

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**A UTILIZAÇÃO DE UM MODELO LÓGICO PARA A REORIENTAÇÃO DOS  
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO ÂMBITO MUNICIPAL**

**FLÁVIA NUNES DA ROSA FRAGA**

**PORTO ALEGRE, 2005**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

A UTILIZAÇÃO DE UM MODELO LÓGICO PARA A REORIENTAÇÃO DOS  
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO ÂMBITO MUNICIPAL

Dissertação apresentada por **Flávia Nunes da Rosa Fraga** para obtenção do GRAU DE MESTRE em Ciências Farmacêuticas

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Mayorga Borges

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado Profissionalizante – Gestão da Assistência Farmacêutica - da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 29.09.2005, pela Comissão Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Edson Perini

Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dr. Isabela Heineck

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dr. Tânia Alves Amador

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

F811u Fraga, Flávia Nunes da Rosa |  
A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal – Porto Alegre : UFRGS, 2005. - 157p.: il., fig., gráf., quad.

Dissertação (mestrado profissionalizante). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Assistência farmacêutica. 2. Serviços farmacêuticos. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Política Nacional de Medicamentos. I. Borges Mayorga, Paulo Eduardo. II. Título.

CDU: 615.15

Bibliotecária responsável:

Margarida Maria C. F. Ferreira, CRB10/480

## DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação aos profissionais de saúde comprometidos com os princípios do SUS que lutam cotidianamente para oferecer um atendimento de qualidade à população.*

*Ao Denis, meu marido e companheiro de todas as horas. Aos meus pais Júlio e Maria, exemplos de vida e aos meus irmãos Fábio, Lúcia e Luísa amigos eternos.*



## **AGRADECIMENTOS**

Quando um objetivo importante é alcançado, torna-se inevitável uma avaliação do caminho trilhado. Cada obstáculo transposto é lembrado, sendo reconhecido por seu valor de experiência e pelos conhecimentos proporcionados. Mas acima de tudo é possível constatar a participação fundamental das pessoas em nossa jornada. Assim, ao concluir este trabalho gostaria de agradecer algumas pessoas que contribuíram para sua realização:

Ao Dr. Carlos Alberto Pereira Gomes responsável pela idealização e realização desse curso, enquanto gestor da Gerência Técnica da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

À Dra. Valquíria Linck Bassani, diretora da Faculdade de Farmácia, por ter enfrentado todas as dificuldades na criação desse mestrado inovador.

Aos professores pelos ensinamentos transmitidos, especialmente a Dra. Isabela Heineck, por sua compreensão, carinho e atenção.

Ao meu orientador Dr. Paulo Eduardo Mayorga Borges pelo apoio, dedicação, amizade e confiança depositada. Por compartilhar comigo o seu sonho de um dia podermos oferecer à população brasileira serviços farmacêuticos dignos e humanizados.

À Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em especial, aos colegas e amigos da Assessoria de Planejamento com os quais aprendi muito ao longo dos anos que trabalhamos juntos. A Ignez Maria pelas sugestões, Mariza, Elaine, Vânia, Lourdes, Mitiyo, Noely e Elza.

Aos colegas farmacêuticos da SMS e a amiga Susana Leivas pelos ensinamentos, apoio e amizade.

Aos colegas de mestrado pela convivência e experiência compartilhada.



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	ix
<b>LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS</b> .....	xi
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	xiii
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	xv
<b>RESUMO</b> .....	xvii
<b>ABSTRACT</b> .....	xviii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	7
2.1 OBJETIVO GERAL.....	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
<b>3 REVISÃO</b> .....	9
3.1 O PROCESSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL.....	9
3.2 BREVE REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	17
3.3 A MUDANÇA DE PARADIGMA NA CONCEPÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS.....	22
3.4 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES) .....	28
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	37
4.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	37
4.2 DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA.....	37
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE .....	41
<b>5.1.1 Divisão Territorial e Dados Demográficos</b> .....	41
<b>5.1.2 Aspectos de Infra-estrutura</b> .....	41
<b>5.1.3 Aspectos Econômicos</b> .....	42
<b>5.1.4 Educação</b> .....	42
<b>5.1.5 Dados Epidemiológicos</b> .....	42
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE .....	42
5.3 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA SMS .....	45
<b>5.3.1 Breve Histórico</b> .....	45

<b>5.3.2 O Ciclo da Assistência Farmacêutica</b> .....	46
<b>5.3.3 Os indicadores da Assistência Farmacêutica</b> .....	50
5.3.3.1 <i>Número de prescrições atendidas mensalmente nos anos de 2002 e 2003</i> .....	50
5.3.3.2 <i>Número e percentual de prescrições atendidas anualmente classificadas por origem de emissão em 2003</i> .....	53
5.3.3.3 <i>Número e percentual de prescrições de medicamentos controlados atendidas anualmente classificadas por origem de emissão em 2003</i> .....	56
5.3.3.4 <i>Considerações sobre a pesquisa de indicadores</i> .....	59
<b>5.3.4 Recursos Financeiros</b> .....	61
<b>5.3.5 Recursos Humanos</b> .....	62
<b>5.4 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DA GERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE NORTE/EIXO BALTAZAR</b> .....	63
<b>5.4.1 Dados Geográficos, Populacionais, Recursos Humanos e de Atendimento em Saúde</b> .....	63
<b>5.4.2 A Assistência Farmacêutica na Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar</b> .....	65
<b>5.5 O USO DA FERRAMENTA FLUXOGRAMA DESCRITOR E DE ELEMENTOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA GERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE NORTE/EIXO BALTAZAR</b> .....	70
<b>5.6 UM MODELO LÓGICO PARA OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS</b> .....	86
<b>6 CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS</b> .....	107
<b>7 REFERÊNCIAS</b> .....	111
<b>ANEXOS</b> .....	123



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição percentual dos medicamentos recebidos na Equipe de Material (EMAT) da SMS, segundo a origem de envio (CEME, SSMA e aquisições da SMS) em 1990, 1991,1992 e 1993.....	45
TABELA 2	Número de prescrições atendidas mensalmente pelos serviços de saúde nos anos de 2002 e 2003.....	51
TABELA 3	Variação percentual do número de prescrições atendidas nos meses de fevereiro com janeiro nos anos 2002 e 2003.....	52
TABELA 4	Variação percentual do número de prescrições atendidas nos meses de dezembro com outubro nos anos 2002 e 2003.....	52
TABELA 5	Número e percentual de prescrições atendidas anualmente classificadas por origem de emissão nos serviços de saúde monitorados no ano de 2003.....	54
TABELA 6	Número e percentual de prescrições de medicamentos controlados atendidas anualmente classificadas por origem de emissão pelas farmácias do CS Bom Jesus, CS IAPI, CS Modelo, CS Santa Marta, CSVV e US Camaquã no ano de 2003	57
TABELA 7	Recursos financeiros recebidos e empregados na aquisição de medicamentos(Básicos e Saúde Mental) no município de Porto Alegre para abastecer Centros de Saúde, Unidades Sanitárias e PSF nos anos de 2001 a 2003.....	61
TABELA 8	Unidades Sanitárias e Equipes do Programa de Saúde da Família pertencentes à Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar e população adscrita.....	64
TABELA 9	Consultas atendidas nos serviços de saúde pertencentes à Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar.....	65



## LISTA DE FIGURAS E GRAFICOS

FIGURA 1	O Triângulo de Governo.....	32
FIGURA 2	Distritos Sanitários do Município de Porto Alegre.....	44
FIGURA 3	Fluxograma Descritor da Solicitação de Medicamentos à Equipe de Material.....	73
FIGURA 4	Fluxograma Descritor do Recebimento de Medicamentos da Equipe de Material na Farmácia.....	74
FIGURA 5	Fluxograma Descritor da Dispensação de Medicamentos de Uso Continuado.....	75
FIGURA 6	Fluxograma Descritor da Dispensação de Medicamentos de Uso Eventual.....	76
FIGURA 7	Árvore do Problema – Falta de Medicamentos.....	82
FIGURA 8	Modelo Lógico do Sistema de Assistência Farmacêutica.....	86
FIGURA 9	Modelo Lógico do Componente Técnico-Científico do Sistema de Assistência Farmacêutica.....	89
FIGURA 10	Modelo Lógico do Componente Operacional do Sistema de Assistência Farmacêutica.....	92
FIGURA 11	Modelo Lógico do Componente Informação do Sistema de Assistência Farmacêutica.....	93
FIGURA 12	Modelo Lógico do Componente Qualidade do Sistema de Assistência Farmacêutica.....	94
GRÁFICO 1	Percentual de prescrições atendidas anualmente classificadas por origem de emissão nos serviços de saúde monitorados no ano de 2003.....	53
GRÁFICO 2	Percentual de prescrições de medicamentos controlados atendidas anualmente classificadas por origem de emissão nos serviços de saúde monitorados no ano de 2003.....	57



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Resumo dos resultados dos indicadores pesquisados.....	59
QUADRO 2	Condições físicas e organizacionais de nove farmácias dos serviços de saúde da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar.....	69
QUADRO 3	Principais problemas apontados pelo grupo e algumas considerações da pesquisadora.....	77
QUADRO 4	Os componentes da Assistência Farmacêutica: suas atividades; objetivos específicos; estrutura organizacional; instalações/ equipamentos e recursos humanos.....	121
QUADRO 5	Aspectos a considerar no cumprimento das atividades do Sistema de Assistência Farmacêutica Básica.....	127



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
ASSEPLA	Assessoria de Planejamento
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAFO	Coordenação de Administração Financeira e Orçamentária
CATA	Coordenação de Apoio Técnico - Administrativo
CEME	Central de Medicamentos
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite Estadual
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPT	Comissão de Protocolo Terapêutico
CS	Centro de Saúde
CSVC	Centro de Saúde Vila dos Comerciantes
EMAT	Equipe de Material
GDS	Gerência Distrital de Saúde
HPS	Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre
HMIPV	Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
IAFB	Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAFERGS	Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PEAFB	Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PFB	Programa Farmácia Básica
PITS	Programa Interiorização do Trabalho em Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SIREP	Sistema de Registro de Preços
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOBRAVIME	Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
SSMA	Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade Sanitária
ZOPP	Planejamento Orientado por Objetivos



## RESUMO

A implantação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), parte essencial da Política de Saúde, promoveu melhorias na atenção à saúde que, no entanto, não têm sido suficientes para garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos. O objetivo desta dissertação é analisar os serviços farmacêuticos na esfera municipal e propor um modelo lógico de trabalho, visando a construção de uma estratégia voltada à reorganização da Assistência Farmacêutica (AF), no município de Porto Alegre. A metodologia empregada foi a análise documental das atividades desempenhadas na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e de elementos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) destinados à avaliação dos níveis distrital e local. Na avaliação da AF identificou-se a necessidade de definir suas atribuições e atividades, visto que permanece a centralização das ações na aquisição e distribuição de medicamentos, desenvolvimento inadequado das atividades do Ciclo da AF, indefinições de atribuições, inadequação de área física das farmácias, ausência de uma política de recursos humanos e dificuldades em garantir o acesso aos medicamentos. O modelo lógico proposto para o Sistema de AF foi baseado na concepção da AF, expressa na PNM, e na Teoria de Sistemas, tendo o usuário do serviço como foco das ações. Esse Sistema é composto por quatro componentes: Técnico-científico, Operacional, Informação e Qualidade. Ficou definido que as atividades dos componentes seriam efetuadas em três níveis hierárquicos, e, em consequência, foram propostas atribuições a essas hierarquias. Conclui-se que o funcionamento adequado do modelo exige recursos humanos em quantidades suficientes, motivados e capacitados, uma área física e equipamentos apropriados, bem como informações técnico-científicas e operacionais atualizadas. Da mesma forma, o apoio do gestor reconhecendo a importância dos serviços farmacêuticos é fundamental para sua organização e estruturação.

**Palavras-chave:** Gestão em Assistência Farmacêutica; Organização de Serviços; Serviços Farmacêuticos; Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Medicamentos.

## **ABSTRACT**

### **The use of a logical model for the reorientation of pharmaceutical services within the municipal scope**

The establishment of the National Drug Policy (PNM), an essential part of the Health Policy, has promoted improvements in health care which, however, have not been sufficient to warrant neither the access nor the rational use of medication. The objective of this dissertation is to analyze the pharmaceutical services at the municipal scope and to propose a logical model of work, aiming to build a strategy towards the reorganization of the Pharmaceutical Assistance (AF) in the city of Porto Alegre. The methodology used was the documental analysis of the activities performed at the Municipal Health Department (SMS), and elements of Situational Strategic Planning (PES), aimed to the assessment of both district and local levels. In the assessment of AF it was identified that there is a need to define its attributions and activities, since the centralization of actions in the purchasing and distribution of drugs, an inappropriate development of the activities of the drug management cycle, indefinite attributes, inadequacy of the pharmacies' physical area, lack of a human resources policy, and difficulties for the warranty of access to the drugs, these all remain present. The logical model proposed of AF System, was based on the concept of AF, as expressed at the PNM, and on the Theory of Systems, being the user of the service the focus of the actions. This System is compounded by four elements: Technical-Scientific, Operational, Information, and Quality. It was defined that the activities of the components would be accomplished in three hierarchical levels, and, as a consequence, attributions were proposed to these hierarchies. It was concluded that the appropriate functioning of the model demands sufficient, motivated, and skilled human resources; appropriate physical area and equipment; and updated technical-scientific and operational information as well. Accordingly, supporting from the management, acknowledging the importance of pharmaceutical services, is essential for its organization and structuring.

**Key words:** Management in Pharmaceutical Assistance; Organization of Services; Pharmaceutical Services; Unified Health System; National Drug Policy.

## 1 INTRODUÇÃO

Um dos marcos da Política de Saúde brasileira, nas últimas duas décadas, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, na qual foi pleiteada a criação de um sistema de saúde universal, igualitário, participativo, com comando único em cada instância federativa, descentralizado e integral. No relatório desta Conferência foi expresso o conceito de saúde, adotado pelos integrantes do movimento de reforma sanitária, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. A saúde foi reconhecida como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1986).

Essa conferência influenciou fortemente a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) que incorporou os conceitos, princípios e diretrizes defendidos pela reforma sanitária. Consolidou-se na Constituição a universalização da assistência, a partir de então não mais restrita aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e seus dependentes, bem como a integralidade da atenção com ênfase nas atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O texto constitucional estabeleceu, ainda, a descentralização da gestão do sistema com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade.

Como decorrência da Constituição Federal, foi publicada a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a), Lei Orgânica da Saúde, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Esta lei também definiu os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais: a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade, a igualdade, a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços.

A participação da comunidade na gestão do sistema foi regulada pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), que dispôs sobre a instituição em cada esfera de

governo, da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo.

A partir de 1991, iniciou-se o processo de descentralização do SUS através da emissão pelo Ministério da Saúde (MS) das Normas Operacionais Básicas (NOB) NOB-SUS 01/91 (BRASIL,1991), NOB-SUS 01/92 (BRASIL,1992), NOB-SUS 01/93 (BRASIL, 1993) e NOB-SUS 01/96 (BRASIL,1996) . Posteriormente, o MS aprovou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) NOAS-SUS 01/01 (BRASIL,2001), que ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

No que concerne à Política de Medicamentos, a descentralização das ações somente foi ocorrer após a publicação da Portaria nº 3.916/98 (BRASIL,1998d), que instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM).

Anteriormente, não havia um documento oficial que norteasse essa Política, causando tensões entre o governo, a comunidade e as instâncias colegiadas do SUS. Os objetivos e responsabilidades não eram definidos, o que gerava dificuldades na condução das questões, especialmente aos gestores municipais que, mais próximos da população, terminavam por arcar com o ônus dessas indefinições.

Até mesmo o conceito de Assistência Farmacêutica (AF) não era suficientemente claro, o que pode ser ilustrado pela existência de distintas definições. No Estado do Ceará, por exemplo, a AF era entendida como:

[...] um conjunto de atividades inter-relacionadas, técnicas e cientificamente fundamentadas em critérios de equidade, qualidade, custo e efetividade, integrando suas atividades a ações de saúde para promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, centrada em cuidados farmacêuticos ao paciente e a coletividade. (MARIN,1999, p. 127).

Por outro lado, a Resolução nº 308/97, do Conselho Federal de Farmácia, definia a AF como:

[...] um conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção, recuperação da saúde em estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades de projetos, investigação, manipulação, produção, conservação, dispensação,

distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 1997, p. 1).

A primeira definição, por ter sido proposta por uma Secretaria Estadual de Saúde (SES), tentou incluir no conceito alguns dos princípios e diretrizes do SUS, refletindo uma preocupação com a necessidade de integrar as atividades da AF com a Política de Saúde.

A definição apresentada pelo Conselho Federal de Farmácia buscou especificar as atividades de AF no âmbito do serviço público e privado. Apesar de abrangente, caracterizava uma definição de certa forma isolada da Política de Saúde brasileira, ao não referir os princípios do SUS. Nesse sentido, permitia uma interpretação na qual as ações poderiam ser desenvolvidas de forma fragmentada, não fazendo parte de um todo para se promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde.

É necessário salientar, também, entre as incertezas prévias à Portaria nº 3.916/98, as dúvidas suscitadas pela Lei nº 8.080/90, que no artigo 6º inclui como campo de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica. Nos artigos 16, 17 e 18 são definidas as competências de cada esfera de governo fazendo menção, no entanto, apenas aos insumos da saúde e aos parâmetros de controle de qualidade dos produtos, não havendo referência explícita na lei sobre a organização dos serviços farmacêuticos (DUPIM, 1999).

Da mesma forma, a NOB-SUS nº 01/96 redefiniu os papéis de cada esfera de governo e, no que tange à AF, explicitava que cabia ao gestor federal sua reorientação e implementação. Porém, ainda persistia a indefinição do termo AF e uma preocupação com o binômio produção/controle de qualidade. Carecendo, assim de uma visão mais ampla de toda a questão.

Somente com a publicação da Portaria nº 3.916/98 ficou evidenciado o que o governo federal entendia por uma Política de Medicamentos. O texto legal declarou que a PNM é parte essencial da Política Nacional de Saúde, que contribuiria para a consolidação do SUS e para o desenvolvimento social do país.

Embora se reconheçam os avanços trazidos pela PNM, já é possível perceber a necessidade de reorientar a sua implantação. Esta afirmação é decorrente de vários fatores, entre os quais, a constatação da continuidade da centralização das ações do setor farmacêutico na disponibilização dos medicamentos. Permanece o foco na aquisição e distribuição como pode ser percebido através da política de financiamento da AF, do suprimento por *kits*, da política de medicamentos genéricos, do Registro Nacional de Preços, da atualização da legislação sanitária, da revisão da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e das Farmácias Populares.

Um aspecto a ser considerado na implantação da Política de Medicamentos é a questão do financiamento, que segue o disposto na Portaria GM nº 176/99 (BRASIL,1999c) para o Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) e na Portaria GM nº 1.077/99 (BRASIL,1999e), para os medicamentos da área de Saúde Mental. Tais recursos financeiros vêm sendo empregados sem que haja condições efetivas de dimensionar o impacto que causam sobre a saúde da população, visto não existirem mecanismos que permitam medir que percentual da necessidade da população por medicamentos esta sendo atendida. Quando se afirma que o impacto dos recursos financeiros empregados não pode ser dimensionado muito é devido também à inadequação dos serviços de farmácia.

Estudos têm demonstrado problemas relacionados à qualidade da AF prestada por alguns municípios e estados, motivados pelo desenvolvimento inadequado das etapas do Ciclo de AF, falta de recursos humanos e infra-estrutura. Nesse contexto, os serviços farmacêuticos municipais e estaduais têm encontrado dificuldades, inclusive, em garantir o acesso aos medicamentos. Assim, o desabastecimento das farmácias, indicado, principalmente, pelas constantes reclamações de usuários, prescritores e dispensadores, causa a perda da credibilidade e resolutividade dos serviços de saúde.

Outro fator fundamental nesta problemática é o atendimento ao usuário do serviço, que nem sempre é pautado por prestar informações sobre o medicamento dispensado. A farmácia pode contribuir para difundir não só essas informações, como também aquelas referentes à promoção da saúde.

Verifica-se, portanto, que a implantação da PNM precisa ser reorientada, a fim de garantir o acesso universal e equitativo não só aos medicamentos, como também aos serviços farmacêuticos qualificados, eficientes, eficazes e promotores do uso racional. Entende-se que uma contribuição importante para esta reorientação seria a definição das funções, componentes e atividades da AF.

Esta dissertação tem como objetivo analisar a AF prestada pelo município de Porto Alegre e a proposição de um modelo lógico que colabore com a sua reorientação.

O trabalho é composto por uma parte introdutória, a qual define o cenário e o referencial teórico adotado. Num primeiro momento, é abordado o processo histórico da Política de Medicamentos no Brasil, no qual se descrevem as ações que foram desenvolvidas no período da Central de Medicamentos (CEME) até se chegar na publicação da atual PNM. Uma breve reflexão sobre os resultados da implantação da Política de Medicamentos é apresentada com base em estudos e na análise das ações governamentais.

Após a definição do contexto que se desenvolve a PNM no SUS, discute-se a necessidade de mudança na concepção dos serviços farmacêuticos, não mais centrados no binômio compra/distribuição. Dessa forma, reflete-se sobre a necessidade de reorientar a AF no país, considerando-se na abordagem a definição de AF, expressa na Política de Medicamentos, e sua concepção sistêmica, tendo como foco principal das ações o usuário do serviço.

Por fim, apresenta-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), metodologia da qual foram utilizados alguns elementos para a identificação dos problemas encontrados nos serviços farmacêuticos dos níveis distrital e local.

Com a apropriação da definição de AF, a discussão sobre os resultados obtidos nesta dissertação avaliou a AF por meio de uma análise documental das atividades desenvolvidas pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS). Avaliaram-se, ainda, as atividades desempenhadas nos níveis distrital e local através de oficinas de planejamento, ocorridas na Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar. Constatou-se a existência de problemas referentes ao

gerenciamento dos serviços farmacêuticos, verificando-se a necessidade de uma melhor definição sobre seu modo de funcionamento.

Finalmente, propõe-se um modelo lógico para o Sistema de Assistência Farmacêutica que tem suas atividades desempenhadas em uma estrutura composta por três níveis hierárquicos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os serviços farmacêuticos na esfera municipal e propor um modelo lógico de trabalho nos níveis central, distrital e local, visando a construção de uma estratégia voltada à reorganização da Assistência Farmacêutica no município de Porto Alegre.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar a Assistência Farmacêutica realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre;
- Caracterizar o território da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar, considerando a sua localização, os aspectos populacionais, o atendimento em saúde e o serviço de Assistência Farmacêutica;
- Identificar a organização do processo de trabalho da Assistência Farmacêutica prestada pelos serviços de saúde da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar;
- Aplicar elementos do Planejamento Estratégico Situacional, tendo em vista a identificação de problemas e nós críticos relacionados ao serviço farmacêutico nos níveis distrital e local;
- Definir as atribuições e atividades a serem desempenhadas em diferentes níveis de gerenciamento da Assistência Farmacêutica, no âmbito municipal, considerando a utilização de um modelo lógico proposto para a sua reorientação.



### 3 REVISÃO

#### 3.1 O PROCESSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

No século passado, o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista ao modelo médico-assistencial privatista, até chegar aos anos 80, quando se concretizaram as mudanças propostas pelo movimento de reforma sanitária, expressadas na Constituição de 1988 e nas Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90.

O sanitarismo campanhista baseava-se no combate às causas e na interrupção da transmissão das doenças na coletividade, sendo para isto ofertados serviços e ações sanitárias sobre o ambiente, os indivíduos e os animais. A preocupação principal era o saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação (MENDES,1995).

Com o processo de industrialização e urbanização surgiu no Brasil uma classe trabalhadora que precisava de assistência médica individual, o mais importante não era mais sanear o espaço de circulação de mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador para manter e restaurar sua capacidade de produção. Dessa maneira, foi induzido o aparecimento da assistência médica da Previdência Social que passou a adotar o modelo médico-assistencial privatista (MENDES,1995).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) era o responsável por prestar assistência médica aos seus associados e beneficiava apenas aos trabalhadores da economia formal, ou seja, os que possuíam carteira de trabalho assinada.

As principais características do modelo médico-assistencial privatista do INAMPS foram:

- a) A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) A criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços.<sup>1</sup>

Na década de 1970, o setor de saúde no Brasil caracterizou-se por conjugar o sanitarismo campanhista com a atenção médica previdenciária, o que gerou um modelo centralizador e concentrador do poder institucional numa estratégia de medicalização social sem precedentes no país (LUZ,1991).

Combinando com o contexto, o governo federal criou a CEME, em 1971, como órgão da Presidência da República, tendo como função promover e organizar o fornecimento, com preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas, não pudessem adquiri-los (BERMUDEZ,1992).

