmácias Distritais (FDs), farmácias especializadas e farmácias internas das unidades de atendimento pré-hospitalar (PORTO ALEGRE, 2017).

As Farmácias Distritais são locais públicos de acesso aos medicamentos básicos, para tratar doenças da população, definidos na REMUME, em acordo com as normas do Ministério da Saúde, e aos medicamentos de controle especial, pertencentes aos protocolos ou que possuam alguma especificidade. Estão organizadas de forma descentralizada contando com dez unidades distribuídas entre oito gerências sob a responsabilidade COORAF, órgão pertencente à Secretária Municipal de Saúde (SMS). Todas as unidades contam com farmacêuticos que atuam como responsáveis técnicos e coordenadores do serviço especializado de fornecimento de medicações (PORTO ALEGRE, 2017). Além disso, a AF na SMS-POA também conta com os dispensários nas Unidades Básicas de Saúde – no total são 133 unidades, sendo quatro em serviços de populações específicas, que oferecem os medicamentos que não são antimicrobianos nem controlados.

A COORAF coordena, em nível municipal, o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Gerencia de forma compartilhada com outras coordenações e secretarias, as ações vinculadas as etapas do ciclo da AF.

O objeto de estudo deste trabalho foi o quadro de indicadores apresentados no Relatório de Gestão do município de Porto Alegre, relativo ao ano de 2018. Para a avaliação destes indicadores, o trabalho dividiu-se nas seguintes etapas:

1. Definição do valor de cada etapa do ciclo da AF, compreendendo: I – Revisão da literatura, normas e instrumentos legais e II - entrevista com os responsáveis técnicos da AF no município.
2. Avaliação dos indicadores apresentados no RAG 2018 através da I – avaliação das características básicas por indicador; II – classificação do indicador em estrutura, processo ou resultado; e III – verificação da cobertura dos valores da etapa.
3. Definição do Quadro Mínimo de Indicadores (QMI).

#### **3.1 Definição de valor por etapa**

A primeira etapa do trabalho consistiu em definir valores por etapa do ciclo da AF. Para isto, foi realizado um levantamento nos instrumentos públicos, políticas e portarias acerca da Assistência Farmacêutica, bem como na literatura em geral. Para cada etapa, foi descrito quais são os principais objetivos e principais características dos seus processos, bem como as relações que uma etapa mantém com as outras. A fim de combinar essa base teórica com a prática, bem como identificar especificidades do serviço no município de estudo, foi aplicado um questionário, com roteiro pré-definido contendo os tópicos sobre os quais se planejava aprofundar (Apêndice B) e com o suporte da COORAF, com os responsáveis técnicos, por órgão gestor, representantes das etapas da AF.

A entrevista não se limitou às perguntas semiestruturadas, possuindo o entrevistador a liberdade de abordar outras questões e incluir novas perguntas à medida que a entrevista evoluísse. Essas foram gravadas e posteriormente transcritas para fins de análise de conteúdo. Foram entrevistados nove profissionais integrantes da Comissão da Farmácia terapêutica (CFT), Coordenação da Assistência Farmacêutica (COORAF), Comissão de Avaliação de Medicamentos em Licitações (COMEL), Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e farmacêuticos responsáveis por cinco Farmácias Distritais – IAPI, Santa Marta, Modelo, Bom Jesus e Camaquã. O levantamento, incluído no referencial teórico, e análise da entrevista, serviram como base para o resultado da primeira etapa que consistiu na definição de valor da etapa e foi incluído na tabela de avaliação dos indicadores, instrumento utilizado na próxima etapa.

### **3.2 Avaliação dos indicadores apresentados no RAG 2018**

Nesta etapa, primeiramente foram definidos critérios, dentre as características fundamentais de indicadores abordadas no referencial teórico, julgados pertinentes para a análise desejada: validade (sensibilidade e especificidade), disponibilidade, simplicidade e relevância. A confiabilidade dos dados foi considerada dentro do critério de disponibilidade.

O quadro de indicadores apresentados no RAG 2018 (Anexo I) foi reorganizado por etapas e receberam identificações (IDs) de 1 a 36. Como primeiro passo para a avaliação de cada indicador, foi identificado o fenômeno cujo este foi intencionalmente desenvolvido para medir. Os valores, objetivos e requisitos identificados de cada etapa–resultado da primeira etapa –foram utilizados de apoio para a identificação de fenômenos. O valor atribuído à sensibilidade é referente à capacidade do indicador de detectar este fenômeno enquanto que a especificidade diz respeito ao quanto somente este fenômeno é detectado pelo indicador - se não há interferência de outros fenômenos nos resultados do indicador. Portanto, se o indicador possuir mais de um fenômeno associado, implicará em menor atendimento da especificidade. Estes dois primeiros critérios representam a validade do indicador.

A disponibilidade foi avaliada considerando apenas o método de obtenção dos dados dos indicadores, determinando se esta interfere na precisão dos mesmos. Não foi considerada, neste trabalho, a confiabilidade dos valores dos dados já coletados. A simplicidade abrange a facilidade de cálculo, análise e interpretação do indicador. O indicador recebeu pesos conforme o grau atingido em cada critério, variando entre alto ou baixo grau de atendimento. Já a relevância considera o quanto o fenômeno associado ao indicador está alinhado com a estratégia, valores e/ou objetivos da etapa. Para a análise dessa perspectiva, novamente foi utilizado o conceito de valor definido na primeira etapa e cada indicador foi classificado entre relevância direta ou indireta para com estes valores.

A partir da caracterização dos indicadores, cada indicador foi classificado em indicador de estrutura, processo ou resultado em uma adaptação da tríade proposta por Donabedian

(1980). O conceito de estrutura considera as instalações físicas, recursos humanos e aspectos indispensáveis para a efetivação do processo de cada etapa. Como o quadro de indicadores objetiva um gerenciamento por etapa, neste trabalho, o conceito de processo passa a considerar as relações entre os profissionais envolvidos na respectiva etapa e seus clientes internos diretos – e não apenas a relação com o paciente final, como proposto por Donabedian (1980). Já o conceito de resultado é referente às entregas de cada etapa – considerando que estas são resultados do ciclo que, por sua vez, contribuem com a saúde do usuário final, o paciente. Assim considerado, os indicadores que apresentaram relevância direta com os valores, foram classificados como indicadores de resultado, e aqueles com relevância indireta, foram classificados entre estrutura ou processo, conforme definição apresentada ao longo deste trabalho. Por fim, foi avaliado se cada etapa possui indicadores suficientes para acompanhamento de todos os seus principais valores através da comparação destes com os fenômenos identificados, completando, assim, a tabela de avaliação dos indicadores.

### 3.3 Definição do Quadro Mínimo de Indicadores (QMI)

Para a formulação de um quadro mínimo de indicadores (QMI) - entendido como o conjunto mínimo de medidas que proveja cobertura e tangibilize a percepção de valor em cada etapa da AF, foi utilizado o resultado da etapa 2, a avaliação dos indicadores apresentados no RAG 2018.

Os IDs dos indicadores do quadro original foram trazidos como referência e os indicadores sugeridos também receberam identificações. As análises de cada etapa e dos indicadores que compuseram o quadro mínimo podem ser verificadas na próxima sessão deste trabalho.

## 4. Resultados

### 4.1 Análise crítica dos instrumentos de gestão

A meta 49, do PMS 2018-2021, se desdobra em ações descritas na PAS 2018, que contemplam todas as etapas do ciclo da AF, conforme apresentado no Quadro 1:

Meta	Ações
49. Monitorar 25% das etapas da gestão logística dos medicamentos (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição) e da gestão do cuidado (dispensação e o cuidado farmacêutico) no âmbito da Assistência Farmacêutica.	Seleção: Revisar 50% da REMUME quanto a RENAME 2017; Realizar uma reunião por quadrimestre da Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT;
	Programação: Capacitar 50% das equipes de saúde da família para realizar os pedidos no sistema GMAT através de Consumo Médio Mensal (CMM);
	Aquisição: Monitorar o desempenho do processo de aquisição dos medicamentos;
	Armazenamento: Avaliar 100% das US e das FDs quanto a estrutura para manutenção das condições técnicas de armazenamento de medicamentos;
	Distribuição: Monitorar o tempo médio de ressuprimento de medicamentos nas farmácias e unidades de saúde por GD;
	Dispensação: Implantar o Sistema DIS/GMAT em 20% das Unidades de Saúde;
	Cuidado Farmacêutico: Implantar de atendimento clínico farmacêutico em 20% das FDs.