A CEME também regulava a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, da Saúde, do Trabalho e Previdência Social.

Conforme Bermudez (1992; 1995), existiam duas propostas de orientação política para a instituição. A primeira, com base na visão de um segmento militar de cunho nacionalista, pretendia atender às necessidades de assistência médica e interferir na produção interna de matérias-primas. Pregava a independência do exterior, o não-controle pelo capital internacional, e o controle do Estado sobre o setor privado.

Já a segunda proposta visava a atender aos interesses do empresariado do setor, principalmente de laboratórios de capital estrangeiro. Essa orientação

---

<sup>1</sup>OLIVEIRA; TEIXEIRA (1986) apud MENDES (1995, p. 22).

implicava ampliação do mercado governamental, utilizando a CEME como central de aquisição de medicamentos do setor privado a preços mais baixos.

Nenhuma das duas correntes obteve total hegemonia, o que possibilita a compreensão da existência de conflitos e oscilações na condução política da CEME ao longo de sua história.

A condução da CEME foi norteadada, principalmente, pelo Plano Diretor de Medicamentos, instituído por meio do Decreto nº 72.552/73. Este decreto apontava que a problemática da produção e utilização de medicamentos somente poderia ser analisada no âmbito das preocupações sociais ligadas ao setor saúde (BERMUDEZ,1992).

Bermudez (op. cit.) afirma que o Plano Diretor, ao abordar tanto o aspecto social quanto o aspecto econômico, levava a crer que a espinha dorsal das diretrizes de atuação da CEME era um projeto de cunho autonomista, que objetivava a auto-suficiência nacional na produção de fármacos e medicamentos essenciais. Indicava a preocupação, pelo menos em termos de discurso, em priorizar o sistema oficial de produção de medicamentos.

Em uma perspectiva de pretensões amplas, o Plano Diretor implantou programas relativos à administração, à produção, à distribuição, à pesquisa, à divulgação e à modernização. Braga e Paula (1981) focalizam o programa de distribuição, entendendo que este encontrou total apoio na indústria farmacêutica, por significar uma ampliação do mercado consumidor. Por outro lado, afirmam que o programa de produção contrariava os interesses dos laboratórios privados de capital estrangeiro, uma vez que encorajava a empresa nacional e a diversificação da oferta oficial de medicamentos. Os laboratórios farmacêuticos transnacionais mobilizaram uma campanha contra o apoio à empresa nacional, onde a CEME foi acusada de ter um caráter estatizante.

Nas décadas de 1960 e 1970 criaram-se alguns laboratórios farmacêuticos ligados aos governos estaduais e a Aeronáutica, entre eles a Indústria Química do Estado de Goiás (IQUEGO), do governo do Estado de Goiás (1964): o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE), do governo do Estado de Pernambuco (1966); a Fundação para o Remédio Popular (FURP), do governo do

Estado de São Paulo (1968); o Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica no Rio de Janeiro (1971), e a Fundação Ezequiel Dias (FUNED), do governo do Estado de Minas Gerais (1972).

O Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM, 1906) e o Instituto Vital Brasil (IVB, 1919) já haviam entrado em funcionamento no início do século.

Ressalte-se que o laboratório do Exército (LQFE - Laboratório Químico Farmacêutico do Exército, 1808) foi o berço da indústria farmacêutica no Brasil.<sup>2</sup>

No Rio Grande do Sul, em 1974, foi criado o Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul (LAFERGS), que tinha como objetivo inicial a produção de medicamentos para o atendimento do Hospital Psiquiátrico São Pedro e as Unidades de Saúde da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul.

O LAFERGS, até 1984, destinava 40% de sua capacidade operacional a produção de medicamentos à Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, e 60% para aqueles encomendados pela CEME.<sup>3</sup>

A alteração da vinculação e função da CEME teria sido motivada pelas disputas envolvendo os laboratórios privados. Os Decretos nºs 74.000/74 e 75.561/75 evidenciavam o esvaziamento do poder da CEME, decorrente de pressões empresariais advindas da polarização entre as necessidades da Política de Saúde e os determinantes da Política Industrial (BERMUDEZ, 1992).

O Decreto nº 74.000/74 vinculou a CEME ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), sendo seu orçamento e atividades relativas à promoção e coordenação de desenvolvimento tecnológico transferidas para o Ministério da Indústria e do Comércio, por consequência do Decreto nº 75.561/75 (BERMUDEZ, 1992).

O orçamento da CEME, até 1975, era essencialmente oriundo da União, mas após sua incorporação pelo MPAS passou a contar com maior participação do

---

<sup>2</sup>Disponível em <<http://www.alfob.com.br/lablfm.htm>>, acessado em 15/12/2004.

<sup>3</sup>Disponível em <http://www.fepps.rs.gov.br>, acessado em 15/12/2004.

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (BRAGA; PAULA, 1981).

Nova alteração de sua vinculação ocorre em 1985, passando a CEME então para o âmbito do Ministério da Saúde com o financiamento sendo mantido pelo Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS) (BERMUDEZ,1992).

A CEME apresentava dificuldades em cumprir sua função de promover e organizar o fornecimento de medicamentos à população, pois atuava de forma centralizada e focada no binômio aquisição e distribuição. Um dos grandes problemas detectados nesse sistema centralizado foi a elaboração de programações de medicamentos em desacordo com as reais necessidades dos municípios, resultando em significativos percentuais de perdas.

Essa discussão se refletiu no I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, em 1988, no qual foi apresentada uma proposta de modelo para a Assistência Farmacêutica (AF) alicerçada nos princípios e diretrizes do SUS, englobando todas as suas atividades (PERINI, 2003).

Assim, no ano de 1997 (BRASIL, 2002b), diante da desarticulação da AF e da irregularidade no abastecimento dos medicamentos em nível ambulatorial, o governo federal entendeu por bem desativar a CEME.

No mesmo ano, o governo federal criou o Programa Farmácia Básica (PFB) com o objetivo de proporcionar o acesso a um elenco de 40 medicamentos essenciais, destinados à atenção básica, para atender municípios de até 21.000 habitantes.

Esse programa era um módulo-padrão de suprimento, com quantidades calculadas para a cobertura de 3.000 habitantes, por um período de três meses. O PFB era fundamentado, principalmente, na experiência da CEME e nos programas de AF dos estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais. No entanto, o PFB recebeu críticas por não envolver a esfera estadual (COSENDEY,2000).

Nesse período, a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde passa a coordenar um processo de elaboração de uma nova Política de Medicamentos, compatível com a Política de Saúde desenvolvida no País.

Assim, em 1998, após um amplo processo de debate, foi publicada a Portaria nº 3.916/98, a chamada Política Nacional de Medicamentos, que revelou as intenções do governo com relação ao setor farmacêutico, constituindo-se num guia norteador das ações no campo da AF.

Surgia, então, um novo momento, a partir do qual a concepção de AF passou a observar os princípios e diretrizes do SUS.

A nova visão da política farmacêutica contemplava a necessidade de atentar para alterações no perfil demográfico do país, onde se destaca o considerável aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população. Da mesma maneira, era fundamental considerar o perfil epidemiológico que então se apresentava, caracterizado pela coexistência de doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos de países desenvolvidos. Além disso, surgiam novas patologias e percebia-se o recrudescimento de outras como a tuberculose.

Era preciso perceber que todas essas mudanças alteravam a demanda por medicamentos, provocando inclusive um aumento no consumo, que era incrementado também por problemas típicos da sociedade brasileira como a automedicação e o uso irracional dos medicamentos.

A nova concepção apontava, ainda, para o necessário estabelecimento de diretrizes voltadas à regulamentação sanitária de medicamentos. Tornava-se indispensável uma maior integração com o trabalho desenvolvido pela Vigilância Sanitária.

A importância dessa integração foi em muito reforçada pela crise que o país enfrentava, diante de denúncias envolvendo descobertas de medicamentos falsificados, laboratórios farmacêuticos legalizados, mas sem condições de funcionamento, laboratórios de “fundo de quintal”, distribuidoras de medicamentos clandestinas e roubo de cargas de medicamentos.

A PNM dispôs sobre as diretrizes, prioridades e responsabilidades das esferas de governo no âmbito do SUS, propondo o acompanhamento e avaliação da implantação da política. Estabeleceu, portanto, uma estrutura básica à coordenação

das atividades em AF, incluindo o setor público, o setor privado e os demais atores do campo farmacêutico.

Outro ponto a ser comentado é que a PNM manifesta, já em suas primeiras linhas, que o texto passou por uma ampla discussão junto a diversos segmentos ligados direta e indiretamente ao assunto. O documento foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Denota, portanto, uma preocupação do legislador em expressar que teria ocorrido uma negociação e um consenso entre as três esferas de governo.

Também o fato de a discussão ter sido realizada no CNS garantiu a ocorrência de um debate com a comunidade, conforme determinação da Lei nº 8.142/90. O CNS exerceu, portanto, seu papel de formulador de estratégias e controlador da execução da política de saúde.

A PNM tem como propósito primeiro garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

São oito as diretrizes explicitadas na Política Brasileira de Medicamentos:

1. Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais;
2. Regulamentação Sanitária de Medicamentos;
3. Reorientação da Assistência Farmacêutica;
4. Promoção do Uso Racional de Medicamentos;
5. Desenvolvimento Científico e Tecnológico;
6. Promoção da Produção de Medicamentos;
7. Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos;
8. Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos.

A diretriz, adoção de uma *Relação de Medicamentos Essenciais*, citada como uma das prioridades no documento, é de suma importância, pois é um instrumento

fundamental na orientação das atividades de seleção, programação, aquisição, prescrição e dispensação. Além disso, promove o uso racional, pois é o resultado da seleção de medicamentos eficazes e seguros, voltados a atender as reais necessidades da população.

A segunda diretriz, *Regulamentação Sanitária de Medicamentos*, vincula pela primeira vez no discurso institucional a indissociabilidade das ações da Política de Medicamentos com as ações da Vigilância Sanitária, colaborando, portanto, para o avanço da legislação sanitária (COSTA,1999). A afirmativa anterior pode ser confirmada considerando-se que no ano seguinte da publicação da PNM foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Pode-se citar ainda a Lei nº 9.787/99 (BRASIL,1999b) que, ao aprovar os medicamentos genéricos, representou um marco histórico na evolução legislativa, e demais resoluções e portarias emitidas pela própria ANVISA.

A diretriz de *Reorientação da Assistência Farmacêutica*, também escolhida como prioritária, promoveu o início de mudanças em todo o país, em particular no que se refere à forma de entender e gerenciar a AF. A idéia anterior, apenas centrada na aquisição e distribuição dos medicamentos pelos governos federal e estadual, começa gradativamente a se desfazer, motivada, sobretudo, por sua própria falência.

Além disso, o governo federal passou a enviar recursos financeiros destinados para compra de medicamentos, obrigando gestores estaduais e municipais reorganizarem seu gerenciamento no que concerne à AF. Incentivos de financiamento foram criados, entre os quais: o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), que define os valores a serem financiados pelas três esferas de governo, regulamentado pela Portaria GM nº 176/99, e o incentivo destinado ao Programa da Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área Saúde Mental, implantado pela Portaria GM nº 1.077/99.

Para se qualificarem ao recebimento do IAFB, os municípios deveriam assinar um Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica (PEAFB). Nesse Plano, deveriam ser definidas e aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as contrapartidas dos Estados e municípios e o elenco

de medicamentos para assistência básica. O PEAFOB deveria conter, também, a sistemática de programação, acompanhamento, controle e avaliação da sua implementação no Estado.

No que tange à *Promoção do Uso Racional de Medicamentos*, percebe-se um esforço no sentido de capacitar recursos humanos dentro da proposta desta diretriz. A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Prescritores são bons exemplos.

Quanto à diretriz *Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos* observa-se que está em implantação, devendo ser entendida como parte de um processo fundamentado na regulamentação sanitária, sendo garantida pelas atividades da Vigilância Sanitária.

Um elemento fundamental que a política de medicamentos brasileira explicitou é a necessidade de articulação intersetorial e a definição de competências das três esferas de governo. De maneira especial, a divisão de responsabilidades trouxe ganhos ao processo, valendo salientar, no entanto, que esta ainda não é completa, propiciando espaço para tensões e questionamentos.

Diante do exposto, é mister reconhecer que ocorreram avanços importantes na Política de Medicamentos Brasileira nos últimos anos, verifica-se uma crescente valorização das atividades relacionadas à AF, como atesta a realização da 1ª Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003.

### 3.2 BREVE REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Considerando-se a trajetória histórica da Política de Medicamentos no Brasil, seus avanços e retrocessos, seus princípios e diretrizes, bem como os novos conceitos, seria pertinente o questionamento de quais foram efetivamente os resultados de sua implantação.

Uma análise imediata desta indagação permite constatar a continuidade da centralização das ações do setor farmacêutico na disponibilização do produto, haja vista:

- A criação de todos os incentivos financeiros destinados à aquisição de medicamentos;
- O suprimento através de *kits*;
- A Política de Medicamentos Genéricos, que tem o intuito de aumentar a competitividade, reduzindo os preços;
- O Registro Nacional de Preços que visa, em última análise, a facilitar o processo de compras de medicamentos dos Estados e municípios;
- A atualização da legislação sanitária;
- A revisão da RENAME;
- As Farmácias Populares como estratégia de fornecimento de medicamentos a preços reduzidos.

Analisando-se a criação dos incentivos financeiros à Assistência Farmacêutica Básica e ao Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, pode-se dizer que foram um avanço. Os gestores de Estados e municípios passaram a assumir a responsabilidade de programar as aquisições de medicamentos para suprir as necessidades da população, aumentando, assim, sua autonomia.

Por outro lado, os recursos financeiros do IAFB somente podem ser utilizados para aquisição de medicamentos do elenco pertencente ao PEAQB, pactuado na CIB, não sendo possível então destiná-los a melhorias na infra-estrutura da AF.

Ao mesmo tempo em que a União descentralizou recursos financeiros para a aquisição de medicamentos, em alguns programas tornou a centralizar, como é o caso do *kit* do PSF do Programa da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, HiperDia, (BRASIL, 2002c) e da Farmácia da Mulher, o que parece ser uma ação contraditória do governo federal, diante da intenção de descentralização da AF.

O elenco de medicamentos do chamado *kit do PSF* foi instituído por meio da Portaria GM nº 343/01 (BRASIL,2001b) e era composto, inicialmente, por 31 medicamentos com entrega trimestral aos municípios que tivessem equipes do PSF ou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Esse elenco foi alterado pela Portaria GM nº 786/02 (BRASIL,2002d) que incluiu mais dois medicamentos no elenco. Em 2003, novas alterações foram realizadas, mediante a Portaria GM nº 1.397/03 (BRASIL,2003), reduzindo para 23 o elenco de medicamentos.

Como resultado da diretriz adoção da Relação de Medicamentos Essenciais, o Ministério da Saúde publicou, em 1999, a revisão da RENAME. Em 2002, o MS procedeu à atualização da RENAME, que possuía 327 fármacos com 520 apresentações.

Cabe lembrar que a RENAME deve ser utilizada como um guia básico para a elaboração de listas estaduais e municipais de medicamentos, de acordo com o perfil epidemiológico do local. No entanto, ao mesmo tempo em que o governo federal se preocupa em revisar periodicamente a RENAME, lança um Elenco Mínimo e Obrigatório. Esse elenco foi instituído pela Portaria SPS nº 16/00 (BRASIL, 2000a), composto por 19 medicamentos, que visava a atender ao quadro de doenças prevalentes no âmbito regional e nacional. Os Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica Básica deveriam contemplar o Elenco Mínimo e Obrigatório.

Observa-se nesta situação uma indefinição de qual elenco deve ser utilizado como instrumento norteador das ações de suprimento de medicamentos, se a RENAME, o Elenco Mínimo ou o *kit* PSF. Tal situação no âmbito do município causa problemas que fazem lembrar o período da CEME.

Outro ponto importante a ser analisado refere-se aos gastos com medicamentos. No ano de 2003, o MS despendeu R\$ 1.787.044.059,41 para a aquisição de medicamentos e destinou para o IAFB R\$ 178.643.696,00<sup>4</sup>, sem contudo, avaliar o impacto causado em termos de atendimento da demanda populacional. Verifica-se, também, que não há uma avaliação ou acompanhamento do cumprimento das normas pactuadas.

---

<sup>4</sup> Ministério da Saúde/Sub-Secretaria de Assuntos Administrativos apud PEREIRA (2005, p.34).

Para ilustrar, pode-se citar um estudo que analisou os programas e ações em AF (PEREIRA, 2005), cujos resultados afirmam que em 2001 a obrigatoriedade da inclusão, para a liberação do IAFB, de todos os medicamentos do elenco mínimo nas relações estaduais de medicamentos somente ocorreu nos Estados de Alagoas e do Paraná.

Diagnósticos efetuados em alguns municípios e Estados da AF apontam problemas relacionados à qualidade dos serviços prestados, tanto pela debilidade de sua infra-estrutura quanto por sua operacionalidade. Da mesma forma, são consideráveis as dificuldades de atendimento da demanda populacional por medicamentos.

Os motivos que explicam a falta de medicamentos na rede pública são múltiplos e complexos. Os problemas existentes não se limitam às questões financeiras, orçamentárias ou à falta de infra-estrutura e recursos humanos; dependem também da conduta dos gestores, prescritores, dispensadores, consumidores e da indústria farmacêutica.

Alguns estudos têm explicitado e caracterizado as principais dificuldades do processo de implantação da PNM nos Estados e municípios.

Uma análise sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica realizada no norte de Minas Gerais e no Vale do Jequitinhonha, englobando dezenove municípios (GUERRA JUNIOR, 2002), demonstrou a baixa disponibilidade dos medicamentos essenciais nos almoxarifados municipais (52,0%); unidades públicas de saúde (46,9%); unidades filantrópicas e privadas (41,0% e 38,1%). Nas farmácias privadas a disponibilidade dos medicamentos essenciais foi de 81,2%. Quanto ao perfil das prescrições, a maioria dos medicamentos (69,7%) não estava disponível nas unidades públicas de saúde e 23,4% não pertenciam à RENAME.

O estudo concluiu que o setor público não adotou o conceito de medicamento essencial, havendo baixa disponibilidade e ausência de continuidade na oferta, além da prescrição de medicamentos de marcas de referência no SUS. A disponibilidade dos medicamentos essenciais foi maior nas farmácias privadas, mas foi verificado que marcas de referência se encontravam com valor superior ao tabelado, comprometendo a acessibilidade econômica. Os resultados deste trabalho

sinalizaram a urgência da adoção de estratégias para divulgar e implementar o conceito de medicamento essencial nos setores público e privado.

Um diagnóstico da AF do Estado da Bahia, realizado pela Secretaria da Saúde em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva em 43 municípios, demonstrou que em 47,7% dos municípios não havia uma relação de medicamentos e 52,3% contava com uma lista de medicamentos que estavam disponíveis no estoque do serviço de saúde, não se referindo, portanto, a um elenco padronizado (BAHIA, 1998).

Uma avaliação da AF do Distrito Federal (NAVES; SILVER, 2005) apontou que foram efetivamente dispensados 61,2% dos medicamentos prescritos e o tempo médio de dispensação foi de 53,2 segundos. O mesmo estudo verificou que apenas 18,7% dos pacientes compreendiam integralmente a prescrição, sendo que 56,3% conseguiam ler a receita. Os resultados do trabalho demonstram que a eficiência das ações da AF está seriamente comprometida pelos baixos níveis de compreensão dos pacientes e pela dificuldade de acesso.

Um estudo realizado por Acúrcio (2003) avaliou as informações contidas nas prescrições médicas em 63 Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sendo que os principais resultados foram: ausência de recomendação de uso em 84,3%, presença de dados posológicos variando de 51,2% a 97,6% e a utilização do nome genérico para todos os medicamentos prescritos de 51,9%. Os resultados da pesquisa apontaram para a necessidade de educação continuada dos prescritores e para a adoção de outras medidas de melhoria da qualidade das prescrições.

Uma avaliação realizada por Pereira (2005), sobre a disponibilidade de 13 medicamentos em 13.973 equipes do Programa Saúde da Família, no período de 2001 e 2002, apontou que 3,8% das equipes foram classificadas como tendo desempenho muito ruim, 19,50% ruim, 47,6% bom e 29% muito bom. O trabalho conclui que a disponibilidade de medicamentos essenciais nas equipes do PSF está sujeita não só a uma política de oferta de medicamentos, mas também à reorientação da AF.

Por outro lado, uma pesquisa realizada em 413 municípios, que objetivava avaliar o estágio de organização da AF após a adoção do IAFB, nos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal, concluiu que:

[...] embora persistam problemas importantes a serem enfrentados no processo de organização da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros, existe um movimento institucional na direção de uma maior racionalidade político-administrativa, da melhoria das condições estruturais e de um incremento progressivo da qualificação da gestão e dos serviços de Assistência Farmacêutica. (BRASIL, UFMG, 2002, p. 70).

As pesquisas apresentadas demonstram que a política de medicamentos encontra-se em um estágio inicial de sua implantação, não garantindo ainda à maioria da população o acesso e o uso racional dos medicamentos. Observa-se, também, que é urgente a adoção de mecanismos que propiciem a avaliação e o acompanhamento da política de medicamentos que está sendo implantada nas três esferas governamentais.

Por fim, verifica-se que para uma maior aproximação do propósito da PNM, expresso na Portaria nº 3.916/98, implicaria reconhecer a importância do usuário nos serviços de saúde, a necessidade do provimento de um serviço farmacêutico estruturado adequadamente, em uma área física que permitisse o atendimento humanizado por profissionais capacitados e motivados ao encaminhamento das questões do usuário.

### 3.3 A MUDANÇA DE PARADIGMA NA CONCEPÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

A Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME) enfatiza que o acesso e o uso racional de medicamentos devem se apoiar em legislações e regulamentações que tenham impacto sobre áreas críticas do campo farmacêutico:

[...] seleção e registro de medicamentos; regulamentação da promoção comercial de produtos farmacêuticos; regulamentação de preços; adaptação dos novos acordos internacionais de comércio às necessidades dos países e seus problemas de saúde pública; melhoria da formação de profissionais de saúde; educação de consumidores; disponibilidade de informação independente e completa. (SOBRAVIME, AIS LAC, 2001, p.14).

Assim, destaca-se o entendimento de que para melhorar o gerenciamento do setor farmacêutico é necessário implementar a regulamentação, aprimorar a troca de informações sobre o uso de medicamentos, dispor de informações independentes, de modo a embasar a seleção e a prescrição racional.

Entende-se, portanto, que a melhoria da AF prestada à população depende da articulação de vários fatores e em diferentes instâncias.

De acordo com a SOBRAVIME, os envolvidos na tarefa de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos são:

- os governos que devem mostrar vontade política para estabelecer políticas farmacêuticas apropriadas e as conseqüentes legislações;
- os produtores e distribuidores de medicamentos que devem assumir não somente o compromisso de oferecer medicamentos com qualidade, os quais respondam às necessidades de saúde pública, mas oferecer informação completa com qualidade e melhorar suas práticas de mercadização;
- as universidades e outras instituições devem melhorar a formação de profissionais para assegurar sua independência em relação aos interesses comerciais;
- os profissionais de saúde (dispensadores e prescritores) devem manifestar seu próprio papel individual e o de sua categoria profissional para atuar a favor do uso racional de medicamentos na sociedade;
- os organismos internacionais devem decididamente apoiar os governos para formular suas políticas farmacêuticas, as legislações apropriadas e sua aplicação;
- as organizações não-governamentais devem apoiar todas as iniciativas que estejam orientadas a ter repercussão positiva sobre qualquer elemento do campo farmacêutico;
- os consumidores devem participar ativamente na formulação de políticas e no processo educativo que os leve a um uso responsável dos medicamentos. (SOBRAVIME, AIS LAC, 2001, p.14).

O envolvimento dos vários atores é fundamental para a garantia do acesso, no uso racional e na qualidade. O acesso é entendido como a capacidade de prover medicamentos essenciais à população no momento e no local em que são necessários, sendo adquiridos a preços compatíveis que permitam o devido financiamento.

O *uso racional* caracteriza-se pela adoção de atitudes alicerçadas em informações técnico-científicas e operacionais durante o diagnóstico, a prescrição, a

dispensação e a utilização dos medicamentos. A qualidade é compreendida tanto do produto fornecido quanto do serviço prestado. Centralizar a atenção em um ou outro aspecto da Política de Medicamentos não possibilitaria melhores condições à sua implementação.

Apesar da garantia do acesso aos medicamentos essenciais ter maior evidência como problema, inclusive no exterior, visto que aproximadamente um terço da população mundial e mais de 50% no caso da população da África e Ásia não têm acesso aos medicamentos essenciais (OMS, 2000; 2003), é necessário preocupar-se também com a organização e a estruturação do serviço de AF, pois os medicamentos são apenas instrumentos para a prestação do serviço.

A experiência tem mostrado que as políticas de financiamento e de provimento de medicamentos, no Brasil, não têm sido suficientes para garantir o acesso, provavelmente devido à ausência de um serviço que gerencie apropriadamente esses recursos.

A atual estrutura organizacional da AF, em nível municipal, tem apresentado uma certa desorganização das etapas do ciclo da AF; ausência de recursos humanos em número suficiente e capacitados; áreas físicas inadequadas e a inexistência de procedimentos operacionais padronizados. Observa-se, ainda, que os municípios enfatizam a atividade de aquisição dos medicamentos.

De um modo geral verifica-se que os municípios têm adotado a implantação de pequenas farmácias na maioria das unidades de saúde, o que, agregado a uma estrutura organizacional deficiente, gera problemas como: desorganização do serviço, falta de medicamentos, ausência de controle dos medicamentos, inexistência de acompanhamento dos usuários e falta de profissionais farmacêuticos responsáveis por cada um desses pontos de “entrega”. Essa situação provoca, principalmente, a diminuição da resolutividade dos serviços de saúde.

É possível concluir, finalmente, que qualquer discussão sobre a Assistência Farmacêutica parte, na verdade, de sua definição expressa na própria PNM:

[...] como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve também o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a

segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 1998, p. 34).

Segundo Perini (2003), a AF pode ser entendida como um sistema complexo de atividades técnicas, decisões políticas, comportamentos, ações, processos e produtos mais ou menos característicos, organizados em “etapas” ou “sub-sistemas” definidores de sua existência. Assim, em função desta abordagem sistêmica, a AF passa a ser concebida como um conjunto de elementos que interagem com uma finalidade determinada e que constituem um sistema.

Desta forma, a AF também é parte de um sistema mais amplo, que é o sistema de saúde, bem como do sistema do setor farmacêutico, o qual é complexo e muito heterogêneo em sua composição e interesses. Por sua vez, este setor é composto pelo sistema de produção e de vigilância sanitária.

Cada um desses sistemas possui finalidades e objetivos definidos, relacionados com um sistema de maior envergadura, constituindo-se assim sub-sistemas do mesmo. Dessa maneira, é possível compreender as interações entre os sub-sistemas, que atuam como determinantes e condicionantes que explicam os comportamentos e os resultados esperados de cada sub-sistemas (SANTICH; GALLI, 1995).

Portanto, ao propor um modelo de estruturação e organização da AF, é preciso considerar a política de saúde e a política de medicamentos do País.

A AF engloba um conjunto de atividades ou de elementos que possuem objetivos comuns que apontam para um sistema global onde existem também objetivos. Cada atividade constitui um conjunto de tarefas que formam uma estratégia à obtenção de objetivos específicos. Um conjunto de elementos forma um componente.

No entanto, é necessário considerar que o Sistema de Assistência Farmacêutica desenvolve-se na sociedade, onde são esperados conflitos, uma vez que as pessoas são movidas por seus interesses, ideologias e valores.

Um sistema social, então, não segue os rígidos padrões de determinação e o alto grau de previsibilidade dos sistemas naturais. A utilização da Teoria de Sistemas aplicada à AF, neste trabalho, tem o intuito de facilitar a sua compreensão, de forma a propiciar a elaboração de um modelo didático que ajude a explicar como deve ocorrer o desenvolvimento de suas atividades, sem esquecer, todavia, as limitações deste modelo quando de sua transposição para a realidade.

A análise da Assistência Farmacêutica Básica com enfoque sistêmico conduz à proposição de um sistema composto por quatro componentes (SANTICH; GALLI, 1995):

1. Técnico-científico;
2. Operacional;
3. Informação;
4. Qualidade.

O componente Técnico-científico é composto pelos elementos seleção de medicamentos, protocolos terapêuticos, formulário terapêutico, farmacoepidemiologia, farmacoeconomia e farmacovigilância (modificado SANTICH; GALLI, 1995).

O componente Operacional tem em sua composição os elementos: programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação, capacitação de profissionais, educação dos usuários dos serviços e seguimento farmacoterapêutico (modificado SANTICH; GALLI, 1995).

O terceiro componente é constituído pelos elementos: informação técnico-científica e informação operacional.

Os elementos do componente Qualidade são a qualidade do produto e a qualidade do serviço.

Cada componente possui um objetivo, necessitando para alcançá-lo ter seus elementos definidos e organizados de forma a cumprir as suas tarefas dentro de uma estrutura organizacional com a requerida infra-estrutura.

Os resultados obtidos em cada componente da AF influenciarão os demais componentes e, por conseguinte, em todo o Sistema de Assistência Farmacêutica.

Um ponto importante a considerar é que a AF, por ser um conjunto de atividades complexas que requerem um trabalho multidisciplinar, exige articulações permanentes com outras áreas, como Vigilância Sanitária, Epidemiologia, Programa de Saúde da Família, demais Políticas de Saúde, Setor de Planejamento, Setor Financeiro, Material e Patrimônio, Licitação e Setor Jurídico (BRASIL, 2001).

Neste contexto, a mudança de paradigma em relação à concepção dos serviços farmacêuticos reflete a necessidade de reorientar, efetivamente, a AF no país. Para isso, é necessário que o conjunto de atividades relacionadas modifique o foco de interesse, tendo o usuário, e não mais o medicamento, como elemento central.

O aparente colapso financeiro que assombra os gestores públicos em relação à aquisição de medicamentos deverá ser objeto de profundas transformações no âmbito da AF.

Nesse sentido, se o co-pagamento vem a ser uma estratégia de viabilidade na promoção do acesso, o mesmo grau de prioridade deveria ser atribuído a outras estratégias como aquelas destinadas ao combate à medicalização do sistema e à qualificação da gestão farmacêutica.

Entretanto, qualquer medida destinada à qualificação dos serviços farmacêuticos deve, necessariamente, estar fundamentada em uma concepção clara e consistente do papel a ser executado pelos serviços farmacêuticos na atenção à saúde.

Observa-se, porém, que, de um modo geral, a prática do serviço farmacêutico continua vinculada ao simples fornecimento do insumo, sendo que muitas vezes isto é feito dentro de estruturas deficientes e tecnicamente questionáveis.

Embora o ciclo da AF esteja amplamente disseminado no país, é preciso avançar e romper com a concepção meramente logística do fornecimento de medicamentos.

Talvez este desafio possa ser melhor enfrentado à luz de uma estrutura organizacional institucionalizada, ou seja, reconhecida e regulamentada, capaz de agregar valor ao serviço farmacêutico, na busca da integralidade do conjunto das ações em saúde.

Finalmente, entende-se que é necessário analisar os aspectos funcionais da AF, nos diferentes níveis de gestão, o que uma vez acordado deverá permitir identificar outras estratégias na operacionalização do serviço farmacêutico no SUS.

Assim, buscou-se no presente trabalho sistematizar as funcionalidades, os componentes e elementos que integram o serviço farmacêutico. Para tanto, optou-se por utilizar ferramentas do planejamento estratégico, as quais, aliadas a uma concepção sistêmica da AF, permitem visualizar com maior precisão, não apenas os aspectos críticos a serem enfrentados, mas também os possíveis caminhos a serem trilhados em relação aos serviços farmacêuticos e sua contribuição para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

### 3.4 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)

É evidente que o SUS trouxe uma série de mudanças na forma de gerenciar os serviços de saúde, exigindo que fossem assumidas novas responsabilidades pelos gestores locais. As alterações advindas do princípio da descentralização são um bom exemplo, visto terem proporcionado maior poder de definição aos municípios. O gestor local agora é responsável pela implantação de políticas que devem ser harmônicas e coerentes com os objetivos nacionais.

Um instrumento de gestão que pode auxiliar na implantação dessas políticas é o planejamento, sendo que uma das metodologias mais conhecidas é o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvida pelo economista chileno Carlos Matus e adaptada para o campo da saúde pela Organização Pan-americana de Saúde.

O PES é um método e uma teoria de Planejamento Estratégico Público, concebido para servir aos dirigentes políticos, envolvidos com a gestão. Seu tema são os problemas públicos, sendo aplicável a qualquer órgão cujo centro do jogo

não seja exclusivamente o mercado, mas o jogo político, econômico e social (HUERTAS, 1996).

A proposta teórico-metodológica de Carlos Matus começou a ser esboçada no início dos anos 70, iniciando, no mesmo período, seu questionamento à planificação normativa do planejamento econômico-social. A planificação normativa foi caracterizada como:

[...] um enfoque do planejamento em que a definição de objetivos, atividades e recursos não surgem das funções reais do comportamento social, da análise das forças envolvidas no planejamento, mas a partir da superposição de normas e técnicas, que se originam em diferentes vertentes do pensamento econômico e administrativo. Na planificação normativa a visão técnica prevalece sobre a visão estratégica. (RIVERA, 1992, p. 41).

Planejar no dizer de Matus significa pensar antes de agir de forma sistemática, buscando explicar cada uma das possibilidades, analisando suas respectivas vantagens e desvantagens. É determinar onde se quer chegar e qual o caminho que se deseja trilhar. É a arte de evitar ser arrastado pela correnteza do rio dos acontecimentos do dia-a-dia em uma direção desconhecida (HUERTAS, 1996).

O conceito de situação e de explicação situacional são temas centrais da proposta do Planejamento Estratégico Situacional (RIVERA, 1992). O conceito de situação indica que cada ator explica a realidade a partir do seu posto de observação, baseado em modelos teóricos, valores, ideologias próprias pré-construídas em sua mente. “O ator observa e vê de dentro do campo do jogo com a cegueira e a compreensão que essa posição impõe, e condicionado pelo objetivo que persegue” (MATUS, 1996, p. 12). Assim, cada ator vê e explica a realidade de forma diferente agindo, portanto de forma diferente.

No planejamento normativo o diagnóstico é único, objetivo, fala em nome de ninguém e apresenta uma realidade desprovida de qualquer interesse do sujeito que elabora o diagnóstico. Se o conceito de diagnóstico fosse vigente nas relações sociais a verdade seria única, científica, objetiva e reconhecida por todos da mesma forma, não haveria então ações nem planos conflitivos.

Na avaliação situacional, ao contrário, o ator, inserido na situação, explica a realidade e se manifesta na primeira pessoa assumindo esta explicação como

própria. Mas, é importante considerar que os outros atores também fazem planos e, por isso, espera-se que ocorram disputas, divergências e resistências, exigindo desta maneira uma boa estratégia para que sejam vencidos os oponentes.

Segundo Matus, “planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir” (1997). Se o homem, um governo ou uma instituição desistir do direito de conduzir e deixar-se levar pelos acontecimentos, abdica então da principal liberdade humana, que é tentar decidir onde deseja chegar e como lutar para alcançar seus objetivos.

O planejamento refere-se ao presente, trata-se de analisar sistematicamente a realidade, elaborar um plano e colocar as ações em prática. Portanto, o “planejamento é um cálculo que precede e preside a ação para criar o futuro, não para predizê-lo” (HUERTAS, 1996, p. 15).

Conforme Matus, o planejamento tradicional não é capaz de lidar com a complexidade da realidade social, por ter sido concebido com princípios deterministas, nos quais o cálculo se baseia na predição e não considerando a capacidade de planejamento do outro. A ocorrência de surpresas ou a existência de incertezas, enquanto a realidade, é um sistema complexo de incerteza dura, com problemas quase-estruturados (TANCREDI, 1998).

Os problemas semi-estruturados ou quase-estruturados possuem as seguintes características:

- a) não são enumeráveis todas as variáveis relevantes, e, portanto, não é finito o número de todas as possibilidades futuras e só é possível enumerar algumas delas;
- b) não é possível precisar todas as relações entre as variáveis, já que muitas delas são imprecisas ou nebulosas;
- c) a solução de um problema quase-estruturado é situacional, já que uma boa solução para um jogador pode ser má solução para os outros. É um problema que escapa às possibilidades da formalização matemática. (MATUS, 1996, p. 30)

No planejamento situacional a categoria “problema” é essencial e, devido a isso recebe uma atenção teórico-metodológica especial. Assim, são estabelecidos guias práticos de como precisar, analisar e explicar problemas.

Processar problemas significa:

1. Explicar como nasce e se desenvolve o problema;
2. Fazer planos para atacar as causas do problema mediante operações;
3. Analisar a viabilidade política do plano ou verificar o modo de construir sua viabilidade;
4. Atacar o problema na prática, realizando operações planejadas. (HUERTAS,1996, p. 36).

Diferentemente do planejamento tradicional que se concentra em setores, o planejamento estratégico tem seu centro de ação nos problemas. Logo, o planejamento pode ser visto como um método de organização para o enfrentamento de problemas, sendo que a formulação de um plano operacional constitui uma das estratégias fundamentais nesse enfrentamento.

Nesse contexto, um governante precisa articular três variáveis para alcançar os objetivos propostos pela sua gestão:

- a) O projeto de governo;
- b) A capacidade de governo;
- c) Governabilidade do sistema.

O projeto de governo (P) refere-se aos problemas que o governante se propõe a enfrentar e a estratégia escolhida para este enfrentamento. A capacidade de governo (C) remete à condução do governo e a um elenco de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências do gestor e sua equipe.

A governabilidade do sistema (G) é uma relação entre as variáveis controláveis e não-controláveis do processo de governo. Quanto mais variáveis decisivas o governante controla, maior é a sua liberdade de ação e maior é sua governabilidade do sistema (MATUS, 1997).

O triângulo de governo apresenta variáveis que são distintas, mas que se entrelaçam e se condicionam mutuamente.



A descrição do problema deve ser objetiva e permitir caracterizá-lo e mensurá-lo. Para tal, propõe-se à identificação de descritores que são caracterizados por:

- Os descritores devem enunciar o problema e não suas causas e conseqüências;
- Devem ser precisos e monitoráveis;
- Cada um deles deve ser necessário à descrição e o conjunto suficiente;
- Não deve haver relações causais entre os descritores;
- A descrição será suficiente quando a eliminação da carga negativa resolver o problema. (TANCREDI, 1998, p. 34).

Para explicar os problemas, utiliza-se o **Fluxograma Situacional** ou a **Árvore Explicativa**, quando se adota uma estrutura simplificada. O Fluxograma consiste em “diagramar as causalidades sistêmicas que temos captado pela experiência, pelo conhecimento sistemático teórico-prático, e pela verificação empírica de algumas relações causais” (RIVERA, 1992, p.125).

Uma das vantagens desta maneira de explicar consiste em ordenar as variáveis de um modo a dividi-las em três instâncias ou níveis. O nível I, dos fluxos da produção social; o nível II, das acumulações sociais, e o nível III, das regras básicas do sistema, que precisam o âmbito no qual produzem-se os outros dois níveis (RIVERA, 1992).

Segundo Cecílio, o Fluxograma Situacional:

[...] descreve uma cadeia causal em linha horizontal, indo da esquerda para a direita, de forma que, quanto mais à esquerda, mais “profunda” é a causa ou a explicação, situando-se no campo das “regras”. Quando se avança da esquerda para a direita, as causas vão sendo posicionadas em planos mais superficiais, no nível das “acumulações” e, depois, dos “fluxos” de outros fatos mais próximos ao problema observado. Para Matus, quanto mais “profundas” as causas enfrentadas, maiores os impactos sobre o problema. (CECÍLIO, 1997, p.157).

A situação explicada com o Fluxograma Situacional indicará os nós críticos presentes na cadeia causal, que nada mais são que os pontos de maior sensibilidade para a mudança, que irão constituir o alvo das ações para o enfrentamento do problema.

Essa forma de representar a realidade baseia-se na **Teoria da Produção Social**, a qual é um dos pilares da teoria matusiana, juntamente com o conceito de situação expresso anteriormente.

A **Teoria da Produção Social** foi definida como uma espécie de circuito onde a produção gerada por um ator social requer inevitavelmente o uso de recursos econômicos, políticos, de conhecimento, entre outros. Por sua vez, toda a produção social retorna ao ator produtor como acumulação social ou desacumulação de novos recursos: econômicos, de poder, reafirmação, questionamentos, novos valores e novos conhecimentos.

Matus compara o processo de produção social a um jogo, no qual os jogadores (atores sociais) submetendo-se as regras do jogo (genoestruturas) fazem jogadas (fluxo de produção social) que lhes permitem acumular ou desacumular recursos (fenoestruturas).

As jogadas acertadas podem gerar um acúmulo de poder suficiente para produzir uma mudança nas regras mais básicas da sociedade, que são as formas de propriedade dos meios de produção e o seu aparato jurídico-constitucional.

A idéia de “planos” de Matus é completada com a existência dos “espaços”, no sentido de que em cada situação conforma-se um espaço de produção do possível para cada ator social. Esses espaços apresentam uma recursividade entre si, no sentido do espaço geral conter o espaço particular e este, o espaço singular.

Para Matus, o grau de incerteza existente no processo de produção social é total, uma vez que é preciso reconhecer que os outros “jogadores” também “jogam” e exercem um cálculo interativo que redefine, permanentemente, o universo de eventos possíveis no “jogo” que eles podem e querem produzir.

Assim, se a incerteza é total, ou seja, o universo de eventos e suas probabilidades de ocorrência não são conhecidas, seria impossível uma intervenção planejada sobre a realidade. No entanto, o que é proposto pela teoria do PES é o desenvolvimento de mecanismos que permitam reduzir este grau de incerteza.

Finalmente, a Teoria da Produção Social trabalha com a idéia de intercâmbio de problemas e não com a solução dos mesmos, pois a mesma só seria possível em sistemas fechados, sincrônicos, com começo e fim definidos.

Voltando aos momentos do PES, a explicação situacional exige uma série de interações entre o momento explicativo e o momento normativo, apresentado a seguir, até que ambos sejam precisados numa situação.

**II Momento Normativo** aponta para o desenho do como deve ser a realidade. O momento normativo é a instância do desenho do plano, suas operações, os recursos necessários para efetuar-las, os produtos esperados e os resultados previstos. Trata-se, também, de construir cenários possíveis onde o plano será executado tentando assim, construir programas direcionais adequados aos distintos cenários.

No momento normativo o planejador deve centrar sua atenção na eficácia direcional das operações propostas pelo plano para atingir a situação-objetivo.

**III Momento Estratégico** após estabelecer o que deve ser feito é necessário analisar o que pode ser feito para diminuir a vulnerabilidade do plano. Primeiramente, o plano propõe o uso de planilhas de exploração/simulação, que é a expressão tanto da motivação dos atores envolvidos de alguma forma no plano, como da quantidade de poder que os mesmos dispõem para enfrentar cada operação proposta. A motivação de um ator é resultante de seu interesse pela operação, podendo ser positiva, negativa ou neutra, e dependente ainda do valor que ele lhe confere (alto, médio ou baixo).

Conhecer a motivação dos diferentes atores em relação ao objeto do planejamento ou mais precisamente, em relação às operações desenhadas no momento normativo, possibilita a identificação de estratégias e táticas, tendo em vista a necessidade de construir a viabilidade do plano. Logo, o momento estratégico é o do *tornar possível* a execução do plano elaborado.

Posteriormente, Matus propõe a elaboração de uma planilha denominada “matriz vetor de peso de forças”, na qual é expresso quantitativamente o controle que cada um dos atores interessados no projeto tem sobre os vários recursos

necessários para a realização da operação. Esta quantificação é expressa em percentuais de forma que a soma dos percentuais controlados por cada ator totalize cem por cento. Os apoios que cada ator recebe dos outros atores também são quantificados da mesma forma.

**IV Momento Tático-Operacional** é o momento de executar o plano. Trata-se, agora, de instalar o planejamento na vida institucional. Agora o “PES na prática” requer que a instituição seja dotada de um “sistema de direção de alta responsabilidade”. O “sistema de direção e alta responsabilidade” nada mais é que um sistema de direção no qual todos os atores envolvidos no plano precisam prestar contas dos compromissos assumidos. O plano situacional é composto por compromissos e organizado de forma modular, de maneira que se torna fácil nomear os responsáveis pelos módulos. Portanto, o plano estratégico-situacional e o sistema de direção de alta responsabilidade são complementares e só podem ser pensados em conjunto.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA**

Este trabalho caracteriza-se como um estudo de natureza exploratória e descritiva, sendo desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

### **4.2 DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA**

Baseado no referencial teórico adotado e no processo histórico-social da Política de Medicamentos brasileira, parte integrante da Política de Saúde, foi delimitado o espaço geral, o pano de fundo no qual se inseria o problema.

Visando a uma primeira aproximação com o objeto do estudo, buscou-se conhecer o município de Porto Alegre e a SMS. Para tanto, foram apresentados alguns dados relativos à divisão territorial, demografia, aspectos de infra-estrutura, economia e educação, bem como dados epidemiológicos. Da mesma forma, procurou-se conhecer e analisar a AF prestada nos níveis central, distrital e local.

Assim, a AF foi caracterizada por meio de um breve histórico, incluindo também as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, seus indicadores, os recursos financeiros e humanos envolvidos.

Como fonte de informação, foram utilizados os relatórios: de gestão da SMS, de prestação de contas da AF, do Sistema de Acompanhamento de Recursos de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, da situação do pedido de aquisição dos medicamentos (sistema informatizado), bem como a legislação pertinente e outros documentos.

A pesquisa dos indicadores da AF, adotados pela SMS, foi apresentada com o intuito de produzir informações que colaborassem com o diagnóstico da Assistência Farmacêutica, uma vez que os resultados permitiam quantificar parte do atendimento, comparando serviços de saúde em diferentes épocas do ano. Os

resultados dos indicadores foram obtidos através da consulta aos relatórios de prestação de contas da AF e às planilhas de coletas dos dados.

Os indicadores da AF analisados foram:

- Número de prescrições atendidas mensalmente em 2002 e 2003;
- Número e percentual de prescrições atendidas anualmente, classificadas por origem de emissão em 2003;
- Número e percentual de prescrições de medicamentos controlados atendidas anualmente, classificadas por origem de emissão em 2003;

Objetivando conhecer o trabalho desenvolvido em nível distrital, foi realizada a caracterização do território da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar, considerando sua localização, serviços de saúde existentes, dados populacionais, recursos humanos disponíveis, consultas médicas ofertadas e contemplando, ainda, a AF, seus indicadores e aspectos estruturais das farmácias. A Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar foi escolhida para o estudo porque na região já havia ocorrido uma experiência envolvendo um projeto com estagiários de farmácia.

Os dados consultados nos relatórios de gestão da Gerência Distrital de Saúde (GDS), nas planilhas de coletas de dados dos indicadores de prescrições atendidas e outros documentos foram as fontes de informação pesquisadas. As informações obtidas pela análise documental foram complementadas com a observação de aspectos físicos e organizacionais por intermédio de visitas a nove serviços de saúde do território, que se disponibilizaram a receber a pesquisadora e apresentar o trabalho desenvolvido.

Para alcançar os objetivos estabelecidos foi formado um grupo de trabalho com representantes dos serviços de saúde do território, conforme estabelecido em reunião de colegiado da GDS, na qual participaram todas as coordenações das Unidades Básicas de Saúde da região.

Integravam o grupo funcionários dos serviços de saúde que já haviam contado com os estagiários de farmácia, de um projeto anterior, por estarem mais familiarizados com as questões relativas à AF.

O grupo foi composto por: 3 enfermeiras, 1 dentista, 1 médica, 1 psicóloga, 1 farmacêutica, 1 administrador, 3 auxiliares de enfermagem, 1 técnica em enfermagem, e 1 estagiária de farmácia.

Realizaram-se 6 oficinas, nas quais foram utilizados o fluxograma descritor como instrumento de apoio e alguns elementos do método do Planejamento Estratégico Situacional, tendo como referencial teórico Carlos Matus.

As reuniões ocorreram no período de maio a julho de 2004, tendo cada uma a duração de 4 horas. Roteiros foram organizados especificando os objetivos de cada oficina. Todo o conteúdo produzido foi anotado no diário de campo e, posteriormente, elaborado um relatório.

A primeira oficina teve por objetivo subsidiar os participantes do grupo com informações referentes à Política de Medicamentos brasileira, a fim de homogeneizar o conhecimento e qualificar a discussão. Foi oportunizado que todos se manifestassem, buscando que a experiência de cada um enriquecesse o debate.

Nesse momento, iniciou-se o uso da ferramenta fluxograma descritor, com o objetivo de conhecer a organização do processo de trabalho das farmácias da GDS.

O fluxograma descritor permite, a partir de um olhar usuário-centrado sobre o serviço de saúde, identificar os caminhos percorridos deste quando na procura de assistência. Dessa forma, o fluxograma descritor propicia a detecção dos problemas no momento da produção da assistência à saúde. Trata-se, na verdade, de analisar como o trabalhador de saúde está exercendo seu autogoverno no espaço intercessor trabalhador/usuário. As interrogações que surgem com esta análise podem auxiliar na elaboração de um caminho alternativo para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

Os fluxogramas descreveram as principais atividades efetuadas na farmácia, ou seja, a solicitação, recebimento e dispensação de medicamentos.