**Quadro 1** – Ações associadas à meta 49.

**Fonte:** PAS 2018 (SMS-POA, 2018)

Ressalta-se que apenas as ações das etapas de Programação e Dispensação mantêm relação direta com a 8ª diretriz (tomada de decisão baseada em informação de qualidade) e seu objetivo, uma vez que a implementação e incentivo de uso de sistemas de informação

automatizados geram informações mais precisas. As ações das etapas Aquisição e Distribuição são proposição de indicadores, porém sem a definição de como o será coletado e monitorado.

As ações das etapas de Seleção e Cuidado Farmacêutico, são ações que não mantêm relações diretas com a diretriz ou o objetivo em questão. Ainda que a REMUME seja um instrumento de informações de grande relevância e base para todo o ciclo, não se trata de informações para tomada de decisão, e sim o resultado do processo de Seleção. Pode-se entender, portanto, que essas ações, na verdade, já são metas dos indicadores cuja meta propõe-se implementar. Assim como a ação da etapa de Armazenamento, é o resultado esperado de tudo o que a diretriz e meta propõe. Dessa maneira, ao invés das ações estarem voltadas para a criação de indicadores e geração de informações para tomada de decisão, estas já estão um passo a frente determinando qual a meta que se pretende alcançar nos futuros indicadores, bem como as ações futuramente viabilizadas por essas.

Entende-se que esse desalinhamento é resultante da falta de informações no gerenciamento da AF. Não há como planejar ações que potencializem o uso de informações em um cenário onde ainda não se sabe o que é necessário para tal. Propõe-se a análise do cenário e a análise da viabilidade e qualidade dos indicadores propostos como um atendimento ao proposto no PMS, e com isso, a criação de uma base de informações para tomada de decisões, inclusive, decisões referentes aos próximos planejamentos do serviço.

#### **4.2 Descrição do cenário atual das etapas do serviço de AF no município de Porto Alegre, extraído das entrevistas**

O quadro a seguir traz os principais pontos extraídos das entrevistas. As etapas de Armazenamento e Distribuição, que completam a gestão logística junto com a Programação, são abordadas em conjunto por serem ambas realizadas na CAF.

**Quadro 2** – Resultados das entrevistas com funcionários da AF-Porto Alegre.

<b>Seleção</b>	
Órgão do profissional entrevistado	Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)
Descrição da etapa no município	Comissão interdisciplinar formada por oito profissionais, entre eles farmacêuticos, enfermeiros e médicos. As reuniões, para discussões referentes às solicitações, ocorrem uma vez ao mês com cerca de 3h de duração. A responsabilidade do parecer técnico é atribuída a um dos profissionais integrantes com entrega posterior.
Valor	"O que seria essencial é que a gente selecionasse os medicamentos para as patologias de maior incidência na população... Ter o máximo de cobertura de acordo com as doenças que a população tem." (trecho retirado da entrevista)
Aspectos limitantes e/ou perdas	CFT representa carga extra de trabalho ao integrantes da equipe; sobrecarga de trabalho; perda por retrabalho devido a falta recorrente de entrega do parecer.
<b>Programação</b>	
Órgão do profissional entrevistado	Coordenação da Assistência Farmacêutica (COORAF)

Descrição da etapa no município	Processo apoiado pelo DIS (Sistema de Dispensação) - sistema de informação utilizado nas farmácias, recentemente implementado. A COORAF recebe os dados de estoque e consumo das unidades e, baseado nisso, realiza o planejamento da reposição. Caso alguma unidade apresente alteração no padrão de consumo, o responsável técnico pela farmácia envia um parecer técnico com as causas da mudança e, após a aprovação da COORAF, a alteração é formalizada na programação, isto é, o medicamento em questão terá nova quantidade e não apenas reposição.
Valor	"Trabalhar adequadamente a gestão logística quanto programação e distribuição, (...) que não falte medicamento" (trecho extraído da entrevista)
Aspectos limitantes e/ou perdas	Precisão das informações: as unidades precisam utilizar o DIS adequadamente e manter os inventários em dia. Qualidade do consumo, para que os dados não sofram interferência. Alinhamento da programação com o pregão.

**Quadro 2 – Resultados das entrevistas com funcionários da AF-Porto Alegre.**

<b>Aquisição</b>	
Órgão do profissional entrevistado	Avaliação de Medicamentos em Licitações (COMEL)
Descrição da etapa no município	Aquisições planejadas, geralmente, de mês a mês, através de pregão eletrônico – modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços. Após definido o fornecedor por critérios de preço, este passa por uma qualificação técnica, que pode acarretar na desqualificação de tal.
Valor	"Efetivação da programação, (...) gerenciamento do processo de licitação" (trecho extraído da entrevista)
Aspectos limitantes e/ou perdas	Integrantes da COMEL não são profissionais exclusivos.
<b>Armazenamento/Distribuição</b>	
Órgão do profissional entrevistado	Central de Abastecimento Farmacêutico
Descrição da etapa no município	Equipe de doze integrantes, dos quais três são responsáveis pelas entregas nas unidades. Os medicamentos entregues, em forma de volumes, idealmente passam por uma conferência no momento em que chegam à CAF. Os volumes são separados e armazenados de acordo e o controle do estoque é realizado por lote e por vencimento. No momento da entrega nas Us e FDs, há uma segunda conferência dos volumes. Além disso, há um prazo para notificação em caso de divergências de lote, quantidades ou má qualidade das unidades presentes nesses volumes, que são conferidas posteriormente. Além do armazenamento na CAF, os medicamentos são armazenados também nas unidades e este deve estar de acordo com as especificidades dos medicamentos – ambiente e temperatura adequados – de forma a preservar a qualidade dos mesmos.
Valor	"Receber os medicamentos comprados, armazenar de forma adequada, para que eles não percam a qualidade e distribuir também de forma adequada. Para que [assim] chegue lá pro paciente, no tempo certo, na qualidade e nas condições adequadas." (trecho extraído das entrevistas)
Aspectos limitantes e/ou perdas	Recurso humano qualificado disponível para conferências - o que leva a necessidade de notificações tardias aos fornecedores referentes a não conformidades. Processo altamente manual, cuja a verificação de lotes é visual, acarretando em erros operacionais e necessidade de supervisão constante
<b>Dispensação</b>	
Órgão do profissional entrevistado	Farmácias Distritais (FDs)

Descrição da etapa no município	O município conta com 53 guichês de dispensação e é formado por equipes de farmacêuticos, técnicos e estagiários.
Valor	Disponibilidade de medicamento e atendimento farmacêutico. "Adquirir o medicamento, informações e orientações sobre o medicamento", "fornecer medicamentos, principalmente controlados, e prestar atendimento farmacêutico", "dispensação de medicamento controlados que demandam um profissional da área farmacêutica". (trechos extraídos das entrevistas)
Aspectos limitantes e/ou perdas	O tempo de espera de atendimento nas unidades cujas causas são combinações da alta demanda com as limitações de estrutura e falta de profissionais. Esta última causa também implica em tarefas como controle de estoque e atendimento serem realizadas por profissionais farmacêuticos, diminuindo o tempo disponível que deveria ser dedicado ao paciente. Qualidade das prescrições.

A Dispensação é a etapa final do ciclo. É nessa etapa que se efetiva os principais objetivos do serviço e onde ocorre o contato direto com o paciente. Devido a isso, também é a etapa mais impactada. É, principalmente, na Dispensação onde as ineficiências do resto do ciclo são sentidas. Além disso, os valores das outras etapas acabam se intercalando com o valor percebido na Dispensação. Também é na Dispensação que a maioria dos dados é coletada, sendo esta fonte fundamental de informações que retroalimentam as outras etapas.