Na primeira oficina foi iniciada a elaboração dos fluxogramas de solicitação e recebimento de medicamentos da Equipe de Material. Na segunda foi desenhado o fluxograma da dispensação de medicamentos.

Assim, nas duas primeiras oficinas foi elaborado o fluxograma do processo de trabalho na AF, identificando-se os problemas para a execução das atividades. As diferenças existentes entre as equipes de Saúde, como, por exemplo, do PSF e das demais Unidades de Saúde, foram consideradas.

Na terceira e quarta oficinas iniciou-se a construção da árvore do problema, a partir do problema escolhido. Nessa oficina foram identificados as causas do problema priorizado e os descritores do problema.

A definição da situação-objetivo, a identificação dos nós críticos, bem como da elaboração da matriz operacional foram os objetivos da quinta oficina. Esta foi dividida nas seguintes colunas: operação (ações), produto, resultado, recursos, responsável, apoio, indicadores e prazo.

Na sexta oficina foi finalizada a elaboração da matriz operacional.

O projeto foi concluído com a sistematização das informações obtidas por meio das pesquisas realizadas e dos resultados das oficinas. A partir disso, foi proposto um modelo lógico de trabalho aplicado à Assistência Farmacêutica voltado a sua reorientação no município de Porto Alegre.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

#### **5.1.1 Divisão Territorial e Dados Demográficos**

Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, situa-se às margens do rio Guaíba e faz divisa com as seguintes cidades: Triunfo (22.166 habitantes), Nova Santa Rita (15.750 habitantes), Canoas (306.093 habitantes), Cachoeirinha (107.564 habitantes), Viamão (227.429 habitantes), Barra do Ribeiro (11.845 habitantes), Alvorada (183.968 habitantes), Eldorado do Sul (27.268 habitantes) e Guaíba (94.307 habitantes).

A população total é de 1.360.590 habitantes, sendo que 724.770 (53,3%) são mulheres e 635.820 (46,7%) homens. Residem na zona urbana 1.320.739 habitantes (97,1% da população total) e na área rural 39.851 habitantes (IBGE, 2000).

Quanto às etnias, Porto Alegre é formada por descendentes de 25 etnias. A maior parte da população é proveniente do interior do Estado do Rio Grande do Sul e descendente de imigrantes vindos de vários países da Europa, principalmente Portugal, Itália e Alemanha.

#### **5.1.2 Aspectos de infra-estrutura**

Percentual da população atendida por (PORTO ALEGRE, 2000):

- Água canalizada: 99%;
- Rede de esgoto: 84%;
- Energia elétrica com medidor: 93,9%;

- Coleta de lixo: 100%.

### **5.1.3 Aspectos econômicos**

As atividades econômicas desenvolvidas no município de Porto Alegre são de agropecuária, indústria (moderna e tradicional), comércio e serviços. Os setores da atividade econômica que mais ocupam a população são serviços (63,6%) e comércio (15,6%) (PORTO ALEGRE, 2000).

### **5.1.4 Educação**

O sistema educacional é composto por 90 escolas municipais, 250 estaduais, 3 federais e 137 escolas particulares. A taxa de alfabetização no município, conforme o censo de 2000, é de 96,7%, contra 93,9% no Estado do Rio Grande do Sul.

### **5.1.5 Dados epidemiológicos**

- Indicadores de mortalidade (ano 2002): coeficiente de mortalidade geral: 7,37%; coeficiente de mortalidade infantil: 13,93 e coeficiente de mortalidade materna: 69,89 (PORTO ALEGRE, 2003e);
- Esperança de vida ao nascer (1995-1997): 70,3 anos – sendo para os homens 66,2 anos e para as mulheres 76,2 anos (PORTO ALEGRE, 2000);
- Principais causas de óbitos em 2003: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças infecto-parasitárias (PORTO ALEGRE, 2003e).

## **5.2 CARACTERIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre está em gestão plena do Sistema Único de Saúde, sendo que a rede de atenção à saúde própria do município é composta por 115 serviços de saúde, incluindo 6 Centros de Saúde (CS), 46 Unidades Sanitárias (US) e 63 equipes de PSF. Possui 2 hospitais, um municipal e outro municipalizado, Hospital de Pronto-Socorro (HPS) e Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV),

respectivamente. Porto Alegre possui, ainda, 22 hospitais conveniados com o SUS (PORTO ALEGRE, 2003e).

O total de consultas ambulatoriais apresentadas, no ano de 2003, foi de 6.191.853, das quais 2.351.464 em unidades próprias da SMS e 3.840.389 em unidades não-próprias (PORTO ALEGRE, 2003e).

As ações de vigilância em saúde são desenvolvidas por 7 equipes da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde: Vigilância em Serviços de Saúde, Vigilância em Alimentos, Controle de Produtos de Interesse à Saúde, Controle Sanitário de Águas, Controle de Zoonoses, Controle Epidemiológico e Equipe de Informação em Saúde.

Os serviços de apoio da SMS que dizem respeito à Assistência Farmacêutica são:

- Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) - Responsável pela coordenação das políticas técnico-setoriais de saúde;
- Coordenação de Apoio Técnico-Administrativo (CATA) - Coordena o Núcleo de Transportes, a Assessoria de Projetos Arquitetônicos, as equipes de Apoio Administrativo, Patrimônio, Material, Manutenção Predial, Programação e Compras. Responsável pela coordenação da programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos;

Coordenação de Administração Financeira e Orçamentária (CAFO) - Realiza em conjunto com a Assessoria de Planejamento o planejamento e controle orçamentário. Responsável pela liberação de recursos, análise de despesa, tesouraria e contabilidade da SMS.

Conforme demonstra a Figura 2, o município está dividido em dezesseis (16) distritos sanitários, que correspondem aos mesmos territórios das regiões do Orçamento Participativo e possui oito (8) Gerências Distritais de Saúde (GDS).

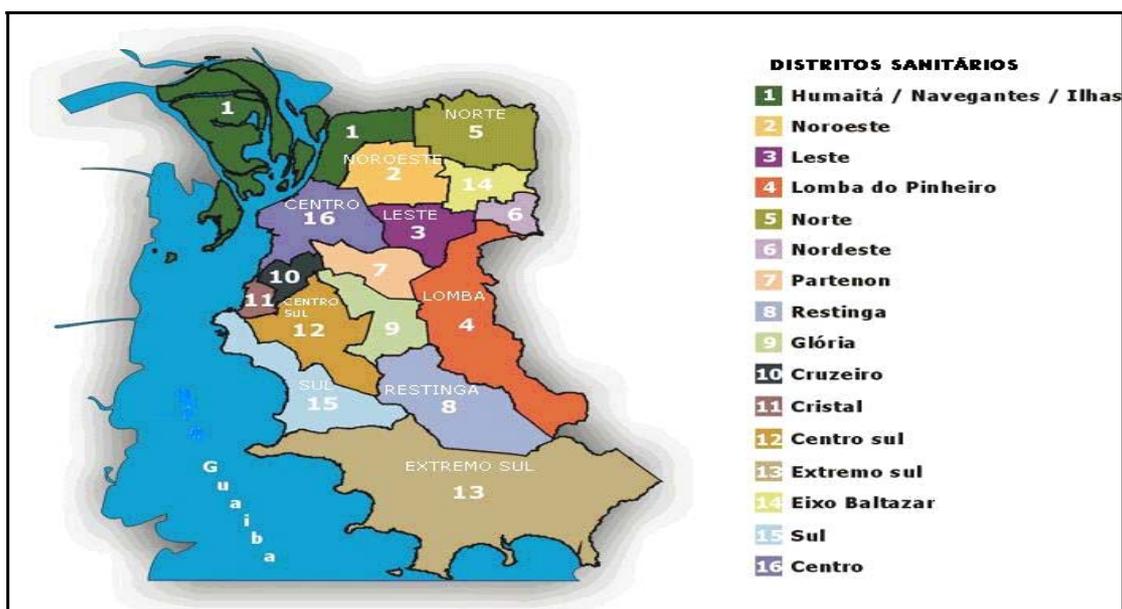


FIGURA 2: Distritos Sanitários do município de Porto Alegre.

Gerências Distritais de Saúde e seus respectivos distritos sanitários:

- GDS Centro – distrito sanitário 16;
- GDS Glória/Cruzeiro/Cristal – distritos sanitários 9, 10 e 11;
- GDS Leste/Nordeste – distritos sanitários 3 e 6;
- GDS Lomba do Pinheiro/Partenon – distritos sanitários 4 e 7;
- GDS Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas – distritos sanitários 1 e 2;
- GDS Norte/Eixo Baltazar – distritos sanitários 5 e 14;
- GDS Restinga/Extremo-Sul – distritos sanitários 8 e 13;
- GDS Sul/Centro Sul – distritos sanitários 12 e 15.

## 5.3 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA SMS

### 5.3.1 Breve histórico

Na década de 1990 a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre enfrentou as dificuldades geradas pela política de medicamentos desenvolvida pela CEME.

Neste período, ocorreu uma redução no montante de medicamentos enviados ao município de Porto Alegre pela CEME, bem como pela Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (SSMA)<sup>5</sup>, de acordo com os dados apresentados na Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição percentual dos medicamentos recebidos na Equipe de Material (EMAT) da SMS, segundo a origem de envio (CEME, SSMA e aquisições da SMS) em 1990, 1991, 1992 e 1993.

Origem	1990	1991	1992	1993
CEME	79,53%	15,79%	-	-
SSMA	16,00%	66,08%	3,77%	-
SMS	4,47%	18,13%	96,23%	100,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: PORTO ALEGRE (1993).

A análise dos dados da Tabela 1 indica que houve uma redução drástica da participação da CEME no repasse de medicamentos à SMS. Os medicamentos enviados pela CEME corresponderam, no montante total de medicamentos recebidos, em 1990, a 79,53% e, em 1991, a 15,79%. Nos anos de 1992 e 1993 não houve envio de medicamentos da CEME à SMS. A SSMA, por sua vez, aumentou significativamente a sua remessa de 1990 para 1991, de 16% para 66,08%, reduzindo, logo em seguida, a um valor pouco expressivo em 1992 e chegando a zero em 1993.

A Tabela 1 demonstra um aumento da participação da SMS no total de medicamentos recebidos na Equipe de Material passando de 4,47% em 1990 para 18,13% em 1991. Em 1992, a participação da SMS representou, no total de medicamentos recebidos 96,23% e chegando a 100% em 1993.

<sup>5</sup>Denominação da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul na época.

O cenário caracterizado pela falta de medicamentos, pressão da população sobre os serviços municipais, acrescido da incerteza da continuidade do fornecimento através da CEME e da SSMA obrigou a SMS a assumir toda a responsabilidade do suprimento de medicamentos de suas Unidades (PORTO ALEGRE, 1993).

O problema criado pelo desabastecimento quase absoluto de medicamentos na maioria dos serviços públicos de saúde de Porto Alegre, incluídos aqui os serviços vinculados aos governos estadual e federal, provocou um fenômeno de migração da população aos serviços de saúde da SMS à procura dos medicamentos, gerando, assim, um aumento da demanda.

Ressalte-se que muitos dos pacientes que recebiam medicamentos do serviço municipal eram oriundos de outros municípios, uma vez que não havia restrições no atendimento da farmácia.

Em 1996 ocorreu a habilitação da SMS a gestão semiplena da saúde que passou então a assumir a responsabilidade de gerenciar os serviços de saúde no território da cidade, o controle direto do total de recursos financeiros destinados ao pagamento da prestação de serviços e o gerenciamento dos funcionários municipalizados. Com a municipalização foram incorporados novos serviços à rede de atenção à saúde, que passaram a ser incluídos na programação de aquisição de medicamentos (PORTO ALEGRE, 1997).

### **5.3.2 O ciclo da Assistência Farmacêutica**

Os dados apresentados a seguir foram obtidos por meio de análise documental, referindo-se ao período de 1997 até o primeiro semestre de 2004.

A SMS trabalha com uma relação de medicamentos essenciais padronizada, utilizando a denominação comum brasileira desde período anterior a 1994. Contudo, apenas em setembro de 1997 foi nomeada a Comissão de Padronização de Medicamentos, através da Resolução nº 02/97, vinculada à Política Municipal de Assistência Farmacêutica da ASSEPLA. Eram membros da comissão médicos, enfermeiros e farmacêuticos que atuavam nas Unidades Sanitárias. Reunindo-se quinzenalmente, elaboraram um regimento de trabalho, criando um formulário de

solicitação de exclusão e inclusão de medicamentos que podia ser utilizado por médicos, odontólogos, farmacêuticos e enfermeiros que atuassem no serviço de saúde pública municipal (PORTO ALEGRE, 1999).

A comissão de padronização enfrentou uma série de dificuldades relacionadas com a obtenção de informações sobre medicamentos, visto que a SMS não dispunha de uma biblioteca ou de um setor especializado no assunto. Os integrantes da comissão, por atuarem na assistência direta aos usuários dos serviços de saúde, tinham problemas para comparecer às reuniões.

Em 2000, a comissão encerrou seus trabalhos em função de mudanças na condução da Política Municipal de Assistência Farmacêutica.

A programação das aquisições de medicamentos era realizada utilizando-se dados de consumo histórico e estoque da EMAT. A responsabilidade pela programação da aquisição dos medicamentos era da CATA.

As aquisições de medicamentos destinadas a suprir as Unidades Sanitárias e Centros de Saúde eram realizadas por concorrência pública, registro de preços ou, mais recentemente, por pregão eletrônico. A Secretaria Municipal da Fazenda era responsável por efetuar tais aquisições, mas, desde 1995, essas compras são avaliadas por um profissional farmacêutico.

Em 1997, o Sistema de Registro de Preços (SIREP) foi adotado como mais uma das modalidades de aquisição de medicamentos, com o objetivo de qualificar e agilizar o processo. Assinala-se que as primeiras compras realizadas pela Prefeitura de Porto Alegre, nesta modalidade, foram de medicamentos. O edital de aquisição, na modalidade registro de preços, passou a exigir a apresentação uma série de documentos, tais como: cópia da publicação no Diário Oficial da União do registro do medicamento, certificado de responsabilidade técnica da empresa fabricante expedido Conselho Regional do profissional, bula, laudo de controle de qualidade emitido por um dos laboratórios analítico-certificadores referendados pelo MS, laudo de controle de qualidade do lote entregue, que visavam a garantir a qualidade dos medicamentos fornecidos à população porto-alegrense (PORTO ALEGRE, 2001a, 2001b).

Em 2001, passou-se a cadastrar as marcas dos medicamentos adquiridos, com os seguintes objetivos:

- Padronizar em todas as modalidades de aquisição os documentos solicitados aos fornecedores de medicamentos;
- Promover a aquisição de medicamentos legalmente registrados pelo Ministério da Saúde;
- Contribuir com as ações de fiscalização da Vigilância Sanitária;
- Diminuir o volume de documentos repetidos apresentados pelos fornecedores nas aquisições realizadas;
- Agilizar o processo de aquisição de medicamentos.

Os documentos solicitados no cadastramento eram analisados pela Comissão de Cadastro de Medicamentos pertencente à SMS. Esta comissão tinha caráter técnico, e contava com farmacêuticos que realizavam o cadastramento e o acompanhamento de todos os processos de compra de medicamentos (PORTO ALEGRE, 2001b).

O armazenamento e a distribuição dos medicamentos eram realizados pela EMAT, que conta com um farmacêutico para orientar as boas práticas de armazenamento, definir as quantidades dos medicamentos a serem distribuídas aos serviços de saúde e auxiliar a CATA na programação das aquisições de medicamentos.

Os critérios utilizados na distribuição dos medicamentos aos serviços de saúde eram: a quantidade solicitada à equipe, o estoque existente no serviço de saúde, a média histórica de consumo do serviço e a disponibilidade de estoque na EMAT. A distribuição era realizada mensalmente, em veículo próprio da SMS, e obedecia a um calendário de entregas.

Nos serviços de saúde do município a dispensação de medicamentos ocorria mediante a apresentação de prescrição. Os medicamentos básicos eram dispensados em todos os serviços de saúde (Unidades Sanitárias, Centros de

Saúde e equipes do PSF). Quanto aos medicamentos pertencentes à Portaria nº 344/98 (BRASIL,1998a), a dispensação ocorria apenas nas farmácias dos serviços CS Bom Jesus, CS Santa Marta, US Camaquã, CS Modelo, CS IAPI e Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVV).

O município dispunha de uma farmácia homeopática, situada no CS Modelo. A referida farmácia foi inaugurada em 1991, tendo sua organização remodelada para adequação à Resolução nº 33/00 (BRASIL, 2001c) em 2002. O atendimento era feito apenas mediante prescrição médica, aviando uma média diária de 35 prescrições. As formas farmacêuticas mais dispensadas eram: dose única, gotas repetidas, plus, cinqüenta milésimal, glóbulos e papéis. A farmácia tinha em estoque 1.320 matrizes homeopáticas.

A rotina de dispensação seguia algumas regras informais que se difundiram ao longo dos anos, embora nunca tenham sido oficializadas.

Das atividades do ciclo de AF realizadas pela SMS verifica-se que:

- Não havia uma atualização da relação de medicamentos essenciais;
- A programação baseava-se, na verdade, na quantidade distribuída, visto os critérios de distribuição;
- A aquisição era qualificada e considerava critérios técnicos;
- A inexistência de normas e rotinas de dispensação oficializadas comprometia a qualidade do atendimento dos usuários.

Em virtude do exposto, observa-se que a AF prestada pelo município de Porto Alegre está em um estágio inicial, necessitando rever com urgência sua relação de medicamentos, os critérios empregados na programação da aquisição e a padronização dos procedimentos referentes a dispensação.

O fato de a coordenação da política de AF pertencer a uma hierarquia diferente daquela que é a responsável pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dificulta o gerenciamento, pois as informações operacionais dessas atividades são de domínio de uma estrutura de caráter administrativo.

Uma estrutura organizacional que proporcionasse a integração das informações operacionais e técnicas certamente contribuiria para melhorar esse gerenciamento. No entanto, esta estrutura necessitaria ser capaz de atender aos diversos serviços de saúde e à complexidade das ações a serem desenvolvidas.

### **5.3.3 Os indicadores da Assistência Farmacêutica**

A coleta de dados dos indicadores era realizada diariamente através da separação por origem de emissão (Unidade, Outras Unidades, Hospitais, Particulares, Outros Municípios, Formulário e Outros) e contagem das prescrições, sendo os resultados anotados em formulários elaborados especialmente para esta finalidade. Os resultados dos indicadores apresentados correspondem ao período de 2002 a 2003.

A pesquisa de indicadores foi proposta, inicialmente, para as farmácias que possuíam, pelo menos, um farmacêutico, ou seja, CS Santa Marta, CS Modelo, CS Navegantes, CS IAPI, CSVC, US Camaquã e CS Bom Jesus.

Em julho de 2002 as Unidades Sanitárias: Santa Rosa, Assis Brasil, Ramos, Nova Brasília e Sarandi, pertencentes à Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar, incorporaram-se ao estudo de indicadores, pois, a partir dessa data, passaram a contar com estagiários de farmácia que colaboraram com a coleta dos dados.

A seguir serão apresentados os resultados dos indicadores.

#### *5.3.3.1 Número de prescrições atendidas mensalmente nos anos de 2002 e 2003*

Os dados da pesquisa do indicador número de prescrições atendidas mensalmente não foram informados por todos os serviços de saúde de forma completa no ano de 2002, impedindo assim uma análise que incluísse estes serviços. A análise apresentada a seguir incluirá apenas os serviços de saúde que coletaram os dados durante todo o ano de 2002 (CS Bom Jesus, CS Navegantes, CS Santa Marta e US Camaquã).

A Tabela 2 apresenta o número total de prescrições de medicamentos básicos e controlados atendidas mensalmente nos anos 2002 e 2003 nos serviços CS Bom Jesus, CS Navegantes, CS Santa Marta e US Camaquã.

TABELA 2: Número de prescrições atendidas mensalmente pelos serviços de saúde nos anos de 2002 e 2003.

MÊS /ANO	CS Bom Jesus		CS Navegantes		CS Santa Marta		US Camaquã	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Janeiro	5.609	5.857	2.539	2.860	13.543	17.385	4.387	4.134
Fevereiro	4.379	5.398	2.177	2.609	10.472	15.100	3.026	4.043
Março	5.271	5.158	2.458	2.265	13.709	14.718	3.979	4.045
<b>Total 1</b>	<b>15.259</b>	<b>16.413</b>	<b>7.174</b>	<b>7.734</b>	<b>37.724</b>	<b>47.203</b>	<b>11.392</b>	<b>12.222</b>
Abril	5.170	5.409	2.680	2.280	13.923	18.153	4.855	4.475
Mai	5.617	6.896	3.359	3.420	17.625	20.473	5.026	4.966
Junho	5.261	6.258	3.126	3.532	17.259	19.520	4.403	4.784
<b>Total 2</b>	<b>16.048</b>	<b>18.563</b>	<b>9.165</b>	<b>9.232</b>	<b>48.807</b>	<b>58.146</b>	<b>14.284</b>	<b>14.225</b>
Julho	5.626	6.760	3.265	3.541	18.770	20.797	5.464	4.591
Agosto	5.970	5.325	3.065	3.469	21.321	17.651	5.199	5.916
Setembro	5.487	5.563	2.854	3.946	18.150	14.868	4.925	5.817
<b>Total 3</b>	<b>17.083</b>	<b>17.648</b>	<b>9.184</b>	<b>10.956</b>	<b>58.241</b>	<b>53.316</b>	<b>15.588</b>	<b>16.324</b>
Outubro	5.020	5.757	3.056	4.105	19.836	19.670	5.400	6.468
Novembro	4.773	5.408	2.914	3.111	17.709	17.589	4.735	5.425
Dezembro	5.501	5.293	2.587	2.938	16.150	18.558	4.438	5.930
<b>Total 4</b>	<b>15.294</b>	<b>16.458</b>	<b>8.557</b>	<b>10.154</b>	<b>53.695</b>	<b>55.817</b>	<b>14.573</b>	<b>17.823</b>
<b>Total Anual</b>	<b>63.684</b>	<b>69.082</b>	<b>34.080</b>	<b>38.076</b>	<b>198.467</b>	<b>214.482</b>	<b>55.837</b>	<b>60.594</b>

Fonte: PORTO ALEGRE (2002a; 2002b; 2002c; 2003a; 2003b; 2003c; 2003d).

A Tabela 2 demonstra que houve um aumento no número de prescrições atendidas em 2003. O aumento médio nos quatro serviços foi de 9,2%.

De forma geral, quanto ao número de prescrições atendidas, o comportamento dos serviços de saúde foi semelhante nos anos de 2002 e 2003 com relação ao mês de fevereiro. Ocorreram em ambos os anos uma redução no número de prescrições atendidas de janeiro para fevereiro.

Analisando-se os dados da Tabela 2, estes sugerem ser uma característica do mês de fevereiro a redução do número de atendimentos, conforme demonstra a Tabela 3.

TABELA 3: Variação percentual do número de prescrições atendidas nos meses de fevereiro com janeiro nos anos de 2002 e 2003.

	<b>Fevereiro/janeiro/2002</b>	<b>Fevereiro/janeiro/2003</b>
CS Bom Jesus	- 22,0%	- 8,0%
CS Navegantes	- 14,0%	- 9,0%
CS Santa Marta	- 23,0%	- 13,1%
U S Camaquã	- 31,0%	- 2,2%

Fonte: Elaborado pela autora.

Nos meses de junho a setembro dos anos de 2002 e 2003 a SMS realizou a Operação Inverno: Porto Alegre respira aliviada - estratégia para o enfrentamento das doenças de inverno - quando os serviços são abastecidos com maior quantidade de medicamentos. Este abastecimento pode auxiliar a justificar por que o segundo e o terceiro trimestres, em geral, são os de maior número de atendimentos.

No mês de dezembro ocorreu um decréscimo no número de prescrições atendidas em relação a outubro nos anos de 2002 e 2003. A única exceção foi o CS Bom Jesus que, em dezembro de 2002, apresentou um aumento do número de atendimentos. A Tabela 4 apresenta este comportamento.

TABELA 4: Variação percentual do número de prescrições atendidas nos meses de dezembro com outubro nos anos de 2002 e 2003.

	<b>Dezembro/outubro/2002</b>	<b>Dezembro/outubro/2003</b>
CS Bom Jesus	+ 9,6%	- 8,1%
CS Navegantes	- 15,4%	- 28,5%
CS Santa Marta	- 18,6%	- 5,7%
US Camaquã	- 17,9%	- 8,4%

Fonte: Elaborado pela autora.