A demanda não atendida, por exemplo, levantada também na etapa de Dispensação, é um ponto crítico do serviço e diz respeito, na verdade, a todas as etapas. Muitas vezes as causas se inter-relacionam. Para citar apenas alguns exemplos, a ineficiência pode ter acontecido na Programação, através de quantidades ou tempos inadequados, pode ser resultado em um atraso de licitações na Aquisição ou atraso na entrega do fornecedor, até mesmo o atraso na Distribuição a partir do CAF.

Além da interdependência direta com a Dispensação, a efetividade da Programação também depende de informações e alinhamento com a etapa de Aquisição. Estes processos são altamente interconectados uma vez que não basta definir o quanto será comprado, mas também quando o será. Existem então, dois fatores determinantes no tempo em que os medicamentos são adquiridos: um deles vindo da necessidade das unidades, indicado pela Programação e o outro, dependente de licitações, definidos pela Aquisição.

Por mais que exista a divisão do ciclo da AF em etapas cujas responsabilidades são atribuídas a diferentes comissões, os resultados obtidos em cada processo influenciarão os demais resultados (MARIN *et. al.*, 2003). Dessa maneira, se torna complexo associar uma ineficiência a uma única causa em determinada etapa.

### 4.3 Avaliação dos indicadores

O critério utilizado para a validação dos indicadores foi o alto grau de atendimento da validade em, pelo menos, um dos seus critérios. Para os indicadores que tiveram sua especificidade identificada como baixa, foi repassada à gestão a necessidade de análise conjunta com outros indicadores e/ou análise interna do órgão responsável pela etapa associada. A disponibilidade dos dados também foi fator determinante para a validação do indicador, aqueles que não apresentaram alto grau de atendimento e foram mantidos no quadro mínimo, sofreram alterações em seus processos de obtenção de dados, como descrito mais adiante. O critério de simplicidade foi utilizado para indicar a necessidade de adaptações tanto na descrição como método de cálculo dos indicadores. A tabela de avaliação dos indicadores encontra-se como Apêndice Digital (Apêndice C).

As etapas de Seleção, Aquisição, Armazenamento e Dispensação tiveram indicadores removidos (IDs1, 17, 23, 32 e 33). O indicador que mede a porcentagem de medicamentos da

REMUME revisados pela CFT (ID 1) não apresentou grau de atendimento satisfatório no critério de validade. Como apresentado no Apêndice C, esse indicador não esclarece qual é a necessidade de atualização desta lista, de forma que sua porcentagem não deixa explícito por si só se representa um bom resultado ou não. Além disso, além da necessidade de atualização da lista, o indicador ainda pode sofrer interferências da eficiência da CFT em atender essas atualizações. Dessa maneira, é sugerido que este indicador seja utilizado apenas como métrica de acompanhamento interno do setor.

Os demais indicadores apresentaram problemas na coleta resultando em baixa confiabilidade. Como pode ser visto no Apêndice C, não há registros automatizados destes dados, cabendo ao profissional realizar anotações durante a jornada de trabalho em um ambiente, muitas vezes, de alta demanda e pressão. Também constatado na entrevista, não estava claro, aos apoiadores das FDs, quais eram as intervenções que o indicador pretende monitorar (ID 32 e 33).

#### **4.4 Definição do Quadro de Indicadores**

A partir da avaliação dos indicadores apresentados no RAG 2018 (Apêndice C), foram sugeridos os indicadores a compor o QMI a ser monitorado pela gestão da AF. Os indicadores do tipo resultado compuseram a primeira parte de cada etapa no quadro sugerido, conforme suas adaptações necessárias e foram incluídos indicadores para completar a cobertura dos principais valores das etapas, assim como para complementar o acompanhamento de pontos críticos identificados nas entrevistas.

O QMI é apresentado a seguir, dividido por etapa. A coluna da direita aponta se o indicador foi mantido da lista original (Anexo I), e/ou sofreu adaptações, e/ou foi transferido de uma etapa à outra, ou ainda, se é um novo indicador inserido como sugestão, com sua devida referência. Em seguida, há a classificação entre indicadores de resultado, processo ou estrutura, conforme a classificação definida na metodologia e atribuída na avaliação.

Foi possível observar a partir da tabela de avaliação (Apêndice C) que a maioria das etapas não obteve cobertura satisfatória dos valores a partir dos indicadores apresentados. A análise das entrevistas com funcionários demonstra que os atuais indicadores foram elaborados a fim de demonstrar os pontos críticos sentidos no dia-a-dia, considerados limitantes dos processos. Porém observou-se uma carência em indicadores de resultados associados que possam evidenciar a relação destes com a qualidade do ciclo. A combinação de tais indicadores com indicadores de resultados, consegue demonstrar o elo existente entre estes pontos críticos e os resultados buscados, por etapa, pela gestão e pela população. A análise contínua do QMI conseguirá demonstrar a influência de cada indicador nos resultados de cada etapa, e assim, demonstrar a necessidade de ações voltadas a melhorias destes pontos. Portanto, foi sugerida a composição dos indicadores de resultados para as etapas que não apresentaram cobertura satisfatória de seus valores.

##### **4.4.1 Seleção**

Como indicadores de processo para a etapa, foram mantidos os indicadores, apresentados no RAG 2018 (Anexo I), que medem a porcentagem de prescrito rês que contribuíram com solicitações de alteração da REMUME (ID 3) e a média de sugestões de alteração da REMUME por prescritor (ID 4). A participação dos prescritores é um dos principais *inputs* para a atualização da lista. É importante que quem esteja no fim do ciclo, lidando diretamente com o usuário final, retroalimente informações à etapa. A maior participação dos prescritores está

diretamente ligada a maior cobertura da disponibilidade de medicamentos da REMUME, expressa no indicador de resultado sugerido (ID 37). Este indicador também se relaciona com a quantidade de processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos do componente básico (ID 5) e seus montantes devem apresentar relações diretas. Ambos indicadores estão associados tanto com a máxima disponibilidade de medicamentos quanto à adesão à REMUME.

Como indicador de estrutura, é sugerido o monitoramento da quantidade de reuniões da CFT. Tal indicador foi classificado como estrutura devido à relação que apresenta com a disponibilidade dos recursos humanos, e está diretamente relacionado com a eficiência da equipe, medido através do último indicador de resultado da etapa, a porcentagem de resposta às sugestões de inclusão e exclusão da REMUME no período (ID 2).

**Quadro 3 – QMI, etapa Seleção**

Seleção	ID	Indicador	Método de cálculo
Sugerido	37	Porcentagem de prescrições de medicamentos do Componente Básico não incluídos na REMUME de Porto Alegre (OMS 1993; Machado-dos-Santos, 1998).	Prescrições de medicamentos do componente básico não incluídos na REMUME / total de prescrições no período *100
Adaptado RAG 2018	5	Processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, mas não pertencentes a REMUME de Porto Alegre.	Quantidade de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, mas não pertencentes a REMUME de Porto Alegre, no período.
RAG 2018 (descrição adaptada)	2	Porcentagem de resposta às sugestões de inclusão e exclusão de medicamentos à REMUME.	Quantidade de solicitações avaliadas pela CFT no período / total de solicitações submetidas pelos prescritores no período *100
RAG 2018 (descrição adaptada)	3	Porcentagem de prescritores que contribuíram com solicitações de alteração da REMUME.	Quantidade de prescritores que enviaram solicitações no período / total de prescritores *100
RAG 2018 (descrição adaptada)	4	Média de sugestões de alteração da REMUME por prescritor.	Quantidade de sugestões - alteração, inclusão, exclusão - enviadas / número total de prescritores que enviaram solicitações no período.
Sugerido	38	Reuniões da CFT (OPAS,1997).	Quantidade de reuniões da CFT no período.

Incluídos dentro dos indicadores da etapa da Seleção, estavam os indicadores referentes às porcentagens de processos sofridos pelo município para obtenção de medicamentos pertencentes à lista especial (ID 6), medicamentos do componente especializado (ID 7), medicamentos oncológicos (ID 8), ou ainda a medicamentos fora das listas do SUS (ID 9) – considerando neste último, a abrangência da RENAME. Todos esses medicamentos se enquadram como responsabilidades do Estado ou do Ministério Público. Ainda que o município tenha participação nos processos e que a informação seja de relevância no Relatório de Gestão, essas taxas não estão associadas à eficiência da Seleção. Assim, foi sugerida uma abordagem externa às etapas dos referidos indicadores. No quadro sugerido, foi criado um novo item –



Judicialização, onde se encontram tais indicadores. A taxa de solicitação de negativas emitidas pela prefeitura, em relação ao solicitado (ID 10 no Apêndice C) – o atestado da falta de medicamento que serve como inicial para o processo judicial - se caracteriza como métrica de acompanhamento e é sugerido que este se mantenha apenas como controle interno.

**Quadro 4 – QMI, Judicialização**

Judicialização	ID	Indicador	Método de cálculo
Adaptado RAG 2018	6	Porcentagem dos processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos pertencentes a lista especial.	Quantidade de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos pertencentes a lista especial / total de pareceres *100
Adaptado RAG 2018	7	Porcentagem dos processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos do componente especializado.	Quantidade de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos pertencentes ao componente especializado / total de pareceres *100
Adaptado RAG 2018	8	Porcentagem dos processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos oncológicos.	Quantidade de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos oncológicos / total de pareceres *100
Adaptado RAG 2018	9	Porcentagem processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos fora das listas de medicamentos do SUS.	Quantidade de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos fora das listas de medicamentos do SUS / total de pareceres *100

#### 4.4.2 Programação

Os únicos dois indicadores apresentados no RAG 2018 (Anexo I), associados à Programação, foram classificados como indicadores de estrutura. A porcentagem de Unidade de Saúde que utilizam o sistema automatizado GMAT no processo de Programação (ID 12) traz informações sobre a quantidade de unidades que já tiveram esse sistema de informação automatizado implementado. O uso de tal oferece maior confiabilidade dos dados de consumo e estoque, proporcionando maior acurácia na Programação. Já a porcentagem de solicitações de readequação e revisão da lista de medicamentos das Unidades de Saúde atendidas (ID 11), busca mensurar se há recursos humanos disponíveis para atender essas solicitações de revisão da programação das unidades. Ambos indicadores estão diretamente relacionados à demanda não atendida por falta de medicamento nas Unidades de Saúde e Farmácias Distritais (ID 39), primeiro indicador de resultado sugerido para a etapa. Como a falta de medicamentos pode ser causa, também, da Distribuição, sugere-se à gestão que a análise desses indicadores seja realizada em conjunto com os demais indicadores da referida etapa.

Como indicador de processo, foi sugerida a porcentagem de medicamentos com solicitação de compra única (ID 40). Os casos de compra única resultam em maior custo e são considerados exceções do processo regular. O indicador busca acompanhar a frequência com que são realizadas essas solicitações a fim de que se possa avaliar as causas e planejar ações para minimizá-las, além de acompanhar o efeito que geram nos resultados esperados da etapa. Tal influência pode ser monitorada através da razão entre o orçamento programado e o recurso liberado (ID 40), outro indicador de resultado sugerido.

Para finalizar os indicadores de resultados da etapa, foram transferidos do Armazenamento para a Programação, dois indicadores referentes aos medicamentos vencidos (IDs 18 e 19), já que a principal causa destes é o excesso e este é atribuído a Programação. No entanto, é válido observar que o vencimento de medicamentos também pode ser ineficiência do controle de estoque, e por essa razão, o indicador recebeu média especificidade (Apêndice C). Novamente, sugere-se a análise de tais indicadores em conjunto com os indicadores da etapa de Armazenamento.

**Quadro 5 – QMI, etapa Programação**

Programação	ID	Indicador	Método de cálculo
Sugerido	39	Demanda não atendida por falta de medicamento nas Unidades de Saúde e Farmácias Distritais.	Quantidade de prescrições não atendidas por falta local de medicamento observadas no período.
Sugerido	40	A razão entre o orçamento programado e o recurso liberado (Adaptado de JCPP, 2000; WHO 1994).	Orçamento programado para o período / orçamento liberado para o período.
Remanejado do Armazenamento e adaptado - RAG 2018	18	Total de medicamentos perdidos por vencimento.	Total de produtos perdidos por vencimento no período.
Remanejado do Armazenamento - RAG 2018 (descrição adaptada)	19	Porcentual do recurso financeiro equivalente aos medicamentos perdidos por vencimento.	(Produtos perdidos por vencimento * preço unitário) / recurso financeiro gasto no período *100
Sugerido	41	Porcentagem de medicamentos com solicitação de compra única.	(Quantidade de itens adquiridos por modalidade de compra única no quadrimestre / total de itens adquiridos) *100
RAG 2018	12	Porcentagem de Unidade de Saúde que utilizam o sistema automatizado GMAT no processo de Programação.	Quantidade de Unidades de Saúde que utilizam o sistema GMAT / total de Unidades de Saúde *100
Adaptado RAG 2018	11	Porcentagem de solicitações de readequação e revisão da lista de medicamentos das Unidades de Saúde atendidas.	Quantidade de solicitações repactuados com as Unidades de Saúde / total de pedidos *100

#### 4.4.3 Aquisição

Os indicadores apresentados para o controle da Aquisição consistiam em indicadores de processo. Estes foram adaptados para que sua descrição se tornasse mais clara ao público do relatório que nem sempre é familiarizado com o processo da etapa. Tais indicadores dizem respeito às solicitações de troca de marca (ID 13), prorrogação do prazo de entrega (ID 14), ou ainda, cancelamento de contrato (ID 16) por parte dos fornecedores após o processo de licitação já concluído. Estas solicitações interferem tanto no tempo total do processo de compra (ID 43) como no gasto com as aquisições (ID 42), de tal maneira que estes foram os indicadores de

resultados sugeridos para a etapa. Outro fator limitante que aumenta o tempo médio gasto no processo de compra são os medicamentos que não possuem registro de preço no catálogo de materiais (ID 45). Tal indicador foi sugerido e classificado como indicador de estrutura por se tratar de um *input* essencial do processo. Finalizando o grupo de indicadores de resultado, foi sugerido o acompanhamento da relação de quantidades solicitadas e quantidades adquiridas (ID 44). Este indicador objetiva demonstrar a relação entre a Aquisição e a etapa de Programação, e pode contribuir para a busca por causas raiz de ineficiências observadas no ciclo.

**Quadro 6 – QMI, etapa Aquisição**

Aquisição	ID	Indicador	Método de cálculo
Sugerido	42	Recursos gastos com aquisição de medicamentos por modalidade de compra (Brasília, 2006).	Recursos gastos com aquisição de medicamentos no período.
Sugerido	43	Tempo médio gasto no processo de compra (Brasília, 2006).	Tempo médio entre a emissão do pedido até a disponibilidade do medicamento na CAF.
Sugerido	44	Relação entre quantidades solicitadas na programação e quantidades adquiridas (Adaptado Brasília, 2006).	Quantidades adquiridas no período / quantidades solicitadas no período.
RAG 2018 (descrição adaptada)	13	Porcentagem de itens em que o fornecedor solicitou a troca da marca constada na licitação.	Itens com solicitações de troca da marca que constava na licitação / total de licitações no período *100
RAG 2018 (descrição adaptada)	14	Porcentagem de pedidos com solicitações de prorrogação de prazo de entrega.	Número de pedidos em que foi solicitada a prorrogação de prazo de entrega (pelo fornecedor) / total de pedidos no período *100
RAG 2018 (descrição adaptada)	16	Porcentagem de pedidos com solicitações de cancelamento de contrato.	Número de pedidos com cancelamentos de contrato solicitados / total de pedidos no período *100
RAG 2018 (descrição adaptada)	15	Quantidade de notificações/penalizações à fornecedores.	Número de pareceres para a notificação de penalizações de fornecedor no período.
Sugerido	45	Porcentagem de medicamentos que não possuem registro de preço no catálogo de materiais.	Medicamentos que não possuem registro de preço ativo / total de medicamentos no catálogo *100

#### 4.4.4 Armazenamento

Os indicadores de estrutura trazidos no RAG 2018 (Anexo I) dizem respeito a dois fatores, identificados pela gestão, que contribuem para a eficiência da etapa. O aparelho específico para a aferição da temperatura (ID 22) está diretamente relacionado à qualidade do armazenamento nas unidades, bem como a existência de um profissional exclusivo para atuar no dispensário dessas (ID 24), fator importante, também, para o controle de estoque. Foi sugerido, além do recurso financeiro salvo devido a remanejo de medicamentos para evitar o vencimento (ID 20), que também fosse apresentado como indicador de resultado, o recurso financeiro perdido por danificação de medicamentos (ID 46) e por desvio de estoque (ID 47). Tais indicadores poderão refletir as melhorias experimentadas pelos indicadores de estrutura. Para complemento de informação, foi sugerida a apresentação da métrica do recurso financeiro total aplicado no período de análise (ID 48).