Portanto, os meses em que ocorreram reduções no número de prescrições atendidas foram fevereiro e dezembro. As hipóteses que poderiam justificar a redução dos atendimentos nestes meses do ano são:

- Período de férias, principalmente nos meses de janeiro e fevereiro;
- Menor número de dias úteis em fevereiro e dezembro;
- Dezembro – tradicional mês de férias dos laboratórios farmacêuticos, o que poderia causar atrasos nas entregas dos medicamentos, comprometendo a distribuição da SMS aos serviços de saúde;

▪ Janeiro/fevereiro – período em que pode haver desabastecimento em função do inadequado planejamento do final do ano anterior.

### 5.3.3.2 Número e percentual de prescrições atendidas anualmente classificadas por origem de emissão em 2003

No ano de 2003, o estudo da procedência das prescrições atendidas nos serviços monitorados demonstrou que 34,06% das prescrições atendidas foram emitidas pela própria Unidade Sanitária, 14,92% originaram-se em outras Unidades, 25,85% procederam de hospitais, 14,69% eram oriundas de serviços de saúde particulares, 0,33% procediam de outros municípios, 6,49% foram registradas no formulário e 3,66% não se enquadraram em nenhuma das opções anteriores. O formulário era utilizado em situações em que o usuário não possuía a segunda via da prescrição, assim o comprovante de fornecimento do medicamento ocorria por meio de registro em documento padrão.

O Gráfico 1, com o percentual de prescrições atendidas anualmente, classificadas por origem de emissão em 2003, ilustra os resultados.

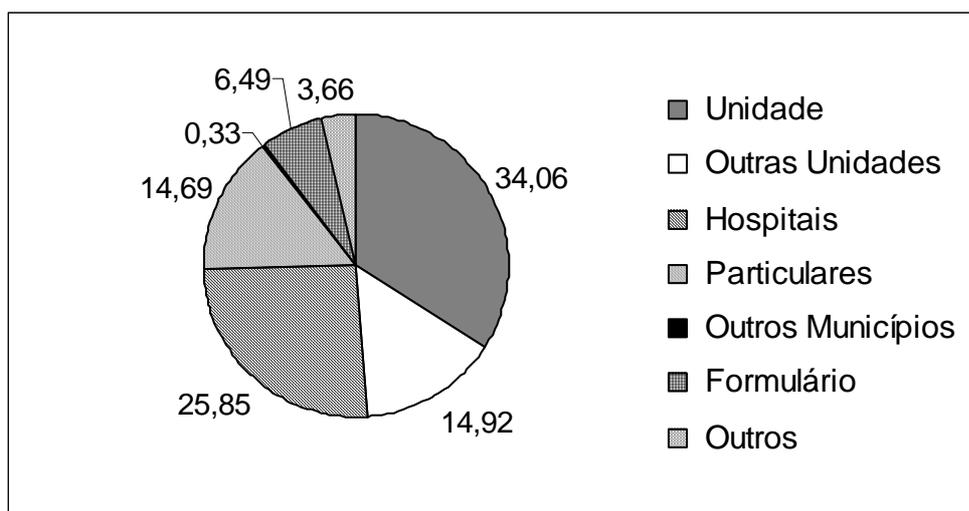


GRÁFICO 1: Percentual de prescrições atendidas anualmente classificadas por origem de emissão nos serviços de saúde monitorados no ano de 2003.  
Fonte: PORTO ALEGRE (2003a, 2003b, 2003c, 2003d).

A Tabela 5 apresenta o número e o percentual de prescrições atendidas anualmente classificadas por origem de emissão nos serviços de saúde monitorados no ano de 2003.

TABELA 5: Número e percentual de prescrições atendidas anualmente classificadas por origem de emissão nos serviços de saúde monitorados no ano de 2003.

Serviço Saúde	Unidade	Outras Unidades	Hospitais	Particulares	Outros Municípios	Formulário	Outros	Total
CS Bom Jesus	51.008	4.937	6.884	1.530	19	1.281	3.423	69.082
%	<b>73,84</b>	<b>7,15</b>	<b>9,96</b>	<b>2,21</b>	<b>0,03</b>	<b>1,86</b>	<b>4,95</b>	<b>100,01</b>
CS IAPI	55.515	11.158	52.702	11.362	748	12.799	7.202	151.486
%	<b>36,65</b>	<b>7,37</b>	<b>34,79</b>	<b>7,50</b>	<b>0,49</b>	<b>8,45</b>	<b>4,75</b>	<b>100,00</b>
CS Modelo	23.409	60.295	76.255	70.732	514	0	0	231.205
%	<b>10,12</b>	<b>26,08</b>	<b>32,98</b>	<b>30,59</b>	<b>0,23</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>
CS Navegantes	17.806	3.103	7.973	5.464	34	3.477	219	38.076
%	<b>46,76</b>	<b>8,15</b>	<b>20,94</b>	<b>14,35</b>	<b>0,09</b>	<b>9,13</b>	<b>0,58</b>	<b>100,00</b>
CS Santa Marta	29.884	47.255	75.352	39.280	1.587	3.262	17.862	214.482
%	<b>13,93</b>	<b>22,03</b>	<b>35,13</b>	<b>18,31</b>	<b>0,75</b>	<b>1,52</b>	<b>8,33</b>	<b>100,00</b>
CSVC	114.600	14.450	16.998	5.421	103	9.460	3.616	164.648
%	<b>69,60</b>	<b>8,78</b>	<b>10,32</b>	<b>3,29</b>	<b>0,06</b>	<b>5,75</b>	<b>2,20</b>	<b>100,00</b>
US Camaquã	14.771	8.093	10.922	16.027	121	10.588	72	60.594
%	<b>24,38</b>	<b>13,36</b>	<b>18,02</b>	<b>26,45</b>	<b>0,20</b>	<b>17,47</b>	<b>0,12</b>	<b>100,00</b>
US Assis Brasil	12.261	1.696	7.463	541	228	5.694	2.424	30.307
%	<b>40,46</b>	<b>5,60</b>	<b>24,62</b>	<b>1,79</b>	<b>0,75</b>	<b>18,79</b>	<b>7,99</b>	<b>100,00</b>
US Nova Brasília	10.688	921	3.703	229	25	7.126	929	23.621
%	<b>45,25</b>	<b>3,90</b>	<b>15,68</b>	<b>0,97</b>	<b>0,10</b>	<b>30,17</b>	<b>3,93</b>	<b>100,00</b>
US Ramos	9.393	667	3.867	86	57	3.311	734	18.115
%	<b>51,85</b>	<b>3,68</b>	<b>21,35</b>	<b>0,47</b>	<b>0,31</b>	<b>18,28</b>	<b>4,06</b>	<b>100,00</b>
US Sarandi	10.713	773	3.450	263	19	9.721	1.135	26.074
%	<b>41,09</b>	<b>2,96</b>	<b>13,23</b>	<b>1,01</b>	<b>0,07</b>	<b>37,28</b>	<b>4,36</b>	<b>100,00</b>
Total	350.048	153.348	265.569	150.935	3.455	66.719	37.616	1.027.690
%	<b>34,06</b>	<b>14,92</b>	<b>25,85</b>	<b>14,69</b>	<b>0,33</b>	<b>6,49</b>	<b>3,66</b>	<b>100,00</b>

Fonte: PORTO ALEGRE (2003a, 2003b, 2003c, 2003d).

De acordo com os dados contidos na Tabela 5 conclui-se que os serviços de saúde que atenderam o maior percentual de prescrições originadas no seu próprio serviço foram: CS Bom Jesus (73,84%), CSVC (69,60%), US Ramos (51,85%) e o CS Navegantes (46,76%). O CS Bom Jesus foi o serviço de saúde que atendeu o maior percentual de prescrições emitidas pela sua própria Unidade, refletindo a lógica de funcionamento do serviço. As consultas ambulatoriais no CS Bom Jesus são destinadas à população residente no território do serviço, apenas nas consultas de emergência são atendidos pacientes moradores de outras regiões da cidade. A farmácia do CS Bom Jesus, portanto, segue a mesma lógica de atendimento das consultas.

Os serviços de saúde que mais atenderam prescrições emitidas por outras Unidades, no ano de 2003, foram o CS Modelo (26,08% - 60.295) e o CS Santa Marta (22,03% - 47.255), tendo atendido também o maior número de prescrições

emitidas nos ambulatórios hospitalares e consultórios particulares. As hipóteses que podem explicar estes resultados são:

- A localização central do CS Santa Marta (GDS Centro) - o acesso é facilitado devido à região concentrar terminais de diversas linhas de transportes coletivos;
- O CS Santa Marta localiza-se nas proximidades do Complexo Hospitalar Santa Casa;
- O CS Modelo situa-se nas proximidades do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- O CS Modelo e o CS Santa Marta são serviços de saúde tradicionais e muito conhecidos da população. Ambos possuem uma boa capacidade instalada, o que, provavelmente, faz com que o usuário acredite que encontrará o medicamento que necessita com maior facilidade nestes serviços do que em outros de menor porte;
- Os usuários talvez prefiram se dirigir a um local no qual ocorre a dispensação de medicamentos básicos e controlados em vez de ter que recorrer a mais de um serviço para obter todos os medicamentos que necessitam;
- As outras Unidades do município não estariam sendo abastecidas apropriadamente fazendo com que seus usuários necessitem se deslocar para outros serviços.

Um número importante de prescrições oriundas de hospitais também foi atendido pelo CS IAPI (34,79% - 52.702), o que talvez possa ser explicado pela localização do serviço, próximo aos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição (Hospital Nossa Senhora Conceição, Hospital Criança Conceição e o Hospital Cristo Redentor).

A quantidade expressiva de prescrições oriundas de ambulatórios hospitalares revelaria a necessidade de abertura de farmácias nestes locais. Todavia, os pacientes que consultam nestes ambulatórios nem sempre são moradores de Porto Alegre, suscitando assim uma discussão sobre quem teria a responsabilidade do

abastecimento de medicamentos, o provimento da área física e a contratação de pessoal. Apesar desta questão, verifica-se que, minimamente, poderia ser iniciado um trabalho conjunto, envolvendo questões relacionadas com a prescrição e a dispensação de medicamentos.

Quanto ao total de prescrições atendidas emitidas em outros municípios o resultado correspondeu a 0,33%. Cabe salientar que a identificação do local de emissão da prescrição era realizada pelo timbre do município impresso no receituário e não pelo local de moradia do usuário. Ou seja, este resultado não pode ser utilizado para dimensionar a demanda de usuários que residem em outros municípios, uma vez que é possível consultar em um serviço de saúde de Porto Alegre mesmo não sendo morador da cidade.

O resultado correspondente às prescrições atendidas através do registro no formulário foi de 6,49% do total de atendimentos. Nesse procedimento, o local de emissão da prescrição não era definido, todavia alguns serviços registravam predominantemente usuários com cadastro no serviço. Portanto, o local de emissão da prescrição poderia ser considerado a própria Unidade.

A classificação, formulário e outros poderiam ser reavaliados, a fim de esclarecer o que está sendo enquadrado nestes dois itens.

#### *5.3.3.3 Número e percentual de prescrições de medicamentos controlados atendidas anualmente classificadas por origem de emissão em 2003*

No ano de 2003, o estudo da procedência das prescrições de medicamentos controlados atendidas nos serviços monitorados demonstrou que 16,02% das prescrições de medicamentos controlados atendidas foram emitidas pela própria Unidade Sanitária, 28,50% originaram-se em Outras Unidades, 25,09% procediam de hospitais, 27,41% eram oriundas de serviços de saúde particulares, 0,49% procedia de outros municípios e 2,49% não se enquadraram em nenhuma das opções anteriores.

O Gráfico 2 com o percentual de prescrições de medicamentos controlados atendidas anualmente e classificadas por origem de emissão em 2003 ilustra os resultados.

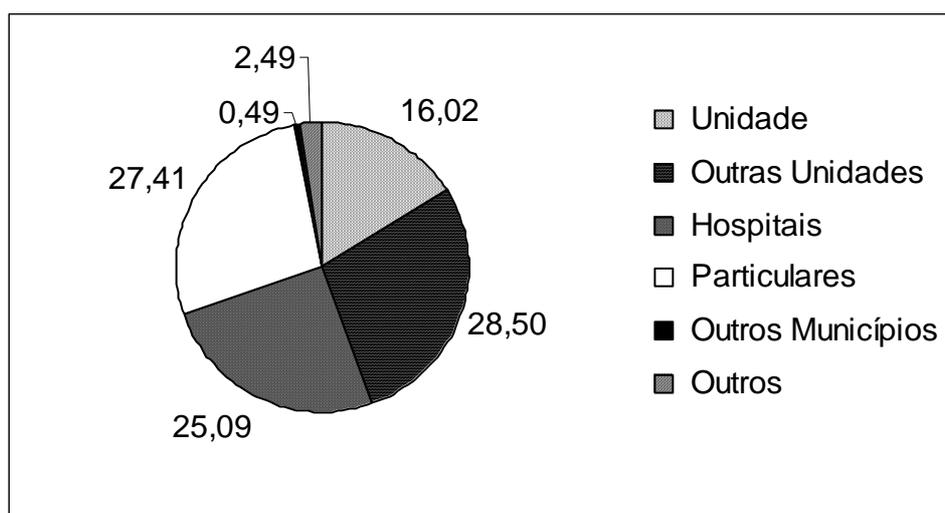


GRÁFICO 2: Percentual de prescrições de medicamentos controlados atendidas anualmente classificadas por origem de emissão nos serviços de saúde monitorados no ano de 2003. Fonte: PORTO ALEGRE (2003a, 2003b, 2003c, 2003d).

A Tabela 6 apresenta o número de prescrições de medicamentos controlados atendidas anualmente classificadas por origem de emissão pelas farmácias do CS Bom Jesus, CS IAPI, CS Modelo, CS Santa Marta, CSVC e US Camaquã.

TABELA 6: Número e percentual de prescrições de medicamentos controlados atendidas anualmente classificadas por origem de emissão pelas farmácias do CS Bom Jesus, CS IAPI, CS Modelo, CS Santa Marta, CSVC e US Camaquã no ano de 2003.

Serviço Saúde	Unidade	Outras Unidades	Hospitais	Particulares	Outros Municípios	Outros	Total
CS Bom Jesus	6.705	4.937	3.822	995	19	178	16.656
%	<b>40,26</b>	<b>29,64</b>	<b>22,95</b>	<b>5,97</b>	<b>0,11</b>	<b>1,07</b>	<b>100,00</b>
CS IAPI	9.273	7.622	15.358	8.673	363	1.158	42.447
%	<b>21,85</b>	<b>17,96</b>	<b>36,18</b>	<b>20,43</b>	<b>0,85</b>	<b>2,73</b>	<b>100,00</b>
CS Modelo	9.049	38.003	30.034	46.168	196	0	123.450
%	<b>7,33</b>	<b>30,78</b>	<b>24,33</b>	<b>37,40</b>	<b>0,16</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>
CS Santa Marta	6.225	27.798	26.495	22.908	911	6.730	91.067
%	<b>6,83</b>	<b>30,52</b>	<b>29,09</b>	<b>25,16</b>	<b>1,00</b>	<b>7,40</b>	<b>100,00</b>
CSVC	15.977	9.360	3.474	1.719	11	2	30.543
%	<b>52,31</b>	<b>30,64</b>	<b>11,37</b>	<b>5,63</b>	<b>0,04</b>	<b>0,01</b>	<b>100,00</b>
US Camaquã	4.650	4.590	2.059	8.309	83	0	19.691
%	<b>23,61</b>	<b>23,31</b>	<b>10,46</b>	<b>42,20</b>	<b>0,42</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>
Total	51.879	92.310	81.242	88.772	1.583	8.068	323.854
%	<b>16,02</b>	<b>28,50</b>	<b>25,09</b>	<b>27,41</b>	<b>0,49</b>	<b>2,49</b>	<b>100,00</b>

Fonte: PORTO ALEGRE (2003a, 2003b, 2003c, 2003d).

De acordo com os dados contidos na Tabela 6, conclui-se que os serviços de saúde que atenderam ao maior percentual de prescrições de medicamentos

controlados emitidas pelos seus próprios serviços foram: CSVC (52,31%) e CS Bom Jesus (40,26%). Ressalte-se que o CSVC dispõe de um serviço de atendimento especializado em saúde mental.

Os serviços de saúde que atenderam ao maior número de prescrições de medicamentos controlados emitidas por Outras Unidades, ambulatórios hospitalares e consultórios particulares foram o CS Modelo e o CS Santa Marta, sendo que as hipóteses de explicação destes resultados já foram expressas anteriormente. Esses resultados demonstram que o CS Modelo e o CS Santa Marta são considerados serviços de referência para as demais Unidades. Uma identificação dos serviços que são atendidos com maior frequência poderia auxiliar na proposição de novos locais de dispensação destes medicamentos.

Ainda analisando a mesma tabela, constata-se que 37,40% das prescrições de medicamentos controlados atendidas eram de pacientes que consultaram na rede de saúde privada. Demonstra-se, assim, a dependência destes à dispensação do sistema público de saúde.

Verifica-se, por meio da análise das Tabelas 5 e 6, a necessidade de avaliar o atendimento das farmácias, visto que o CS Modelo e CS Santa Marta atenderam ao maior número de prescrições cujos pacientes consultaram em outros serviços de saúde, sendo que 53,39% e 42,46% das prescrições atendidas eram de medicamentos controlados. Questiona-se a adequação do abastecimento das demais Unidades Sanitárias da SMS quanto aos medicamentos básicos, à possibilidade de abertura de outra farmácia que dispense medicamentos controlados e à urgência da realização de um trabalho em parceria com os hospitais.

Por fim, observa-se que a identificação do local de moradia do paciente é fundamental para se estimar que percentual dos atendimentos é destinado aos moradores não residentes em Porto Alegre.

### 5.3.3.4 Considerações sobre a pesquisa de indicadores

O Quadro 1 apresenta um resumo dos principais resultados encontrados na pesquisa de indicadores.

QUADRO 1: Resumo dos resultados dos indicadores pesquisados

<b>Indicadores AF</b>	<b>Resultados</b>
1) Número de prescrições atendidas mensalmente em 2002 e 2003.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ocorreu um aumento médio de 9,2% no número de atendimentos em 2003;</li><li>▪ Em fevereiro e dezembro de 2002 e 2003 ocorreram reduções no número de atendimentos;</li><li>▪ O número de prescrições atendidas foi maior no segundo e terceiro trimestres.</li></ul>
2) Número e percentual de prescrições atendidas anualmente e classificadas por origem de emissão em 2003.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 34,06% Unidades, 14,92% Outras Unidades, 25,85% Hospitais, 14,69% Particulares, 0,33% Outros Municípios, 6,49% Formulário e 3,66 Outros;</li><li>▪ CS Bom Jesus (73,84%), CSVS (69,60%), US Ramos (51,85%) e o CS Navegantes (46,76%) foram as farmácias que atenderam ao maior percentual de prescrições emitidas pelo seu próprio serviço;</li><li>▪ O CS Modelo e o CS Santa Marta foram os serviços que atenderam ao maior número de prescrições emitidas por Outras Unidades, ambulatórios hospitalares e consultórios particulares;</li><li>▪ Um número importante de prescrições oriundas de hospitais também foi atendido pelo CS IAPI (34,79% - 52.702).</li></ul>
3) Número e percentual de prescrições de medicamentos controlados atendidas anualmente classificadas por origem de emissão em 2003.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 16,02% Unidades, 28,50% Outras Unidades, 25,09% Hospitais, 27,41% Particulares, 0,49% Outros Municípios e 2,49% Outros;</li><li>▪ O CSVC (52,31%) e o CS Bom Jesus (40,26%) foram as farmácias que atenderam aos maiores percentuais de prescrições emitidas no seu próprio serviço;</li><li>▪ O CS Modelo e o CS Santa Marta foram os serviços que mais atenderam prescrições emitidas por Outras Unidades, hospitais e consultórios particulares;</li><li>▪ 37,40% das prescrições atendidas de medicamentos controlados pelo CS Modelo eram emitidas por consultórios particulares.</li></ul>

Fonte: Elaborado pela autora.

A pesquisa dos indicadores da AF demonstrou-se um instrumento capaz de colaborar com o diagnóstico da Assistência Farmacêutica, trazendo algumas constatações, levantando hipóteses e comparando serviços de saúde em diferentes épocas do ano. Assim, considerando que nos CS Modelo, Santa Marta, Bom Jesus, IAPI e CSVC estão as principais farmácias da SMS, espera-se que estes resultados contribuam para o dimensionamento e caracterização do atendimento prestado, conforme os objetivos estabelecidos neste trabalho.

Durante o exame dos resultados dos indicadores percebeu-se a importância da padronização do procedimento, do entendimento pelo funcionário do que está sendo executado, da necessidade de desenvolver um método prático de sistematização e análise dos dados, da disponibilidade de informação qualitativa do cotidiano do trabalho da farmácia e da divulgação dos resultados obtidos.

Considera-se importante agregar à pesquisa alguns indicadores relacionados com o processo, estrutura e resultados dos componentes da AF nos quais estariam incluídos os indicadores de assistência ao paciente e de prescrição. Entretanto, é preciso ser seletivo ao escolher os indicadores que se deseja trabalhar, identificando os pontos críticos a monitorar, as questões básicas que se deseja responder, pois dispende tempo na coleta de dados que não refletem uma dimensão relevante do trabalho resulta em desperdício de recursos. Para que sejam úteis ao processo de decisão, é necessário considerar os atributos dos indicadores: clareza, utilidade, mensurabilidade, confiabilidade e validade (BRASIL, 2001; DUPIM, 1999; OMS, 1993; MARIN, 2003; MSH, 1997; WHO, 1996, 1999).

A pesquisa de indicadores assim estruturada transformará o dado em informação de caráter, principalmente, operacional e relacionada com a qualidade do serviço prestado e do produto oferecido, contribuindo dessa forma com três elementos do Sistema de Assistência Farmacêutica: informação operacional, qualidade do serviço e qualidade do produto.

No entanto, ressalte-se que os indicadores devem ser considerados como parâmetros de primeiro nível, podendo ainda servir de estímulo a análises mais aprofundadas (OMS, 1993).

Por certo que uma realidade não pode ser definida apenas a partir dos resultados dos indicadores. Acredita-se que para uma avaliação da situação é fundamental considerar as peculiaridades do trabalho em saúde, onde no desempenho de sua função o trabalhador utiliza, entre outras, a tecnologia do tipo leve, estabelecendo vínculos com o usuário, procedendo à escuta de seus problemas e propondo encaminhamentos. É nesse espaço estabelecido entre o trabalhador e o usuário que surge a possibilidade de captar informações que podem colaborar com a avaliação e o acompanhamento das ações implantadas.

Dessa maneira, considerando a pesquisa de indicadores, as informações técnico-científicas, operacionais e a contribuição dos trabalhadores e usuários se comporia um sistema de avaliação e acompanhamento da política de medicamentos implantada, disponibilizando ao gestor elementos que caracterizem a situação da AF, facilitando assim o planejamento das ações.

### 5.3.4 Recursos Financeiros

Na seqüência, a Tabela 7 apresenta o total dos recursos financeiros recebidos dos governos federal e estadual, e os recursos financeiros empregados para a aquisição de medicamentos (Básica e Saúde Mental) nos anos especificados.

TABELA 7: Recursos financeiros recebidos e empregados para a aquisição de medicamentos (Básica e Saúde Mental) no município de Porto Alegre para abastecer Centros de Saúde, Unidades Sanitárias e PSF nos anos de 2001 a 2003.

Recursos Financeiros					
Recebidos (R\$)					
Ano		Federal	Estadual	Total Recebido (R\$)	Aquisição Município <sup>3</sup> (R\$)
2001	IAFB <sup>1</sup>	1.329.802,70	689.866,90	2.019.669,60	
	Saúde Mental <sup>2</sup>	198.103,44	49.525,89	247.629,33	
	<b>Total</b>	<b>1.527.906,14</b>	<b>739.392,79</b>	<b>2.267.298,93</b>	<b>8.923.916,80</b>
2002	IAFB	1.373.313,00	594.837,96	1.968.150,96	
	Saúde Mental	188.726,17	-	188.726,17	
	<b>Total</b>	<b>1.562.039,17</b>	<b>594.837,96</b>	<b>2.156.877,13</b>	<b>13.081.057,00</b>
2003	IAFB	1.264.785,70	674.433,84	1.939.219,54	
	Saúde Mental	182.028,12	45.505,15	227.533,27	
	<b>Total</b>	<b>1.446.813,82</b>	<b>719.938,99</b>	<b>2.166.752,81</b>	<b>9.917.878,40</b>

Fonte: Elaborado pela autora, com adaptação dos dados contidos nas fontes abaixo:

<sup>1</sup>IAFB - de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (PORTO ALEGRE, 2001d, 2002e, 2003f);

<sup>2</sup>Saúde Mental;

Recurso federal – (MS, 2001, 2002, 2003);

Recurso estadual – informado pelo setor financeiro/SMS;

<sup>3</sup>Aquisição município;

2001, 2002 e 2003 (PORTO ALEGRE, 2001c, 2002f, 2003g);

Obs. Não houve repasse do Programa de Saúde Mental – parcela estadual em 2002.

Conclui-se então que no ano de 2001 foram gastos R\$ 6,56 por habitante/ano, tendo sido empenhados recursos financeiros que corresponderam a R\$ 9,61 por habitante/ano em 2002 e R\$ 7,29 por habitante/ano em 2003.

Ao comparar os valores gastos ou empenhados por habitante/ano de 2001 a 2003 com o valor definido pela Portaria GM nº 176/99 de R\$ 2,00 habitante/ano,

percebe-se que o município tem destinado valores superiores ao definido em legislação.

Um estudo que avaliou o estágio de organização da Assistência Farmacêutica constatou que em 341 municípios amostrados 93,2% afirmaram destinar recursos adicionais para a compra de medicamentos (BRASIL, UFMG, 2002).

### **5.3.5 Recursos Humanos**

Quanto aos recursos humanos optou-se, nesse momento, por apresentar apenas o quadro de farmacêuticos, detalhando os demais profissionais na caracterização da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar.

No primeiro semestre de 2004 havia 16 farmacêuticos assim lotados: 12 na assistência técnica de farmácia, 1 na Equipe de Material, 1 na GDS Norte/Eixo Baltazar e 2 em cargos de confiança na Assessoria de Planejamento. As farmácias que contavam com farmacêuticos eram: CS Santa Marta (2), CS Modelo (3), CS Navegantes (1), CS IAPI (2), CS Vila dos Comerciantes (2), CS. Bom Jesus (1) e US Camaquã (1). A farmacêutica lotada na GDS Norte/Eixo Baltazar assumiu a função em 2004, não havendo uma definição das atribuições do farmacêutico em nível distrital.

Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais (2002f) constatou que, em 366 municípios, 75,2% deles contavam com um número de indivíduos na Coordenação da Assistência Farmacêutica que variava de 1 a 3 pessoas. Já em Cosendey (2000), em 4 municípios pesquisados no Estado do Rio de Janeiro havia 2 que possuíam farmacêuticos, sendo um em cada município. Uma pesquisa realizada no Estado Bahia (1998) apontava que, em 43 municípios pesquisados, 2 contavam com um farmacêutico. Em Naves e Silver (2005) uma avaliação da AF realizada em 15 Centros de Saúde, dos 62 existentes no Distrito Federal, apenas 2 tinham um farmacêutico responsável pela farmácia.

Em termos de recursos humanos a Assistência Farmacêutica em Porto Alegre contava também com 36 vagas remuneradas de estagiários de farmácia com carga horária de 4 horas/diárias.

Verifica-se, portanto, que a AF de Porto Alegre dispunha de um número insuficiente de profissionais farmacêuticos, haja vista que a SMS possuía 115 serviços de saúde, contando em praticamente todos com uma farmácia.

#### 5.4 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DA GERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE NORTE/EIXO BALTAZAR

##### **5.4.1 Dados geográficos, populacionais, recursos humanos e de atendimento em saúde**

A região Norte da GDS faz fronteira ao sul com a região Eixo Baltazar, ao norte e leste com o município de Cachoeirinha e a oeste com a GDS Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas.

A região Eixo Baltazar faz divisa ao norte com a região Norte, a leste com o município de Alvorada, ao sul com o GDS Leste/Nordeste e a oeste com a região Noroeste.

A região Norte é formada pelo bairro Sarandi, apresentando 33 núcleos e vilas irregulares<sup>6</sup>, sendo que o rendimento nominal médio dos chefes de domicílios em salários mínimos é de 3,56 (PORTO ALEGRE, 2000).

A região Eixo Baltazar é formada pelos bairros Passo das Pedras e Rubem Berta, possuindo 24 núcleos e vilas irregulares, sendo que o rendimento nominal médio dos chefes de domicílios em salários mínimos no Passo das Pedras é de 4,10 e 3,99 na Rubem Berta (PORTO ALEGRE, 2000).

A GDS Norte/Eixo Baltazar é composta por 16 serviços municipais, contando com 9 Unidades Sanitárias e 7 equipes do Programa de Saúde da Família. Também integram a rede de atenção básica do território 4 Unidades Sanitárias do Grupo Hospitalar Conceição.

A população atendida no território é apresentada na Tabela 8.

---

<sup>6</sup>Núcleos e vilas irregulares são assentamentos em que os habitantes não são proprietários da terra, inexistindo qualquer contrato legal que lhes assegure a permanência no local. (PORTO ALEGRE, 2000, p. 309).

TABELA 8: Unidades Sanitárias e Equipes do Programa de Saúde da Família pertencentes à Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar e população adscrita.

<b>Unidade Sanitária</b>	<b>População Masculina</b>	<b>População Feminina</b>	<b>População Total</b>
<b>Região Norte</b>			
US Nova Brasília	6.085	6.434	12.519
US Sarandi	5.757	6.219	11.976
US Assis Brasil	7.929	9.237	17.166
US Ramos	7.079	7.431	14.510
US Santa Rosa	6.385	7.029	13.414
PSF São Borja	2.151	2.224	4.375
US Elisabeth	2.663	2.967	5.630
PSF Jenor Jarros	1.467	1.574	3.041
PSF Nova Gleba	1.260	1.456	2.716
PSF Asa Branca	1.353	1.360	2.713
US N.S.Aparecida – GHC	2.023	2.053	4.076
US Parque dos Maias – GHC	4.779	5.441	10.220
População total atendida nos serviços de saúde da Região	48.931	53.425	102.356
<b>Região Eixo Baltazar</b>			
US Rubem Berta	9.617	11.330	20.947
US São Cristóvão	5.840	6.294	12.134
US Passo das Pedras	11.656	12.489	24.145
PSF Planalto	1.299	1.398	2.697
PSF Beco dos Coqueiros	1.639	1.588	3.227
PSF Passo das Pedras II	1.568	1.662	3.230
US Jardim Leopoldina – GHC	6.625	8.381	15.006
US Costa e Silva – GHC	1.946	2.098	4.044
População total atendida nos serviços de saúde da Região	40.190	45.240	85.430

Fonte: PORTO ALEGRE (2004).

Nos serviços municipais de saúde da GDS Norte/Eixo Baltazar, no período do estudo, eram lotados os seguintes profissionais:

- Médico gineco-obstetra: 18
- Médico geral comunitário: 11
- Auxiliar de odontologia: 9
- Enfermeiro: 25
- Técnico em enfermagem: 5
- Nutricionista: 6
- Assistente Administrativo: 13
- Agente comunitário de saúde: 35
- Auxiliar serviço social: 2
- Farmacêutico: 1 (GDS)
- Médico pediatra: 20
- Dentista: 18
- Técnico em higiene dentária: 1
- Auxiliar de enfermagem: 99
- Atendente de enfermagem: 3
- Técnico em nutrição: 2
- Auxiliar/Agente de Saúde Pública: 5
- Assistente Social: 3
- Psicólogo: 3
- Operário/serviços gerais: 7

Quanto ao atendimento, foram realizadas 35.780 consultas médicas no primeiro trimestre de 2004. O serviço de saúde que atendeu ao maior número de consultas foi a U.S. Rubem Berta, embora seja a segunda Unidade em número de população adscrita. Todavia, a U.S. Rubem Berta contava com uma equipe com número maior de profissionais (PORTO ALEGRE, 2004). As consultas atendidas nos serviços de saúde da GDS Norte/Eixo Baltazar no primeiro trimestre de 2004 são apresentadas na Tabela 9.

TABELA 9: Consultas atendidas nos serviços de saúde pertencentes à GDS Norte/Eixo Baltazar

<b>Serviços de Saúde</b>	<b>Consultas</b>
US Passo das Pedras	3.238
US Rubem Berta	4.998
US Assis Brasil	3.476
US Ramos	3.779
US Santa Rosa	2.665
US Nova Brasília	2.798
US Sarandi	2.668
US São Cristóvão	2.340
US Elisabeth	1.771
PSF São Borja	1.671
PSF Jenor Jarros	1.075
PSF Asa Branca	945
PSF Planalto	1.285
PSF P. Pedras II	1.073
PSF B. dos Coqueiros	862
PSF Nova Gleba	1.136
<b>Total</b>	<b>35.780</b>

Fonte: PORTO ALEGRE (2004).

O atendimento da população moradora no território da GDS após as 18 horas era referenciado a US Rubem Berta e a US Assis Brasil, que desempenhavam suas atividades até às 22 horas.

#### **5.4.2 A Assistência Farmacêutica na GDS Norte/Eixo Baltazar**

Quanto à Assistência Farmacêutica prestada nos serviços da GDS cabe referir que todos possuem farmácia, não contando, contudo, com nenhum farmacêutico.

Em junho de 2002 foi implantado na região um projeto de estágio em farmácia, que visava a contribuir na formação do estudante, bem como oportunizar a

implantação de uma série de rotinas que proporcionariam a qualificação dos serviços oferecidos à população. As atividades dos estagiários consistiam em orientar as boas práticas de dispensação e armazenamento, além de implantar o controle de estoque e a pesquisa de indicadores. Os primeiros locais de estágios foram: US Santa Rosa, US Sarandi, US Ramos, US Nova Brasília e a US Assis Brasil (PORTO ALEGRE, 2002a).

A supervisão dos estagiários em um primeiro momento foi realizada pela coordenação da Política de Assistência Farmacêutica. A supervisão do estágio era desenvolvida principalmente por intermédio de reuniões, visitas do supervisor nos locais de estágio e relatórios apresentados pelos estudantes. As melhorias propostas para cada farmácia eram discutidas com os estagiários, a coordenação da Unidade e com a gerência distrital.

Em janeiro de 2004, após avaliação do andamento do projeto de estágio em farmácia entendeu-se que era o momento de oportunizar que outros serviços recebessem as orientações dos estudantes, assim as Unidades Sanitárias Passo das Pedras, Rubem Berta, São Cristóvão e os PSF São Borja e Jenor Jarros passaram a contar com aqueles estagiários.

A partir de abril de 2004, um farmacêutico passou a integrar a equipe de assessoria da GDS, desempenhando não só a supervisão dos estagiários, como também das farmácias dos serviços de saúde do território.

Os indicadores da AF do território já foram apresentados juntamente com os dados de Porto Alegre. Entretanto, ainda são necessárias as seguintes considerações:

- Em função de a pesquisa de indicadores ter-se iniciado apenas em julho de 2002, os resultados de 2002 e 2003 não foram comparados;
- Os resultados do indicador número de prescrições atendidas (julho a dezembro /2002) foram: US Assis Brasil – 18.024; US Sarandi – 12.310; US Nova Brasília – 12.298; US Ramos – 9.732, e US Santa Rosa – 7.487;
- Em 2003, o número de prescrições atendidas anualmente nas Unidades Sanitárias Assis Brasil, Nova Brasília, Ramos, e Sarandi totalizaram 98.117

prescrições, correspondendo a aproximadamente 9,55% do total das prescrições atendidas nos serviços de saúde monitorados;

- Os resultados do indicador número de prescrições atendidas (janeiro a julho/2004) foram: US Rubem Berta – 36.431; US Passo das Pedras – 14.354; US Assis Brasil – 13.900; US Santa Rosa – 10.292; US Nova Brasília – 10.265; US Ramos – 9.328; US Sarandi – 8.294; PSF São Borja – 7.697; PSF Jenor Jarros 5.546, e US São Cristóvão – 5.241.

Ao analisar os resultados dos indicadores verifica-se que provavelmente a US Rubem Berta atendeu em 2004 um número maior de prescrições que o CS Navegantes. A afirmativa é baseada no histórico de atendimento do CS Navegantes, onde foram aviadadas 34.080 e 38.076 prescrições em 2002 e 2003, respectivamente, conforme apresenta a Tabela 2. Apesar de realizar um número menor de atendimentos, o CS Navegantes conta com um farmacêutico em seu quadro de funcionários, o que faz questionar qual o critério de lotação do profissional.

A questão na verdade revela a necessidade de uma discussão maior relacionada à definição do papel da farmácia e do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. Entende-se a farmácia como um estabelecimento de saúde que dispensa medicamentos, presta informações que colaboram para o sucesso da terapêutica adotada, promove o uso racional e a garantia da qualidade dos medicamentos. A farmácia também deve atuar na prevenção de enfermidades, na promoção e recuperação da saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do paciente e da comunidade.

Quanto ao farmacêutico suas atribuições são, em síntese, prestar assistência técnica desenvolvendo, coordenando, avaliando e supervisionando as atividades da farmácia.

Assumir este papel, no entanto, exige que o farmacêutico integre-se com o restante da equipe de saúde, buscando um espaço para sua atuação. Exige também conhecimentos específicos, que muitas vezes precisam ser adquiridos em capacitações ou em cursos de especialização, que tratem de temas como: políticas de saúde, legislação do SUS, política de medicamentos, financiamento,

planejamento, ciclo da Assistência Farmacêutica, atenção farmacêutica, farmacologia e estudos de utilização de medicamentos.

Mas, a necessidade do farmacêutico na farmácia pública raramente é reconhecida, basta verificar o número reduzido de profissionais nesta área. Do ponto de vista legal a farmácia deve contar com a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento (BRASIL,1973), legalidade esta pouco obedecida pelos gestores do SUS, conforme confirmam alguns trabalhos (BAHIA, 1998; COSENDEY, 2000; SANTOS, 2005; NAVES; SILVER, 2005).

A inobservância do preceito legal é uma das causas do gerenciamento inadequado da AF, além disso, também é promotor de um conflito que envolve a Vigilância Sanitária, o Conselho Regional de Farmácia, o Sindicato dos Farmacêuticos e os proprietários de farmácia, uma vez que os agentes fiscalizadores exigem das farmácias privadas assistência do técnico responsável.

O Quadro 2 apresenta algumas características de nove farmácias, da GDS Norte/Eixo Baltazar, que foram visitadas de maio a julho/2004.

QUADRO 2: Condições físicas e organizacionais de nove farmácias dos serviços de saúde da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar

Serviço de Saúde	PSF Nova Gleba	PSF São Borja	PSF Jenor Jarros	US Assis Brasil	US Rubem Berta	US Passo das Pedras	US Sarandi	US São Cristóvão	US Elisabeth
<b>Condições físicas e organizacionais</b>									
Área Física <sup>1</sup> (tamanho e presença de umidade)	I*	I	I	I*	I	I	I	I	I
Ventilação <sup>2</sup>	I	I	I	I	I	I	I	I	A
Incidência solar direta <sup>3</sup>	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Guichê de dispensação <sup>4</sup>	C	C	C	C	E	C	E	C	E
Geladeira <sup>5</sup>	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Controle de Estoque <sup>6</sup>	I	M	M	M	M	M	I	M	I

Fonte: Elaborado pela autora.

1 – Quanto à adequação do tamanho da área física:

**I** – inadequada por tamanho insuficiente/**I\*** - presença de umidade/**A** – adequada por possuir tamanho suficiente para armazenar organizadamente o estoque dos medicamentos.

2 – Ventilação:

**I** – inadequada devido a circulação/renovação do ar ser insuficiente/**A** – adequada.

3 - Incidência solar direta:

**Não** - não há incidência solar direta/**Sim** – ocorre incidência solar direta.

4 - Guichê de dispensação:

**C** – compartilhado com outras atividades/**E** – exclusivo para dispensação de medicamentos.

5 - Geladeira:

**Não** – encontra-se em outra sala/**Sim** – presente na farmácia.

6 - Controle de Estoque:

**I** – inexistente/**M** – manual.

Ao analisar o Quadro 2, observa-se que as áreas físicas das farmácias foram consideradas inadequadas por possuírem tamanho insuficiente para armazenar de forma organizada o estoque dos medicamentos, presença de umidade, mofo, infiltrações, ventilação inadequada, ou incidência solar direta sobre os medicamentos. Entre as farmácias visitadas duas apresentaram sinais de infiltração e em uma delas constatou-se incidência solar direta no estoque de medicamentos. Estes resultados indicam um risco na conservação dos medicamentos, podendo causar perdas por armazenamento inapropriado.

O problema de inadequação de área física da farmácia já foi relatado em outros trabalhos. Um estudo realizado no Estado da Bahia (1998) apontou que em 43 municípios pesquisados 37,5% declaram não possuir um armazenamento

apropriado e, em Santos (2005), a maioria dos 69 municípios pesquisados do Estado de Santa Catarina possui área inadequada, nos quais apenas 26% dos municípios pesquisados têm controle de temperatura e 38% controle de umidade.

Cosendey (2000) em um estudo realizado em 12 municípios distribuídos nos Estados do Acre, Amazonas, Goiás, Pernambuco e Rio de Janeiro, encontrou inadequação da área de armazenamento em todos os municípios visitados, sendo tanto no depósito central dos municípios como no armazenamento efetuado pelas farmácias dos serviços de saúde.

O guichê de dispensação de medicamentos geralmente é utilizado para outras atividades como marcação de consultas e exames, gerando uma fila única, porém, com integrantes que possuem diferentes objetivos.

Quanto à geladeira, observou-se que a mesma não se encontrava na sala da farmácia em nenhum dos serviços visitados, o que dificulta o atendimento dos pacientes insulino-dependentes, o controle de estoque e de temperatura.

O controle de estoque, apesar das dificuldades decorrentes da falta de recursos humanos, encontra-se implantado em seis serviços.

O controle de estoque é uma atividade fundamental para subsidiar a programação e a aquisição de medicamentos. Em Cosendey (2000, p. 133), foram visitados quatro municípios do Estado Rio de Janeiro e de 15 Unidades Básicas de Saúde pesquisadas apenas 20% realizavam controle de estoque.

## 5.5 O USO DA FERRAMENTA FLUXOGRAMA DESCRITOR E DE ELEMENTOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA GDS NORTE/EIXO BALTAZAR

Buscando-se conhecer a organização dos processos de trabalho das farmácias da GDS Norte/Eixo Baltazar, identificar, descrever e priorizar os problemas a serem enfrentados nos níveis distrital e local da AF, formou-se um grupo de trabalho, o qual desenvolveu suas atividades em seis oficinas.

Os objetivos da primeira oficina foram: Discutir a Política de Medicamentos em implantação nas três instâncias de governo, a fim de nivelar o conhecimento dos participantes do grupo, e também iniciar um diagnóstico da região através de fluxogramas dos processos de trabalho efetuados na farmácia.

A discussão iniciou-se com a apresentação de um breve histórico da Central de Medicamentos, explanando-se sua forma de trabalho e seus principais problemas. Na seqüência, abordou-se a PNM.

Debateu-se o propósito das oito diretrizes da PNM trabalhando com maior detalhamento a diretriz da reorientação da AF. Foram abordados também o Ciclo da AF e o desenvolvimento de cada etapa na SMS. O financiamento da AF, descrevendo a competência da União, Estado e município, tanto para medicamentos básicos como para Saúde Mental, os medicamentos estratégicos, e os de alto custo também foram debatidos. Comentou-se sobre a RENAME, a vigilância sanitária e sua importância na promoção do uso seguro e eficaz dos medicamentos. Foi debatida a questão da qualidade no momento da aquisição e recebimento dos medicamentos. Apresentaram-se os resultados dos indicadores da AF que estavam sendo pesquisados em Porto Alegre.

Debateu-se sobre a Conferência Municipal de Política de Medicamentos, tendo sido distribuído o caderno de textos.

Assim, após a apresentação de várias informações referentes à AF e a ocorrência de vários debates, percebeu-se que o grupo havia acumulado conhecimento. Verificou-se, também, que existia agora maior entrosamento entre os participantes do grupo. Portanto, o primeiro objetivo havia sido alcançado, contava-se, a partir de então, com um grupo mais familiarizado com as questões da AF.

A atividade seguinte consistiu na elaboração do fluxograma dos processos de trabalho. O fluxograma descritor é uma ferramenta utilizada na Qualidade Total e pode ser definido como uma figura esquemática que representa todas as etapas do processo de trabalho. O diagrama é uma forma de representar o que acontece na operacionalização do trabalho.

A simbologia utilizada é: a elipse que representa sempre a entrada ou a saída do processo de produção de serviços, o losango que indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e o retângulo que representa o momento da intervenção, ação, sobre o processo (FRANCO; MERHY, 2003).

O fluxograma descritor permite perceber algumas situações e características importantes sobre o “fazer a saúde”, revelando dessa forma como ocorre o trabalho no dia-a-dia dos serviços, o que lhe é próprio, quem trabalha e como o faz, para que, por que, a quem e como serve etc.

Na verdade, trata-se de identificar “problemas” nos processos de trabalho e relações entre os diversos atores sociais, contribuindo, assim, para o processo de planejamento.

O fluxograma descritor tem sido usado na área da saúde tanto para o ambiente hospitalar como para centros de saúde e unidades sanitárias (MERHY; ONOCKO, 1997; FRANCO, 2003; FRANCO; MERHY, 2003). Em Franco (2003) foi realizado um estudo em uma Unidade Básica de Saúde do município de Luz (MG), no qual o fluxograma demonstrou que os interesses dos profissionais, ou mesmo da instituição, sobrepujam-se aos interesses dos usuários na organização dos serviços. Na análise do processo de trabalho da farmácia foi possível identificar uma desorganização do fluxo do fornecimento dos medicamentos, a falta de uma relação básica de medicamentos, além do interesse do governo em economizar recursos com a aquisição de medicamentos.

Já em Franco e Merhy (2003) o fluxograma foi utilizado no serviço social do Hospital de Clínicas da Unicamp e revelou um processo de trabalho burocratizado que dificultava o acesso do usuário ao serviço.

Considerando-se o perfil do grupo de trabalho, a natureza das atividades desempenhadas no nível local e os objetivos propostos por este trabalho, foram elaborados os fluxogramas da solicitação, recebimento e dispensação de medicamentos, os quais são apresentados a seguir.

Nos fluxogramas buscou-se identificar os problemas encontrados em cada passo do trabalho. Consideraram-se as diferenças existentes no desenvolvimento das atividades entre as equipes do PSF das demais Unidades Sanitárias.

A Figura 3 representa o Fluxograma Descritor da Solicitação de Medicamentos à Equipe de Material.

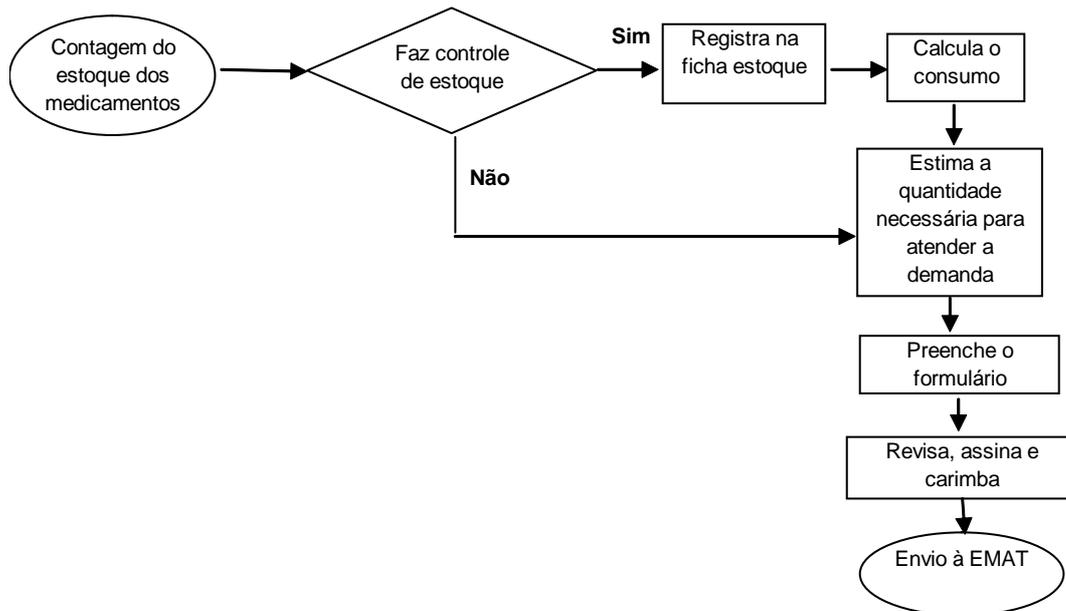


FIGURA 3: Fluxograma Descritor da Solicitação de Medicamentos à Equipe de Material.  
Fonte: Elaborado nas oficinas com o grupo de trabalho.

O fluxograma de solicitação dos medicamentos foi assim descrito:

Primeiramente, é realizada a contagem do estoque dos medicamentos pela coordenação da Unidade, enfermeira ou pelo auxiliar de enfermagem. A contagem deve ser efetuada o mais próximo do dia do pedido ser enviado à Equipe de Material.

Os serviços que possuem um controle de estoque registram a contagem na ficha de controle de estoque.