Como indicador de processo, foi sugerido o monitoramento das reclamações tardias aos fornecedores por falta de conferência no momento da entrega dos insumos na CAF (ID 49). No entanto, é válido ressaltar que, conforme a entrevista, a falta de tais conferências, além de serem

falhas no processo, também decorre da falta de recursos humanos qualificados para tal. Dessa maneira, é necessária uma análise interna da CAF nos resultados de tal indicador.

**Quadro 7 – QMI, etapa Armazenamento**

Armazenamento	ID	Indicador	Método de cálculo	
RAG 2018 (descrição adaptada)	20	Recurso financeiro salvo devido a remanejamento de medicamentos para evitar o vencimento	Medicamentos remanejados no período, em que foi evitado o vencimento * preço unitário.	
Sugerido	46	Recurso financeiro perdido por danificação de medicamentos.	Medicamentos perdidos por danificação * preço unitário	
Sugerido	47	Recurso financeiro referente a medicamentos perdidos por desvio de estoque.	Produtos perdidos por divergência de estoque físico * preço unitário	
Sugerido	Métrica	48	Recurso financeiro aplicado.	Total do recurso financeiro aplicado no período.
Sugerido	Processo	49	Porcentagem de reclamações tardias aos fornecedores por falta de conferência no momento da entrega dos insumos na CAF.	Quantidade de reclamações pós entrega / total de reclamações *100
RAG 2018 (descrição adaptada)	Estrutura	22	Porcentagem de Unidades de Saúde que possuem aparelho específico para a aferição da temperatura.	Unidades de Saúde que possuem aparelho específico para a aferição da temperatura de área de armazenamento e do refrigerador / total de Unidades de Saúde *100
RAG 2018 (descrição adaptada)		24	Porcentagem de Unidades de Saúde em que há funcionário exclusivo para atuar no dispensário.	Quantidade de Unidades de Saúde em que há funcionário para atuar exclusivamente no dispensário / total de Unidades de Saúde *100

#### 4.4.5 Distribuição

A Distribuição teve o total dos seus indicadores apresentados classificados como indicadores de resultado, sendo que estes cobriram de forma satisfatória os valores identificados para a etapa. Estes consideram se as entregas foram realizadas no tempo necessário (ID 25) bem como a qualidade destas (ID 26). Dentro deste último indicador, foram incluídos, também, os indicadores 27 e 28, já que todos se propõem a medir o mesmo fenômeno. Foi sugerida a complementação desta informação através de um indicador inicial que apresente o total de pedidos de distribuição solicitados (ID 50). Ainda foram sugeridos indicadores de processo e de estrutura para completar o quadro da etapa. Como processo, é válido acompanhar o tempo total dispendido na reposição dos medicamentos às US e FDs (ID 51) de tal modo que este pode ser relacionado com a qualidade do processo - representada nos indicadores de resultado. Novamente como resultado das análises das entrevistas, o indicador de estrutura sugerido é referente a um ponto crítico levantado pelos colaboradores das FDs. Pedidos retirados diretamente na CAF (ID 52) – ao invés de ser entregue nas unidades finais – expõe a insuficiência de estrutura de entrega, como veículos e recursos humanos.

**Quadro 8 – QMI, etapa Distribuição**

Distribuição	ID	Indicador	Método de cálculo
Sugerido	50	Total de pedidos de distribuição.	Quantidade de pedidos de distribuição no quadrimestre
Adaptado RAG 2018	25	Porcentual de unidades atendidas de acordo com o cronograma de distribuição (Brasília, 2006).	Quantidade de pedidos entregues com tempo de ressurgimento menor ou igual ao tempo proposto / total de reposições mensais *100
Adaptado RAG 2018	26	Porcentagem de pedidos entregues às Unidades de Saúde e FDs com quantidades, volumes ou número de lote divergente.	Quantidade de pedidos entregues com quantidades, volumes ou número de lote divergentes / total de pedidos entregues *100
RAG 2018 (descrição adaptada)	29	Porcentagem de pedidos entregues às Unidades de Saúde e FDs com avarias.	Quantidade de pedidos entregues com avarias / total de pedidos entregues *100
Sugerido	51	Tempo médio gasto na reposição por medicamento (Adaptado Brasília, 2006).	Tempo total de distribuição / total de medicamentos entregues
Sugerido	52	Porcentagem de pedidos retirados diretamente na CAF por falta de recursos para a entrega	Quantidade de pedidos retirados na CAF pelas Unidades de Saúde e FDs / total de pedidos no período *100

#### 4.4.6 Dispensação

Primeiramente, o indicador de estrutura (ID 35) trazido pelo RAG 2018 (Anexo I), além da complexidade em relação ao que se propunha medir, ainda apresentava inconsistências em seu método de cálculo. Dessa maneira, ao invés de trazer a estimativa do número de receitas que se deixa de atender devido à falta de recursos humanos – fenômeno identificado apenas através de entrevistas com o profissional responsável – foi sugerida a apresentação da porcentagem de dias em que não foi possível atender toda a demanda diária, devido à existência de guichês ociosos, isto é, a falta de recursos humanos. Tal indicador, bem como o tempo médio de espera para receber o medicamento (ID 55), ponto crítico levantado nas entrevistas, refletem no primeiro indicador de resultado sugerido para a etapa: a média de prescrições atendidas por dia (ID 53). Bem como os indicadores de processo apresentados inicialmente no relatório: a adesão do prescritor à solicitação pactuada em ficha de retorno pelo farmacêutico (ID 36), e a quantidade de solicitações de adequação de medicamentos à REMUME a cada mil receitas atendidas (ID 34). Esses foram classificados como indicadores de processo por estarem relacionados à qualidade da prescrição, instrumento que efetiva o processo da dispensação.

A fim de cobrir o uso racional, importante valor da etapa, também foi sugerido o acompanhamento da quantidade de medicamentos por prescrição (ID 54). Há dados na literatura que indicam os parâmetros em que essa média deve se encontrar. O acompanhamento desta média por unidade, também auxilia o planejamento de ações voltadas ao uso racional nos locais onde este indicador for constatado acima da média.

Por fim, abrangendo os indicadores de resultado, foram mantidos os dois indicadores que acompanham o cuidado farmacêutico, através do monitoramento porcentagem de dispensações de medicamento de alto risco ou de formas complexas, acompanhadas de consultas farmacêuticas (ID 30) e a quantidade de consultas farmacêuticas para orientação sobre a utilização do glicosímetro (ID 31). Para estes, foi sugerida a adaptação no método de cálculo para que seja considerado no denominador apenas o total de dispensações para novos pacientes específicos destes casos, ao invés do total de dispensações no período. Estes indicadores

apresentaram baixo nível de atendimento no critério disponibilidade – os registros não eram automatizados. Portanto, foi implementado um novo sistema de coleta para tais indicadores, através de formulários online, de modo que a confiabilidade dos dados aumentou e tornou os indicadores aptos a permanecerem no QMI.

**Quadro 9 – QMI, etapa Dispensação**

Dispensação	ID	Indicador	Método de cálculo
Sugerido	53	Média de prescrições atendidas por dia (Adaptado Brasília, 2006)	Total de prescrições atendidas / total de dias do período
Sugerido	54	Quantidade de medicamentos por prescrição.	Total de medicamentos / total prescrições atendidas no período.
Adaptado RAG 2018	30	Porcentagem de dispensações de medicamento de alto risco ou de formas complexas, acompanhadas de consultas farmacêuticas.	Quantidade de consultas farmacêuticas para orientação do uso de medicamento de alto risco ou formas complexas / total de dispensações de medicamento de alto risco para novos pacientes.
Adaptado RAG 2018	31	Quantidade de consultas farmacêuticas para orientação sobre a utilização do glicosímetro.	Quantidade de consultas farmacêuticas para orientação do glicosímetro / total de dispensações de glicosímetro para novos pacientes
RAG 2018 (descrição adaptada)	36	Adesão do prescritor à solicitação pactuada em ficha de retorno pelo farmacêutico	Quantidade de fichas de retorno com solicitações aceitas / total de fichas de retornos *100
Adaptado RAG 2018	34	Solicitações de adequação de medicamentos à REMUME a cada mil receitas atendidas	Receitas atendidas no período / quantidade de solicitações de adequação de medicamentos à REMUME / 1000
Sugerido	55	Tempo médio de espera para receber o medicamento (Brasília, 2006).	Prescrições atendidas / total de horas de funcionamento no período
Adaptado RAG 2018	35	Porcentagem de dias em que não foi possível atender toda a demanda diária e haviam guichês ociosos.	Quantidade de dias no período em que a demanda de atendimento não foi suprimida e havia guichê ocioso / total de dias no período *100

#### 4.5 Controle visual do QMI

Para o controle visual do QMI, é descrita a seguir uma proposta de método para a atribuição de notas às etapas resultante do somatório de notas individuais atribuídas a cada um de seus indicadores, conforme seu peso e valor no período. A máxima pontuação que uma etapa pode atingir é cinco pontos – se todos os indicadores atingirem a meta estabelecida - e a menor pontuação é 1,7 – se nenhum dos indicadores da etapa atingirem o valor mínimo estabelecido.

Como primeiro passo, cada indicador recebe classificações em uma escala conforme o seu valor no período: verde (3) – para valor igual ou superior à meta estabelecida; amarelo (2) – para valor entre a meta e o mínimo esperado estabelecido; e vermelho (1) – igual ou abaixo do mínimo esperado.

A ponderação para determinar qual será o peso de cada indicador possui dois fatores variáveis. O primeiro fator é determinado conforme a categoria em que o indicador pertence: indicadores de resultado recebem valor três, enquanto ambos indicadores de processo e estrutura recebem valor um. Foi determinado um peso maior aos indicadores de resultado devido às relações diretas que estes mantêm com os valores de cada etapa. O segundo fator variável é o total de indicadores em cada categoria. O primeiro fator variável é dividido pelo segundo e então dividido por três, correspondente ao tamanho da escala de classificação.

Para determinar a nota do indicador, o valor de sua classificação é multiplicado por seu peso. A seguir é apresentada a etapa de seleção, utilizando classificações fictícias nos seus indicadores, geradas aleatoriamente, para exemplificar o método proposto.

**Tabela 9** – Exemplo do método proposto de atribuição de notas para controle visual do QMI

Seleção	Indicador	1º Quad	Peso	Nota do indicador
		Classificação	Categoria do indicador / total de indicadores / 3	Classificação * peso
Resultado (peso 3)	Porcentagem de prescrições de medicamentos do Componente Básico não incluídos na REMUME de Porto Alegre (OMS 1993; Machado-dos-Santos, 1998).	1	$=\frac{3}{3}/3$	$=\frac{3}{3}/3 * 1$
	Processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, mas não pertencentes a REMUME de Porto Alegre.	2	0.3333	0.6667
	Porcentagem de resposta às sugestões de inclusão e exclusão de medicamentos à REMUME.	3	0.3333	1.0000
	Total indicadores de resultado: 3			
Processo (peso 1)	Porcentagem de prescritores que contribuíram com solicitações de alteração da REMUME.	2	$=\frac{1}{2}/3$	$=\frac{1}{2}/3 * 2$
	Média de sugestões de alteração da REMUME por prescritor.	1	0.1667	0.1667
	Total indicadores de processo: 2			
Estrutura (peso 1)	Reuniões da CFT (OPAS,1997).	3	$=\frac{1}{1}/3$	$=\frac{1}{1}/3 * 3$
	Total indicadores de estrutura: 1			
			<b>Total</b>	<b>3.5</b>

Ainda como parte da proposta, indica-se que a etapa que atingir entre quatro e cinco no somatório das notas de seus indicadores, atingiu o nível satisfatório no período. Consideram-se razoavelmente satisfatórias aquelas que obterem somatório igual ou entre três e quatro, e insatisfatórias quando abaixo de três. Tal controle permite uma comparação entre etapas, auxiliando na priorização de ações, e também na comparação entre períodos para uma mesma etapa, alertando quando há grandes alterações nos valores de período a período.

Para a utilização do método, os responsáveis pela gestão dos indicadores precisam estabelecer valores de meta e mínimo esperado, conforme a natureza de cada indicador, para associar estes à escala de classificação. Tais valores devem receber ajustes contínuos ao longo do tempo. Recomenda-se essa definição como próxima etapa para a continuidade deste trabalho, assim como a validação das escalas de classificações propostas no método apresentado, cujas não foram validadas no presente escopo.

## 5. Conclusões

A utilização da adaptação da abordagem proposta por Donabedian mostrou-se útil, porquanto conseguiu atender aos propósitos deste estudo. Já a análise criteriosa do cenário permitiu evidenciar que os indicadores apresentados no RAG 2018 foram selecionados com base nos limitantes observados no cotidiano dos profissionais no município. Com isto, ficou

constatada a importância da avaliação do cenário específico para tal desenvolvimento. Ainda que se tenha trazido sugestões de indicadores encontrados na literatura e em instrumentos do governo ao QMI, as entrevistas com os representantes técnicos e gestor da COORAF foram imprescindíveis para a definição final.

Poucos indicadores do quadro inicial não foram mantidos no QMI. A maioria deles devido à baixa confiabilidade da coleta de dados. No entanto, muitos não haviam sido formulados de maneira clara a quem é externo ao processo, e apresentavam inconsistências em seus métodos de cálculo. Os indicadores que foram mantidos do quadro original sofreram adaptações. A maior carência constatada no quadro apresentado no RAG 2018 está em indicadores de resultados associados àqueles que representam os pontos críticos. Dessa maneira, o público do relatório pode ter dificuldades de relacionar tais indicadores com o ponto principal que a gestão desejava mostrar. A exploração dessa relação se deu na associação de indicadores de resultados que possam refletir as consequências e a evolução dos indicadores de processo e estrutura.

Como demonstrado diversas vezes no presente trabalho, há uma forte inter-relação entre as etapas, de maneira que o não atendimento de alta especificidade para o total dos indicadores já era esperado. Como citado no referencial, o atendimento de todas as propriedades raramente é atingido em sua totalidade na prática. Para estes casos, foi recomendada a análise conjunta e análise de interferência de relações entre indicadores.

A implantação de sistemas automatizados nas farmácias distritais colaborou para a obtenção de informações assertivas em relação à demanda de medicamentos. O que contribuiu para o estabelecimento de uma base de dados mais acurada. Todavia, ainda há limitações na obtenção de dados de alguns dos indicadores sugeridos – como dados sobre a demanda não atendida. Propõe-se que as ações programadas na PAS até o final do PMS corrente sejam elaboradas com a finalidade de viabilizar tais obtenções.

Espera-se que o QMI preste o suporte necessário para o gerenciamento dos processos da AF, de forma que as fontes dos fatores limitantes de cada etapa sejam reconhecidas e se possa planejar ações e soluções eficazes através dos instrumentos de planejamento do município. A partir deste cenário, será possível, então, aumentar a abrangência do monitoramento a requisitos que agregam mais qualidade às etapas e que serão refletidas como valor ao usuário final do serviço. Neste ponto, serão necessárias atualizações no QMI, propondo-se o uso da ferramenta de avaliação e desenvolvimento deste primeiro quadro, para a manutenção e elaboração dos seguintes.

Para dar continuidade à qualificação dos instrumentos de gestão da AF, se faz necessária a análise dos valores dos indicadores e a definição de metas e do mínimo esperado para cada um deles. Com base nisso, recomenda-se a validação das escalas propostas para a atribuição de notas a fim de quantificar o estado atual de cada etapa bem como o serviço da AF como um todo.