A estimativa da quantidade necessária para suprir o serviço durante um mês de trabalho é baseada no estoque recebido, no estoque existente e no consumo médio mensal. As farmácias que não fazem controle de estoque determinam a quantidade de medicamentos que necessitam baseadas na diferença entre o estoque recebido e

o estoque existente. O passo seguinte é o preenchimento do formulário de solicitação de medicamentos do estoque existente e da quantidade solicitada.

Após o preenchimento do formulário, o mesmo é revisado, assinado e carimbado pela coordenação do serviço. O pedido preenchido é enviado pelo malote à Equipe de Material.

A Figura 4 representa o Fluxograma Descritor do Recebimento de Medicamentos da Equipe de Material na Farmácia.

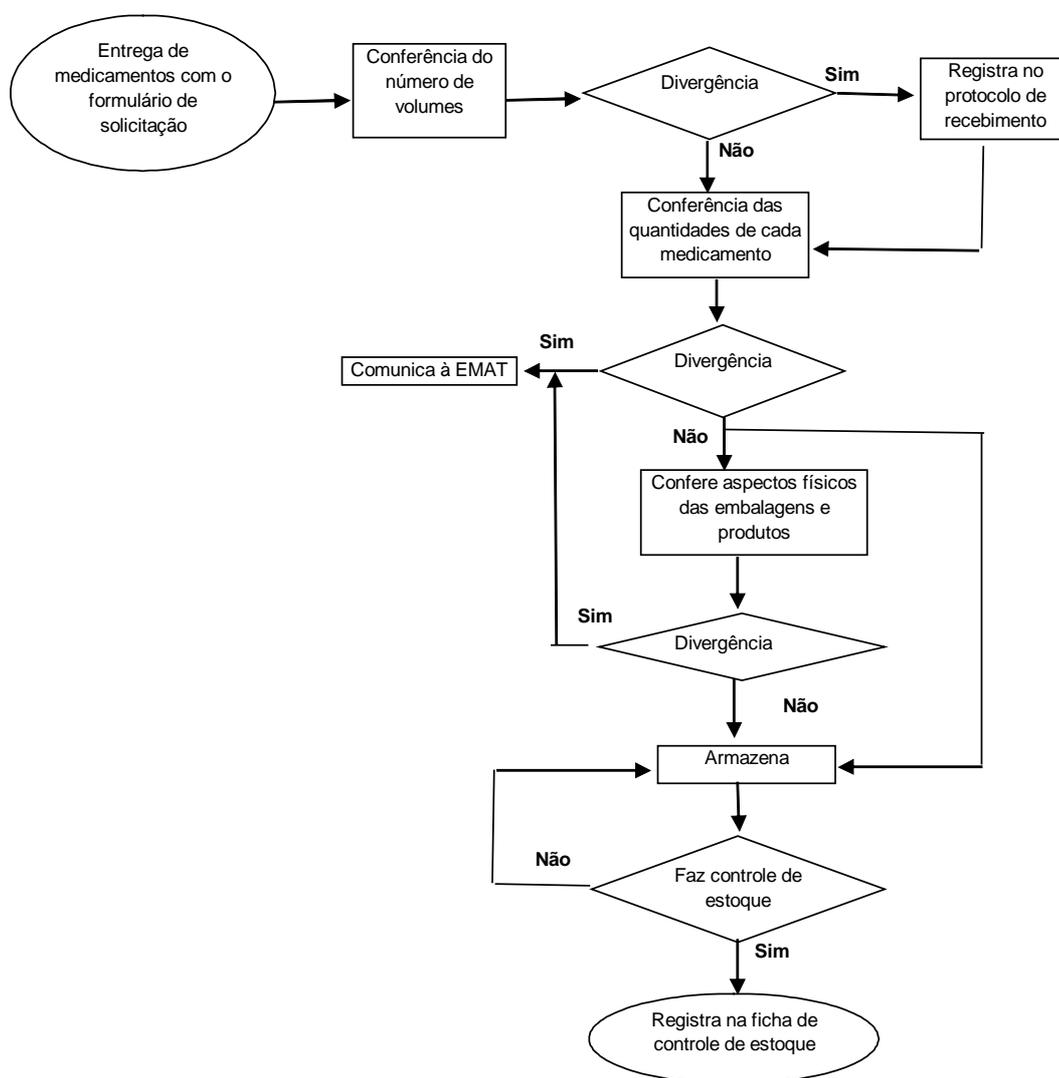


FIGURA 4: Fluxograma Descritor do Recebimento de Medicamentos da Equipe de Material na Farmácia.

Fonte: Elaborado nas oficinas com o grupo de trabalho.

O fluxograma de recebimento dos medicamentos foi assim descrito:

A Equipe de Material entrega nos serviços de saúde mensalmente os medicamentos solicitados, juntamente com o formulário de solicitação que originou o pedido.

Na entrega é conferido o número de volumes e assinado o protocolo de recebimento. Caso ocorra divergência na quantidade de volumes, a mesma é anotada no protocolo de recebimento.

Conferidos os volumes, passa-se à conferência dos itens recebidos, tomando-se como base a coluna do fornecido do formulário. Em caso de ocorrência de divergência, a mesma deverá ser comunicada à EMAT.

Alguns serviços relatam que após proceder à conferência das quantidades avaliam aspectos físicos das embalagens e dos produtos.

Na seqüência os medicamentos são armazenados, os estoques são registrados nas fichas de controle de estoque (nas Unidades que fazem este controle) e o pedido é arquivado.

Na segunda oficina foi realizada a análise do processo de dispensação de medicamentos. O procedimento de atendimento da prescrição depende do medicamento prescrito, se de uso continuado (medicamentos de uso cardiovascular, endócrino e reprodutor) ou eventual.

A Figura 5 representa o Fluxograma Descritor da Dispensação de Medicamentos de Uso Continuado.

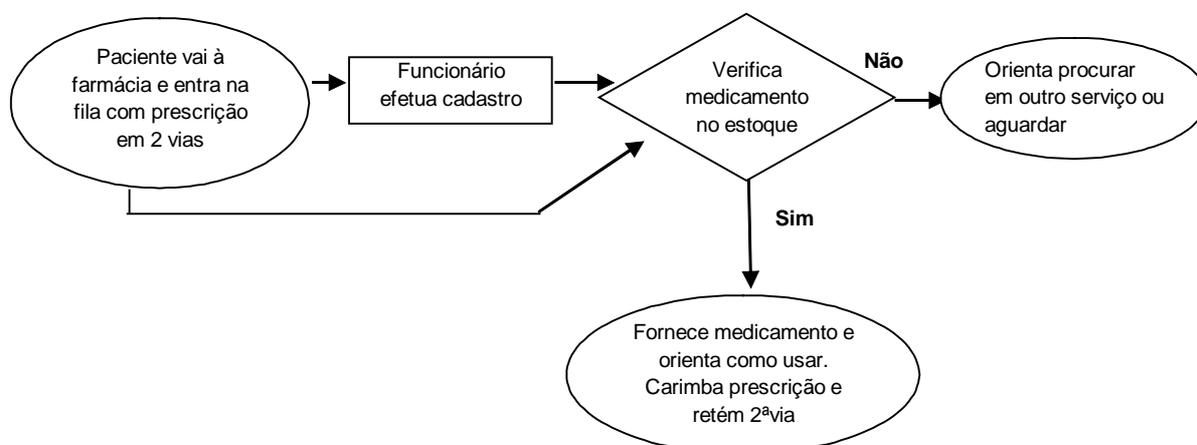


FIGURA 5: Fluxograma Descritor da Dispensação de Medicamentos de Uso Continuado. Fonte: Elaborado nas oficinas com o grupo de trabalho.

O fluxograma de dispensação de medicamentos de uso continuado foi assim descrito:

Ao chegar ao serviço, o usuário dirige-se à farmácia e entra na fila. O usuário entrega a prescrição em duas vias ao funcionário que verifica seu cadastro. O cadastro possui dados de identificação do paciente, medicamentos que utiliza, posologia, quantidade fornecida e data de retirada. O cadastramento de pacientes não é um procedimento que ocorre em todos os serviços. Após, o funcionário verifica o estoque e fornece o medicamento em quantidade suficiente para 30 dias de tratamento. Novo fornecimento poderá ser efetuado na mesma prescrição de acordo com a posologia da mesma. Finalizando o atendimento, o funcionário orienta o paciente como utilizar o medicamento carimba as duas vias da prescrição com o nome do serviço de saúde, quantidade fornecida, data e rubrica do funcionário, retendo a cópia da prescrição. Quando é apresentada apenas uma via da prescrição o funcionário anota o fornecimento em um formulário e solicita a assinatura do paciente. Caso o medicamento esteja em falta o funcionário orienta o paciente a procurar outro serviço mais próximo de sua residência ou a aguardar a nova remessa de medicamentos da EMAT.

A Figura 6 representa o Fluxograma Descritor da Dispensação de Medicamentos de Uso Eventual.

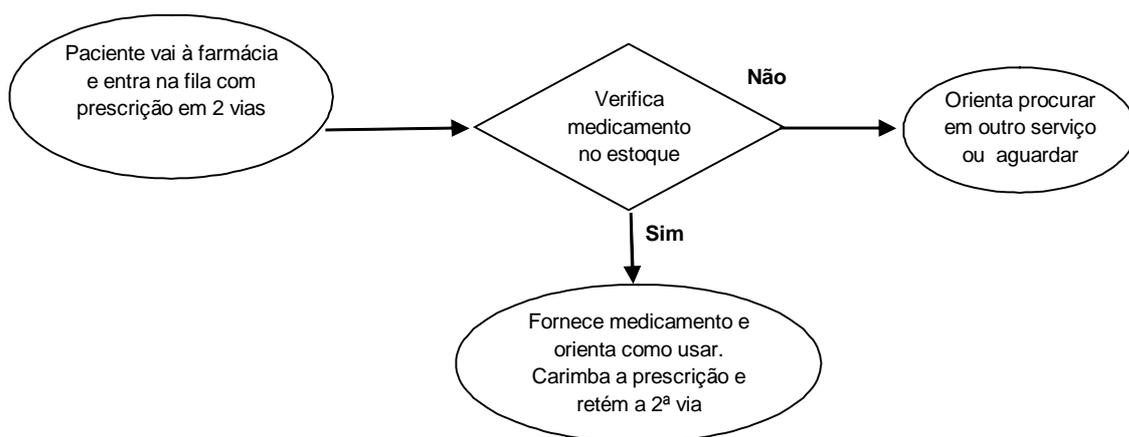


FIGURA 6: Fluxograma Descritor da Dispensação de Medicamentos de Uso Eventual.

Fonte: Elaborado nas oficinas com o grupo de trabalho.

O usuário vai até à farmácia e entrega a prescrição em duas vias ao funcionário. O funcionário verifica a existência do medicamento no estoque e o fornece orientando o paciente como usar. Após são carimbadas as duas vias da prescrição com o nome do serviço de saúde, quantidade fornecida, data e rubrica do funcionário, que retém a cópia da prescrição. Quando é apresentada apenas uma via da prescrição o funcionário anota o fornecimento em um formulário e solicita a assinatura do paciente. Caso o medicamento esteja em falta, o funcionário orienta o paciente a procurar outro serviço mais próximo de sua residência ou a aguardar a nova remessa de medicamentos da Equipe de Material.

O Quadro 3 relata todos os problemas identificados pelo grupo por meio do desenho dos processos de trabalho e algumas considerações elaboradas pela pesquisadora. Optou-se por não comentar os problemas identificados após cada fluxograma descritor, visto a existência de problemas comuns na descrição dos três processos de trabalho.

**QUADRO 3: Principais problemas apontados pelo grupo e algumas considerações da pesquisadora**

<b>Problemas Identificados</b>	<b>Considerações</b>
A inadequação das áreas físicas das farmácias (tamanho e ventilação insuficiente; calor e umidade).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O grupo manifestou a necessidade de providenciar áreas físicas que permitissem a organização e o fluxo do trabalho na farmácia.</li> </ul>
O guichê de atendimento da farmácia geralmente é o mesmo para o agendamento de consultas e de exames.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O tempo de espera na fila se prolonga em função da situação do guichê. Um guichê único não proporciona um diálogo reservado com o paciente, além disso, pressionado pela fila, o funcionário acelera o atendimento, omitindo informações de como usar o medicamento e procedimentos operacionais.</li> </ul>
Funcionários em número insuficiente e sem capacitação para o desempenho das atividades da farmácia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O número insuficiente e a desqualificação dos funcionários da farmácia impedem a execução de todas as atividades relativas ao serviço, trazendo prejuízos ao paciente e à farmácia. No grupo foi salientado que não há reposição de pessoal e o processo de trabalho é considerado desgastante.</li> </ul>

QUADRO 3: Principais problemas apontados pelo grupo e algumas considerações da pesquisadora (continuação)

<p>Inexistência de uma definição formal de quem são os usuários que devem ser atendidos, pois a dispensação ocorre independentemente da vinculação do usuário com o serviço ou de seu endereço residencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A definição de clientela é fundamental para se estimar as quantidades de medicamentos necessárias. Os territórios e a população de cada serviço de saúde já foram definidos, assim poder-se-ia buscar atender somente os moradores do território do serviço. Todavia, não há um sistema que identifique no guichê da farmácia se o usuário é morador ou não do território do serviço. Existem questionamentos quanto à obrigatoriedade do atendimento de prescrição emitida por serviço não conveniado com o SUS ou procedente de outros municípios.</li> <li>▪ A Portaria nº 176/99 definiu os repasses de recursos financeiros as três esferas de governo por habitante/ano. Portanto, a clientela a ser atendida são os pacientes residentes no município.</li> </ul>
<p>Não execução de controle de estoque em todos os serviços.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O controle de estoque auxilia a definir as quantidades necessárias para abastecer a farmácia, a não utilização do mesmo pode acabar por resultar em excesso de medicamentos, desabastecimento, perdas e desperdício. A dificuldade em estimar a quantidade de medicamentos a ser solicitada é resultante, dentre outras coisas, justamente da não adoção do procedimento. É preciso também determinar a demanda não atendida.</li> <li>▪ Observou-se que algumas farmácias adotaram o controle de estoque, o que demonstra que não há uma padronização na conduta de trabalho dos serviços.</li> </ul>
<p>Não cadastramento de pacientes que utilizam medicamentos de uso contínuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mais uma vez, verifica-se a não padronização do desempenho do trabalho efetuado nas farmácias.</li> </ul>
<p>Não utilização dos dados do cadastro de pacientes usuários de medicamentos de uso contínuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O cadastro dos pacientes usuários de medicamentos de uso contínuo é realizado manualmente apenas em algumas farmácias. Esses dados poderiam colaborar na definição das quantidades necessárias para abastecimento desses medicamentos. No entanto, esses dados são gerados e não são sistematizados de forma a serem utilizados.</li> </ul>
<p>Falhas no abastecimento executado pela Equipe de Material.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Um bom abastecimento depende principalmente da programação, disponibilidade de recursos financeiros, aquisição, recebimento e distribuição.</li> <li>▪ Se os dados informados pelas farmácias não subsidiam de forma adequada à programação, falhas no abastecimento já são esperadas.</li> </ul>

QUADRO 3: Principais problemas apontados pelo grupo e algumas considerações da pesquisadora (continuação)

<p>A chegada dos medicamentos sempre interrompe a rotina de atendimento dos pacientes, quebrando o fluxo do trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esta dificuldade foi relatada por vários membros do grupo que provavelmente se sentiam pressionados por ter que providenciar o armazenamento dos medicamentos em espaços físicos insuficientes e manter o mesmo ritmo de atendimento dos pacientes.</li> </ul>
<p>Alteração de consumo de um medicamento por falta de outro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A falta de um determinado medicamento pode ocasionar a alteração do consumo de outro e assim gerar uma reação em cadeia que pode atingir vários medicamentos.</li> </ul>
<p>Medicamentos de determinadas marcas comerciais não possuem instrumentos de medida como colher ou copo-medidor, dificultando o uso do produto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A dificuldade apontada pelo grupo demonstra uma preocupação com o paciente que fará uso do medicamento.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora.

O problema do número insuficiente de pessoal foi reclamação constante no grupo. Entende-se que tal questão era agravada com um sistema de trabalho por rodízio dos auxiliares de enfermagem nos diversos setores da Unidade, inclusive na farmácia. A periodicidade do rodízio podia ser diária ou semanal.

O grupo, por sua vez, considerava que o sistema de rodízio era fundamental, uma vez que mantinha o funcionário “apto” a desempenhar qualquer tarefa sem necessidade de ser atualizado nas rotinas. Na verdade, o referido rodízio não propiciava que um funcionário acompanhasse de forma continuada o trabalho da farmácia, não permitindo assim que houvesse um responsável pelo setor.

Na terceira oficina, a partir da análise dos vários fluxogramas desenhados, identificou-se uma série de problemas, tendo sido escolhido o problema falta de medicamentos. O problema foi escolhido pelo grupo devido ao entendimento de que se não houvesse medicamentos em falta a farmácia atenderia de forma resolutiva todos os seus usuários, deixando assim de ser foco de tensões entre os usuários, dispensadores, prescritores e gestores. Observou-se, portanto, que a preocupação principal era o provimento de medicamentos, sendo que os outros aspectos da Assistência Farmacêutica relacionados com a possibilidade da farmácia atuar de forma integrada com os demais serviços de saúde, na prevenção de enfermidades, na promoção e recuperação da saúde não foram cogitados.

Um problema pode ser definido como uma discrepância entre a situação real e uma situação ideal. A realidade é composta por uma série de problemas, cuja importância depende do ator que explica a situação. Portanto, é preciso definir o valor de cada problema para o ator em questão.

Para se evitarem dúvidas sobre o significado do problema, é necessário descrevê-lo, definindo, assim, de que forma o problema aparece para cada ator. A descrição do problema visa a caracterizá-lo e deve conter elementos da realidade que se denominam descritores do problema.

Um descritor se constitui em uma referência para monitorar a evolução do problema, isto é, ele é capaz de medir a tendência de melhora ou piora da situação. Pode-se dizer que os descritores são a expressão dos sintomas do problema.

Os descritores escolhidos para o problema em questão foram:

D1 = número de medicamentos não enviados pela Equipe de Material;

D2 = número de medicamentos em falta na farmácia;

D3= número de prescrições não atendidas;

D4 = número de reclamações de usuários por falta de medicamentos.

O passo seguinte do momento explicativo, na continuidade das oficinas, foi a explicação do problema através da “árvore do problema”. A “árvore do problema” é um instrumento utilizado pelo Planejamento Orientado por Objetivos (ZOPP), método de planejamento alemão, que se constitui em uma seqüência encadeada de causas e conseqüências, ambas relacionadas aos descritores do problema enfrentado enquanto elemento central.

Optou-se por utilizar a “árvore do problema” em vez do fluxograma situacional do PES, em virtude, principalmente, de sua maior facilidade de elaboração e possibilidade de apropriação pelo grupo.

A adaptação e simplificação do PES tem ajudado a evitar um foco obsessivo nas questões metodológicas, reforçando a idéia de que o método é um simples meio a serviço dos sujeitos (RIVERA, 2003). Segundo Cecílio (1997), uma leitura

matusiana do ZOPP diria que ele é mais consistente no momento explicativo e normativo, entretanto, o ZOPP não trabalha o momento estratégico e faz apenas algumas indicações genéricas para a gestão do projeto.

As causas do problema foram situadas no espaço do distrito sanitário/farmácia, em função da governabilidade do grupo e da necessidade de conhecer o espaço onde ocorre a prestação de serviço ao usuário. O ator que planeja, portanto, é o grupo delegado pela Gerência Distrital de Saúde. O detalhamento das causas do problema falta de medicamentos é apresentado na Figura 7.

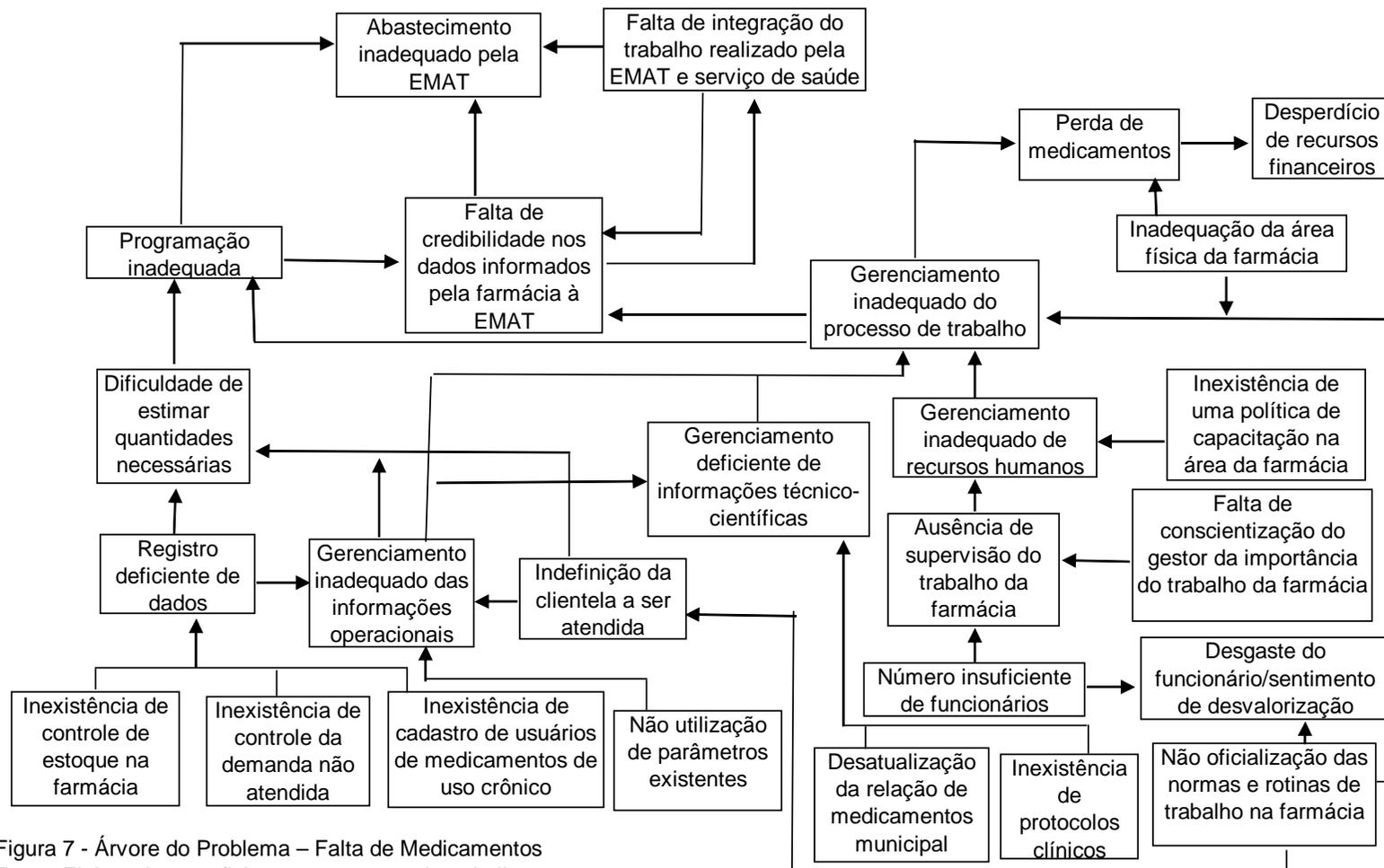


Figura 7 - Árvore do Problema – Falta de Medicamentos  
 Fonte: Elaborado nas oficinas com o grupo de trabalho

Observa-se que o problema em questão tem causas múltiplas, complexas e está centrado em quatro núcleos de gerenciamento inadequado ou deficiente de: informações operacionais, informações técnico-científicas, de recursos humanos e de inadequação de área física. Esses quatro núcleos irão conduzir ao gerenciamento inadequado do processo de trabalho.

Analisando-se o eixo gerenciamento inadequado de informações operacionais percebe-se que o mesmo é ocasionado pelo registro deficiente de dados, pela não-utilização de parâmetros existentes (dados demográficos e epidemiológicos), pela não-oficialização das normas e rotinas de trabalho e pela indefinição da clientela a ser atendida.

O gerenciamento deficiente de informações técnico-científicas causado pela relação de medicamentos desatualizada e pela inexistência de protocolos clínicos nada mais é que um sintoma do mau gerenciamento dos elementos seleção de medicamentos e protocolos clínicos, do componente Técnico-Científico do Sistema de Assistência Farmacêutica, em nível central da Secretaria. As informações operacionais dependem das informações técnico-científicas e vice-versa, essa interdependência termina por potencializar ambas as causas. A definição de tratamentos terapêuticos, uma relação atualizada de medicamentos e a associação de dados operacionais (controle de estoque, demanda não atendida, definição de clientela a ser atendida, cadastro de pacientes, dados epidemiológicos e normas e rotinas de trabalho) facilitam a tarefa de estimar as quantidades necessárias de medicamentos.