## Referências

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate** vol.41, Rio de Janeiro mar. 2017.

BITTENCOURT, R. A. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Município de Uruguaiana – RS**. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências. Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Pelotas, 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p.

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. Série A. **Normas e Manuais Técnicos** 2. ed. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Aquisição de Medicamentos para Assistência Farmacêutica no SUS**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores, v.7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz**. – 1. ed., ver.-Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p.

BRASÍLIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. QUALIFARSUS Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde. EIXO ESTRUTURA ATENÇÃO BÁSICA. **Instruções Técnicas**. Brasília – DF, 2016.

COSTA, J. M. B. da S. et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1201-1216, 2013.

DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). **Ann Arbor, Health Administration Press**, 1980.

DONABEDIAN, A. Evaluacion de la calidad de la atención médica. **Revista de Calidad Asistencial**. Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Suplemento número 01, 2001. Volumen 16

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), Ministério da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: OPAS; 2005.

DEPONTI, C. M., ECKERT, C., AZAMBUJA, J. L. B. **Estratégia para construção de indicadores para avaliação da sustentabilidade e monitoramento de sistemas**. Agroecol. e Desenv. Rur. Sustent. Porto Alegre, v.3, n.4, out/dez 2002.

FERRACINI, F. T.; BORGES Fº, W. M. **Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar**, Ed Atheneu, São Paulo, 2ª ed., 2010.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C.; SIMÕES, V. M. P. F. **Implementação do Sistema de Informação do Programa de Atenção Farmacêutica (PAF) de Vitória, ES**. Vitória: PMV, 1998.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. In: **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. 1998.

MARIN, N. *et al.* **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MOTTER, F. R. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Município de São Francisco de Paula, RS**. Programa de Pós Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD. UFSM/CESNORS. Santa Maria, 2012.

MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. **Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals**. USA: Kumarian Press.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (Opas). **Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: selección y formulario de medicamentos**. Washington: Opas, 1997.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), Ministério da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: OPAS; 2005.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1995.

PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Porto Alegre, 2017.

SILVA, R. B. da; PINTO, G. L. de A.; AYRES, A. de P. S.; ELIA, B. **Logística em Organizações de Saúde**. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2010.

SOÁREZ, P. C. de S., PADOVAN, J. L. P., CICONELLI, R. M. **Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção**. RAS \_ Vol. 7, No 27 – Abr-Jun, 2005

STENZEL, A. C. B. **A Temática da Avaliação no Campo da Saúde Coletiva: Uma Bibliografia Comentada (tese de mestrado)**. Campinas, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Action Programme on Essential Drugs: indicators for monitoring national drug policies.** Geneva: WHO, 1994.

**Apêndices:**

Apêndice A: Indicadores sugeridos na literatura e instrumentos públicos. Disponível em <[https://docs.google.com/uc?export=download&id=1zWV7SKsGMjxSOE\\_Tfest3B0aAclutEH2](https://docs.google.com/uc?export=download&id=1zWV7SKsGMjxSOE_Tfest3B0aAclutEH2)>

Apêndice B: Questionário aplicado para levantamento de dados primários:

- 1) O que você entende por Assistência Farmacêutica?
- 2) Qual é a função do seu setor?
- 3) O que é essencial para o seu público-alvo?
- 4) Considerando o papel do seu setor, o que tem que ser bem feito, não pode falhar e você não abre mão para que esse papel seja bem executado?
- 5) Como você faz para saber se as tarefas importantes (essenciais) estão sendo bem executadas?
- 6) Quais indicadores são utilizados no seu setor?
- 7) Quais fatores podem causar o mau desempenho da tarefa?



Apêndice C: Tabela de avaliação dos indicadores apresentados no RAG 2018.

17	ARMAZENAMENTO	FARMACÉUTICO GDHD	Valor financeiro dos produtos perdidos por vencimento	produtos e perdidos por vencimento X preço unitário	Controlar a entrega - validade	Direito	Resultado	alto	baixo - medicamentos com validade podem ser resultados de excesso da programação	alto	alto	baixo - a descrição sugere que os medicamentos vendidos foram remanejados	
18	ARMAZENAMENTO	FARMACÉUTICO GDHD	Taxa de armazenamento do recurso financeiro aplicado	(produtos perdidos por vencimento X preço unitário) / gasto de armazenar	Controlar de entrega - validade	Direito	Resultado	alto	baixo - medicamentos com validade podem ser resultados de excesso da programação	alto	alto	baixo - a descrição sugere que os medicamentos vendidos foram remanejados	
19	ARMAZENAMENTO	FARMACÉUTICO GDHD	Valor financeiro dos produtos remanejados por vencimento	produtos e remanejados X preço unitário	Eficiência do controle de estoque	Direito	Resultado	alto	baixo - medicamentos com validade podem ser resultados de excesso da programação	alto	alto	baixo - a descrição sugere que os medicamentos vendidos foram remanejados	
20	ARMAZENAMENTO	FARMACÉUTICO GDHD	Taxa de remanejamento do recurso financeiro aplicado	(produtos remanejados X preço unitário) / gasto de armazenar	Eficiência do controle de estoque	Direito	Resultado	alto	baixo - medicamentos com validade podem ser resultados de excesso da programação	alto	alto	baixo - a descrição sugere que os medicamentos vendidos foram remanejados	
21	ARMAZENAMENTO	FARMACÉUTICO GDHD	% de US que registram regularmente temperatura de área de armazenamento e de refrigeração	US que registram regularmente temperatura de área de armazenamento / Total de US	Estrutura de armazenamento de US	Indiferente	Estrutura	alto	baixo - alto refere todos os países para o armazenamento, sem forma específica	alto	alto	baixo - descrição confusa	
22	ARMAZENAMENTO	FARMACÉUTICO GDHD	% de US que registram regularmente temperatura de área de armazenamento e de refrigeração	US que registram regularmente temperatura de área de armazenamento / Total de US	Estrutura de armazenamento de US	Indiferente	Estrutura	alto	baixo - alto refere todos os países para o armazenamento, sem forma específica	alto	alto	baixo - descrição confusa	
23	ARMAZENAMENTO	FARMACÉUTICO GDHD	% FDA e US que sustentam a validade dos medicamentos com vencimento próximo a 9 meses	FDA e US que sustentam a validade dos medicamentos com vencimento próximo a 9 meses / Total	Condição dos responsáveis técnicos das FDA e US no controle de estoque	Indiferente	Processo	alto	baixo - alto refere todos os países para o armazenamento, sem forma específica	alto	alto	baixo - descrição confusa	
24	ARMAZENAMENTO	FARMACÉUTICO GDHD	% de US que o fabricante responsável pode depositar sua excusa somente na gestão de estoque e dispensação de medicamentos	US que registram regularmente temperatura de área de armazenamento / Total de US / 100	Estrutura de RH	Indiferente	Estrutura	alto	baixo - alto refere todos os países para o armazenamento, sem forma específica	alto	alto	baixo - alto foi possível identificar o formato que se pretende medir através da descrição	
25	DISTRIBUIÇÃO	CAF	% de FDA e US com taxa de ressuprimento menor ou igual a 40 dias	Nº pedidos entregues com tempo de ressuprimento menor ou igual a 40 dias / nº total de pedidos entregues	Tempo de restabelecimento	Direito	Resultado	alto	baixo - alto	alto	alto	baixo - referência a 40 dias e não a 30 dias e não há o planejamento do programa	
26	DISTRIBUIÇÃO	CAF	% de pedidos entregues com número de agente de volumes	Nº pedidos entregues com número de agente de volumes / nº total de pedidos entregues	Eficiência da CAF na segurança de itens	Direito	Resultado	alto	baixo - alto	alto	alto	baixo - ativar de descrição não é possível identificar onde são as referidas entregas	
27	DISTRIBUIÇÃO	CAF	% de pedidos entregues com tempo de agente de lote	Nº pedidos entregues com diagnóstico nos lotes entregues / nº total de pedidos entregues	Eficiência da CAF na segurança de itens	Direito	Resultado	alto	baixo - alto	alto	alto	baixo - ativar de descrição não é possível identificar onde são as referidas entregas	satisfatório
28	DISTRIBUIÇÃO	CAF	% de pedidos entregues com quantidades divergentes	Nº pedidos entregues com quantidades divergentes / nº total de pedidos entregues	Eficiência da CAF na segurança de itens	Direito	Resultado	alto	baixo - alto	alto	alto	baixo - ativar de descrição não é possível identificar onde são as referidas entregas	
29	DISTRIBUIÇÃO	CAF	% de pedidos entregues com volume no destino	Nº pedidos entregues com volume no destino / nº total de pedidos entregues	Qualidade de transporte	Direito	Resultado	alto	baixo - alto	alto	alto	baixo - ativar de descrição não é possível identificar onde são as referidas entregas	
30	CUIDADO FARMACÉUTICO	FARMACÉUTICO HD	Aterramento farmacêutico para evitar o medicamento de alto risco ou de forma complexa	nº de aterramentos farmacêuticos para evitar o medicamento de alto risco ou de forma complexa / total	Aterramento Farmacêutico	Direito	Resultado	baixo - o denominador utilizado impossibilita a real mensuração do fenômeno	baixo - o método de cálculo apresentado não considera taxa de erro de tipo de paciente em relação ao total	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - a termo "aterramento farmacêutico" não deixa claro que está se referindo a consultia farmacêutica	
31	CUIDADO FARMACÉUTICO	FARMACÉUTICO HD	Aterramento farmacêutico para orientação sobre a utilização do medicamento	nº Aterramentos farmacêuticos para orientação sobre a utilização do medicamento / nº total de pedidos entregues	Aterramento Farmacêutico	Direito	Resultado	baixo - o denominador utilizado impossibilita a real mensuração do fenômeno	baixo - o método de cálculo apresentado não considera taxa de erro de tipo de paciente em relação ao total	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - a termo "aterramento farmacêutico" não deixa claro que está se referindo a consultia farmacêutica	
32	DISPENSAÇÃO	FARMACÉUTICO HD	Intervenções farmacêuticas por aspectos técnicos e cadastral	Intervenções farmacêuticas por aspectos técnicos e cadastrais / nº total de pedidos entregues	Qualidade de Prescrição	Indiferente	Processo	alto	baixo - alto	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - a termo "aterramento farmacêutico" não deixa claro que está se referindo a consultia farmacêutica	
33	DISPENSAÇÃO	FARMACÉUTICO HD	Intervenções farmacêuticas por aspectos legais e cadastral	Intervenções farmacêuticas por aspectos legais e cadastrais / nº total de pedidos entregues	Qualidade de Prescrição	Indiferente	Processo	alto	baixo - alto	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - a termo "aterramento farmacêutico" não deixa claro que está se referindo a consultia farmacêutica	
34	DISPENSAÇÃO/SELEÇÃO	FARMACÉUTICO HD	Selbständige de Adequação de Medicamentos à RDM/IME/Inf	Selbständige de Adequação de Medicamentos à RDM/IME/Inf / nº total de pedidos entregues	Intervenção de farmacêuticos e adesão à RDM/IME	Indiferente	Processo	alto	baixo - alto	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - a termo "aterramento farmacêutico" não deixa claro que está se referindo a consultia farmacêutica	
35	DISPENSAÇÃO	FARMACÉUTICO HD	Número de horas não atendidas por encaminhamento de receitas nas Farmácias Distritais	Número de horas não atendidas por encaminhamento de receitas nas farmácias distritais / número de receitas não encaminhadas	Estrutura de RH	Indiferente	Estrutura	baixo - o método de cálculo utilizado para calcular a média de receitas apresenta inconsistência em relação ao indicador que se propõe	baixo - alto	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - a termo "aterramento farmacêutico" não deixa claro que está se referindo a consultia farmacêutica	
36	DISPENSAÇÃO	FARMACÉUTICO HD	% de adesão à solicitação pediada em linha de Keonon	(Número de receitas de entrega recuadas / número de receitas de entrega) X 100	Adesão dos pacientes à taxa de entrega	Indiferente	Processo	alto	baixo - alto	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - não há registro automatizado das condições de armazenamento em um centro de alta demanda e pressão	baixo - a termo "aterramento farmacêutico" não deixa claro que está se referindo a consultia farmacêutica	

alto satisfatório

alto satisfatório

Apêndice C também disponível em <

<https://docs.google.com/uc?export=download&id=12CeBMKrU4oIkaZRT-11M-YIM22cecU9n>>

### Anexos:

Anexo I: Quadro Indicadores apresentados no RAG 2018.

DISPENSÇÃO/ SELEÇÃO	Solicitação de Adequação de Medicamentos à REMUME/ mil Receitas atendidas	Solicitação de Adequação de Medicamentos à REMUME mensais / mil Receitas atendidas mês	FARMACÊUTICO FD	12,00	NA*	NA*
DISTRIBUIÇÃO	% de FDs e US com taxa de ressurgimento menor ou igual a 40 dias	Nº pedidos entregues com tempo de ressurgimento menor ou igual a 40 dias / Nº total de pedidos entregues	CAF	75,17	NA*	NA*
DISTRIBUIÇÃO	% de pedidos entregues com número divergente de volumes	Nº pedidos entregues com número divergente de volumes / Nº total de pedidos entregues	CAF	0,33	NA*	NA*
DISTRIBUIÇÃO	% de pedidos entregues com número divergente de lote	Nº pedidos entregues com divergência nos lotes entregues / Nº total de pedidos entregues	CAF	0,15	NA*	NA*
DISTRIBUIÇÃO	% de pedidos entregues com quantidades divergentes	Nº pedidos entregues com quantidades divergentes / Nº total de pedidos entregues	CAF	1,80	NA*	NA*
DISTRIBUIÇÃO	% de pedidos entregues com avarias no destino	Nº pedidos entregues com avarias no destino / Nº total de pedidos entregues	CAF	0,09	NA*	NA*
PROGRAMAÇÃO	% de pedidos e de solicitações repactuados com as US (em que foram readequados e revista toda a lista de medicamentos e seu consumos médio mensal) pelo farmacêutico	(Número pedidos e de solicitações repactuados com as US mensais / total) *100	FARMACÊUTICO GD	72,68	NA*	NA*
PROGRAMAÇÃO	% US com quantidades máximas e listas padronizadas definidas no sistema GMAT	(Número de US que fazem SRM por Lista com quantidade máxima definida no GMAT/total) *100	FARMACÊUTICO D	77,06	NA*	NA*
SELEÇÃO	% dos medicamentos da REMUME revisados pela CFT	(Quantidade de medicamentos da REMUME revisado / Número de Medicamentos da REMUME) * 100	CFT	9,26	NA*	NA*
SELEÇÃO	%Resposta à sugestões de inclusão e exclusão da REMUME / ano	(Número de solicitações avaliadas/ total de solicitações) *100	CFT	0,33	NA*	NA*
SELEÇÃO	Taxa de adesão a solicitação de alteração da REMUME	Número de prescritores que enviaram alguma sugestão / número total de prescritores que receberam o formulário de alteração da REMUME	CFT	0,00	NA*	NA*
SELEÇÃO	Média de sugestões de inclusão e exclusão por prescritor	Número de sugestões de alteração, inclusão, exclusão enviadas / número total de prescritores que enviaram alguma sugestão	CFT	3,22	NA*	NA*
SELEÇÃO	Taxa de processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos do componente básico não pertencentes a REMUME de Porto Alegre.	Número de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, mas não pertencentes a REMUME de Porto Alegre.	CFT	15,20	NA**	NA**
SELEÇÃO	Taxa de processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos pertencentes a lista especial.	Número de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos pertencentes ao lista especial / total de pareceres	COORAF / CFT	4,41	NA**	NA**
SELEÇÃO	Taxa de processos administrativos judiciais para obtenção de medicamentos do componente especializado.	Número de pareceres judiciais abertos para obtenção de medicamentos pertencentes ao componente especializado. / total de pareceres	COORAF / CFT	19,12	NA**	NA**

**Fonte:** Relatórios Gerenciais e dados enviados por cada setor responsável da SMS/POA. \* Indicador incluído no ano de 2018.\*\* Indicador modificado no ano de 2018.