Verifica-se, portanto, que o componente Informação do Sistema de Assistência Farmacêutica, composto pelos elementos informação técnico-científica e informação operacional, não é desenvolvido de forma a trazer subsídios à gestão do sistema e a execução das ações. Esse gerenciamento inadequado do componente Informação acaba por afetar o desempenho das atividades dos componentes Técnico-Científico e Operacional.

O gerenciamento deficiente de recursos humanos é um eixo importante, pois parece ser um entrave que imobiliza e impossibilita a busca de soluções para as outras causas do problema. Um número insuficiente de funcionários, sem rotina de

trabalho definida, sem capacitação e supervisão contribui para a alienação do funcionário, que não percebe a importância do seu trabalho e, em função disso, acaba por não valorizar as necessidades demandadas pelo usuário.

A inadequação da área física da farmácia dificulta, principalmente, o armazenamento adequado dos medicamentos, o controle de estoque e o atendimento do usuário.

As conseqüências do problema falta de medicamentos não foram explicitadas na figura, mas dizem respeito à piora na qualidade da atenção à saúde, à insatisfação do usuário, ao retorno do paciente à farmácia e à não-adesão ao tratamento, entre outras.

Após o desenho da “árvore do problema” percebeu-se que o grupo havia entendido a complexidade do problema e a necessidade de romper com o círculo vicioso estabelecido. Ficou claro que a solução do problema não dependia de ações desenvolvidas exclusivamente pelos outros níveis hierárquicos. Foi percebido que era necessário reorganizar os processos de trabalho da farmácia, da GDS e do nível central.

O passo seguinte foi a identificação da situação objetivo que estabelece onde se deseja chegar. Nesse momento, discutiu-se que objetivos poderiam ser alcançados e a forma de torná-los viáveis. O entrosamento do grupo permitiu que os diversos participantes entendessem a existência de várias ações que deveriam ser assumidas em nível distrital, mas que havia outras que o grupo não possuía governabilidade, sendo necessária, portanto, a intervenção de outras instâncias de poder.

Na seqüência, identificaram-se os “nós críticos” do problema, ou seja, as causas que têm maior impacto na geração do problema. Assim, foram escolhidos pelo grupo aqueles cuja intervenção era da governabilidade da Gerência Distrital de Saúde, a melhoria dos registros dos dados operacionais e a capacitação de pessoal.

Após a identificação dos “nós críticos” passa-se ao momento normativo, ou seja, é o momento do desenho do plano que irá contemplar as operações

relacionadas, neste caso, com a melhoria dos registros dos dados operacionais e com a capacitação de pessoal.

Optou-se por não apresentar o plano proposto em função de suas operações não serem suficientes para resolver o problema em questão. Os “nós críticos”, na realidade, seriam os quatro núcleos causais do problema.

Contudo, verificou-se que com a realização das oficinas foi possível analisar o funcionamento das farmácias, apontando inclusive problemas que dizem respeito ao gerenciamento da Assistência Farmacêutica em nível central da Secretaria. Na verdade, avaliou-se a Assistência Farmacêutica de diferentes ângulos quando da realização da análise documental das atividades desenvolvidas no nível central da Secretaria e das oficinas na GDS. No entanto, cabe assinalar que o enfoque deste trabalho era conhecer como se desenvolve a Assistência Farmacêutica prestada ao usuário do serviço de saúde, a fim de possibilitar a proposição de um modelo centrado nas ações do Sistema de Assistência Farmacêutica. A preocupação principal não era apenas propor um modelo de organização da rede de serviços, como uma mera mudança administrativa, mas uma alteração no modo como ocorre a prática da AF.

Constatou-se, portanto, que existem vários problemas referentes ao gerenciamento da Assistência Farmacêutica no município, entre os quais:

- Desenvolvimento inadequado das atividades do ciclo de AF;
- Indefinição de atribuições nos níveis central, distrital e local;
- Área física das farmácias inadequada;
- Ausência de uma política de recursos humanos;
- Ausência de sistematização de dados técnicos e operacionais, que os transformem em informações úteis ao desenvolvimento das ações;
- Ausência de um sistema de comunicação que agilize a divulgação de informações técnicas e operacionais que visem a embasar as ações;

- Foco na aquisição/distribuição – a programação da aquisição é baseada no que foi atendido/distribuído e não no consumo real dos serviços.

Percebe-se, que os problemas identificados são classificados como intermediários, ou seja, que se relacionam com aspectos internos da instituição. Nesse contexto, conclui-se que o gestor municipal necessita definir melhor como deve funcionar o serviço de AF, embora se entenda que os gestores estadual e federal também possuem responsabilidades na implantação da Política de Medicamentos.

## 5.6 UM MODELO LÓGICO PARA OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Diante do exposto, este trabalho propõe um modelo lógico para o Sistema de Assistência Farmacêutica em nível municipal, baseado na definição de Assistência Farmacêutica expressa na Política Nacional de Medicamentos e na sua concepção sistêmica (SANTICH; GALLI, 1995). Um modelo lógico descreve a seqüência de eventos, através de uma síntese dos principais componentes do programa inseridos em um quadro, para demonstrar como o programa teoricamente funciona.

Definindo-se a Assistência Farmacêutica através do enfoque sistêmico, pode-se entender a sua totalidade, unidade, organização e complexidade. Da mesma forma, pode-se decompor o sistema e entender os seus componentes, tendo a preocupação, no entanto de não desarticulá-lo, desorganizá-lo ou simplificá-lo.

A Figura 8 apresenta o Modelo Lógico do Sistema de Assistência Farmacêutica, identificando em cada um de seus componentes objetivos, produtos, resultado e impacto produzido.

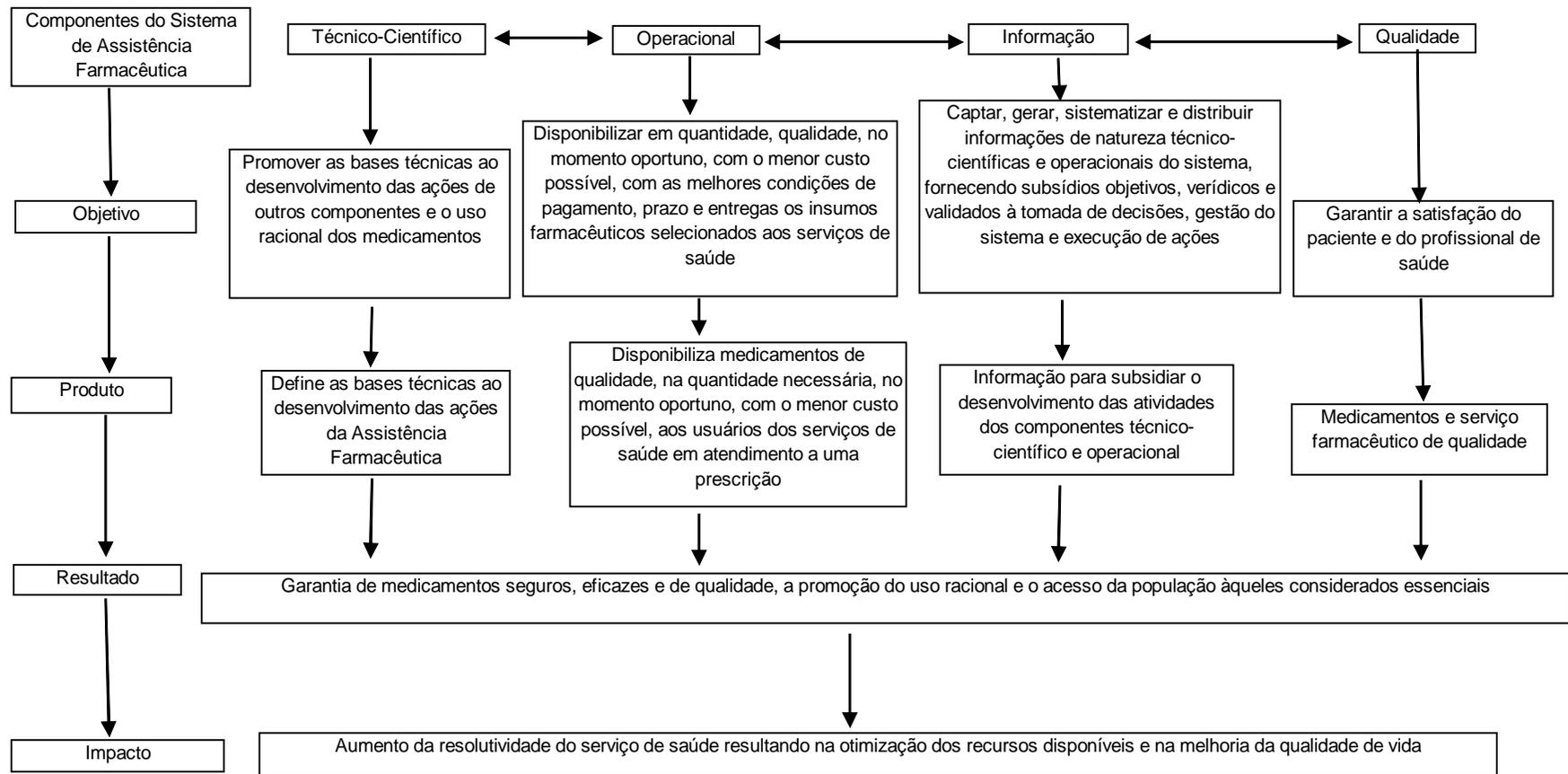


Figura 8 - Modelo Lógico do Sistema de Assistência Farmacêutica  
 Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 8 permite compreender as interações entre os componentes do sistema como um ciclo contínuo e permanente de transformações e de determinações mútuas. Cada componente com seu objetivo e produto devem ser articulados de forma a produzir o resultado esperado: garantia de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A partir dessa representação torna-se possível propor a definição de indicadores que permitam avaliar a AF de forma realmente sistemática, visto que os indicadores comumente utilizados restringem-se a aspectos isolados do conjunto de atividades relacionadas ao ciclo da AF. Assim, seria necessário estabelecer indicadores de eficiência na utilização dos recursos disponíveis para a obtenção de um dado produto, bem como indicadores de eficácia no alcance dos resultados esperados através dos produtos obtidos. Todavia, não é objetivo deste trabalho apontar quais seriam estes indicadores, podendo esse tema se tornar objeto de trabalhos futuros.

Mas cada componente é constituído por vários elementos ou atividades, cujo conjunto compõe uma estratégia para atingir seu objetivo. Cada elemento também possui um objetivo, um produto e um resultado que produzirá um impacto.

A Figura 9 apresenta o Modelo Lógico do Componente Técnico-científico do Sistema de Assistência Farmacêutica, cujo objetivo é promover as bases técnicas ao desenvolvimento das ações de outros componentes e o uso racional dos medicamentos. Em outras palavras, os elementos do componente Técnico-científico geram, a partir das informações técnico-científicas e operacionais, produtos que norteiam o trabalho que deve ser desenvolvido pelo Sistema de Assistência Farmacêutica.

Observa-se que os produtos dos elementos do componente Técnico-científico são os mais difíceis de ser obtidos, uma vez que requerem profissionais com conhecimento atualizado sobre medicamentos e acesso permanente a informações imparciais, livres da influência da propaganda da indústria farmacêutica. Por outro lado, é possível estabelecer mecanismos que facilitem a obtenção dos produtos esperados, a parceria

com centros de informação de medicamentos, universidades, associações e sociedades de profissionais da área da saúde pode ser uma alternativa. Outra opção é a formação de consórcios com outros municípios.

A nomeação de uma comissão de padronização de medicamentos ou de farmácia e terapêutica já tem ocorrido em vários municípios e é bastante freqüente no âmbito hospitalar. Centros de informação de medicamentos e universidades poderiam auxiliar através da qualificação de membros de comissões de padronização em alguns conceitos relacionados, por exemplo, a medicamentos essenciais e critérios para sua seleção. A RENAME, a relação estadual de medicamentos essenciais e o elenco mínimo são subsídios à elaboração dos protocolos terapêuticos e à seleção de medicamentos.

Mas, certamente que a obtenção dos produtos dos elementos do componente Técnico-científico se tornariam mais viáveis se o Ministério da Saúde definisse os protocolos terapêuticos das patologias mais prevalentes, o formulário terapêutico e a RENAME, compatível com estas definições. Ao município caberia proceder as devidas adaptações a sua realidade.

Quanto a farmacovigilância é possível vislumbrar a possibilidade do município desenvolver ações nesta área, uma vez que recentemente a ANVISA lançou o “Projeto Farmácias Notificadoras” com a intenção de ampliar as fontes de notificação de casos suspeitos de efeitos adversos e de queixas técnicas de medicamentos. O projeto piloto nos Estados de São Paulo e Santa Catarina vem se desenvolvendo por meio de uma parceria do Centro de Vigilância Sanitária e o Conselho Regional de Farmácia de cada Estado. Este projeto poderá estimular o desenvolvimento de ações de saúde em farmácias e drogarias.

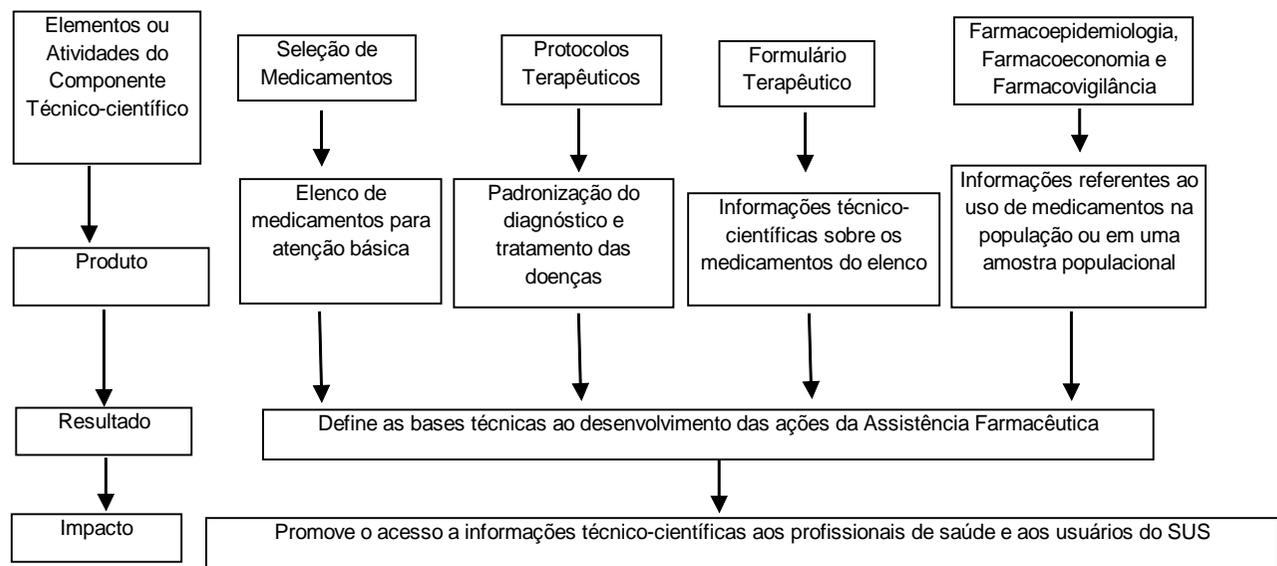


Figura 9 - Modelo Lógico do Componente Técnico-científico do Sistema de Assistência Farmacêutica  
 Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 10 apresenta o Modelo Lógico do Componente Operacional do Sistema de Assistência Farmacêutica, cujo objetivo é disponibilizar medicamentos de qualidade, na quantidade necessária, no momento oportuno, com o menor custo possível, aos usuários dos serviços de saúde em atendimento a uma prescrição.

Dos componentes do Sistema de Assistência Farmacêutica a maior experiência governamental, muito provavelmente, é relacionada ao desenvolvimento das atividades do componente Operacional. Na esfera federal, esta experiência foi adquirida nas aquisições da Central de Medicamentos, do Programa Farmácia Básica e dos diversos kits atualmente existentes. Em termos estaduais, podem ser citados os Programas: Farmácia Básica (Paraná), Dose Certa (São Paulo) e o Projeto Farmácia Essencial (Minas Gerais), que possuíam um elenco de medicamentos destinados a atender à atenção primária, geralmente eram adquiridos nos laboratórios oficiais de seus Estados e distribuídos trimestralmente aos municípios. Nesses, após o início dos repasses financeiros, determinados pelas Portarias GM nºs 176/99 e 1.077/99, principalmente as atividades de aquisição e distribuição tornaram-se uma realidade.

No campo teórico, o Ministério da Saúde emitiu uma série de manuais que tratam sobre programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. No campo legal, o governo federal já publicou legislações que abordam aspectos relacionados à aquisição de medicamentos tais como as Portarias nºs 1.818/97 (BRASIL,1997) e 2.814/98 (BRASIL,1998b), a distribuição Portaria nº 802/98 (BRASIL,1998c), a prescrição Lei nº 9.787/99 (BRASIL,1999b) e Portaria nº 507/99 (BRASIL,1999d) e a dispensação Resolução nº 328/99 (BRASIL, 1999f).

Entretanto, apesar da experiência, do conhecimento teórico e da legislação, ainda não foi possível atingir em sua plenitude o resultado esperado do componente Operacional.

Talvez o que justifique parte dessa dificuldade seja o que foi observado nas oficinas com o desenho da “árvore do problema”, que demonstrou que as causas do problema da falta de medicamentos eram centradas no gerenciamento inadequado das informações operacionais, informações técnico-científicas, de recursos humanos e de

inadequação de área física. Demonstrando-se, portanto, a necessidade de trabalhar de forma sistêmica, reconhecendo a importância dos demais componentes (Técnico-científico, Informação e de Qualidade), aliado à promoção do uso racional e o atendimento humanizado do usuário do serviço, provavelmente colaborariam com relevância para garantia do acesso aos medicamentos essenciais.

Uma contribuição fundamental para esta reorientação da AF é a capacitação dos profissionais de saúde que, conhecedores dos procedimentos operacionais-padrão e as informações técnicas-científicas são agentes importantes nessa mudança. Não basta, entretanto, apenas capacitar. É preciso implantar uma política de recursos humanos que reconheça as atividades que devem ser desenvolvidas e que defina o número suficiente de profissionais para desempenhar o trabalho com uma supervisão constante. Além disso, é necessário prover uma infra-estrutura adequada à realização deste trabalho.

O usuário também pode colaborar com essa mudança. Para tanto, precisa ser informado sobre o uso adequado dos medicamentos, seja no momento da dispensação, durante a consulta farmacêutica (seguimento farmacoterapêutico) ou em trabalhos de grupo de educação à saúde.

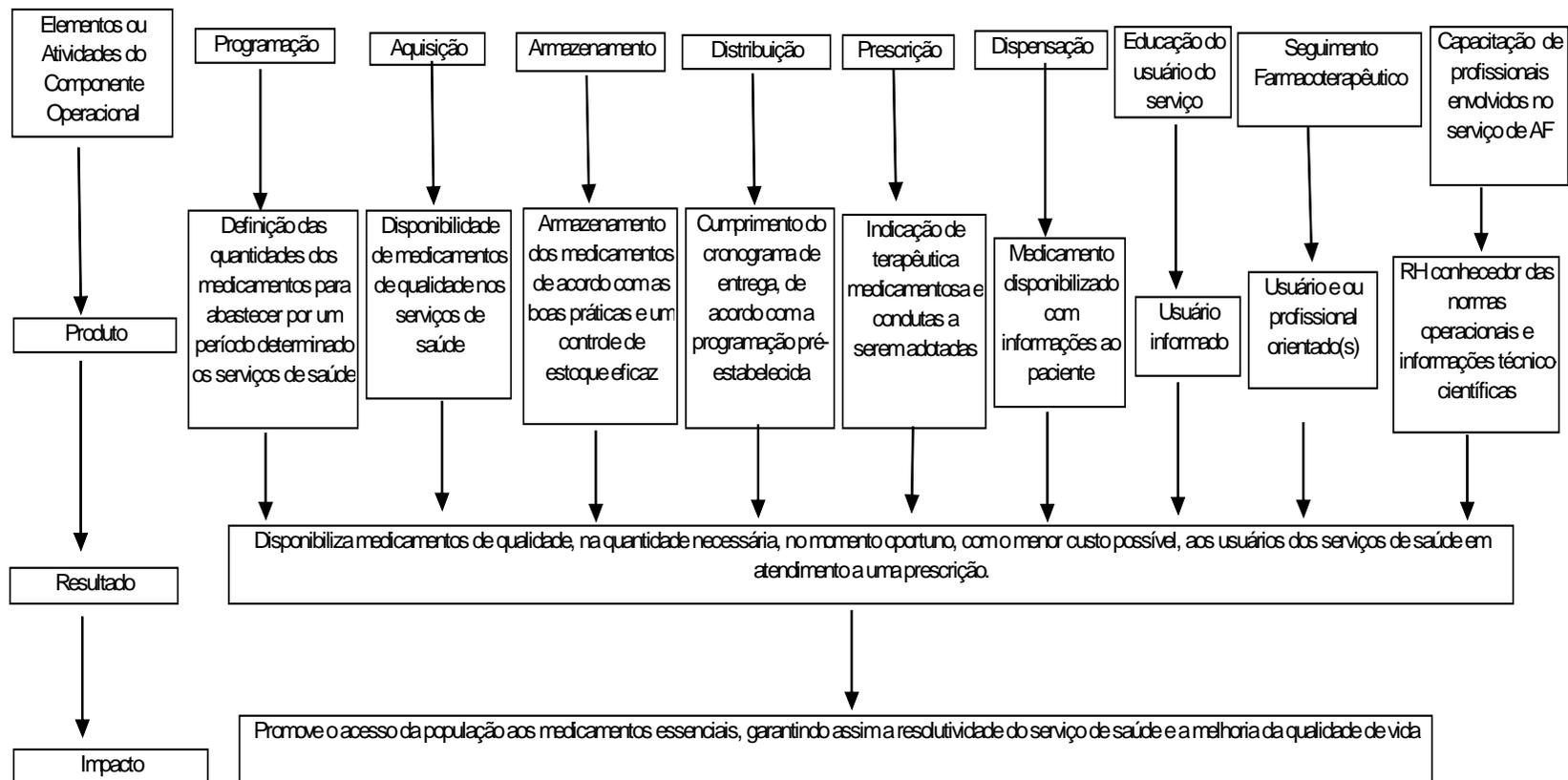


Figura 10 - Modelo Lógico do Componente Operacional do Sistema de Assistência Farmacêutica

Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 11 demonstra o Modelo Lógico do Componente Informação, cujo objetivo é captar, gerar, sistematizar e distribuir informações de natureza técnico-científicas e operacionais do sistema, fornecendo subsídios objetivos, verídicos e validados à tomada de decisões, gestão do sistema e execução das ações.

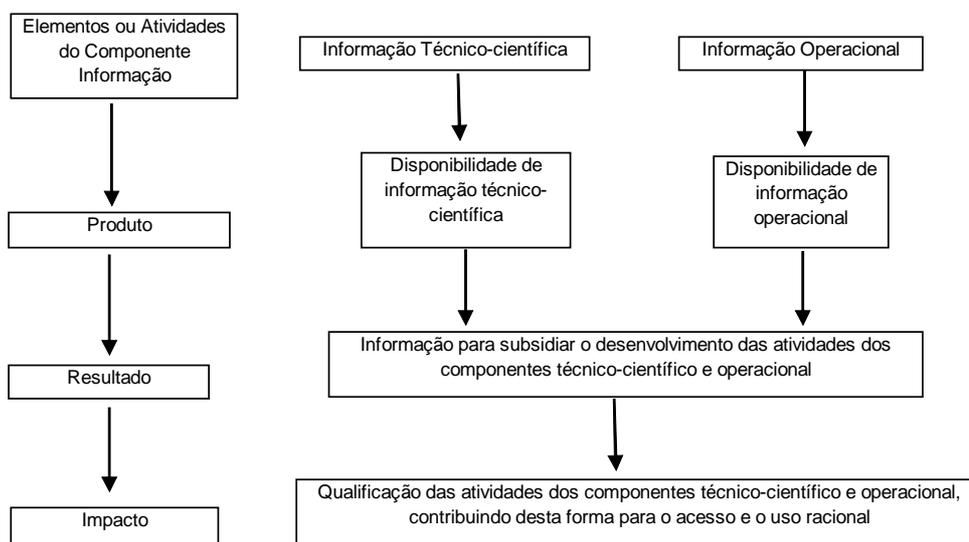


Figura 11- Modelo Lógico do Componente Informação do Sistema de Assistência Farmacêutica  
Fonte: Elaborado pela autora

Conforme referido anteriormente, a obtenção de informações técnico-científicas é fundamental para a elaboração dos produtos dos elementos do componente Técnico-científico. As informações operacionais podem advir das atividades do componente operacional e da qualidade, para tal basta estabelecer formulários de captação e sistematização dos dados. Entretanto, é preciso definir a utilidade do dado a ser coletado, visando desta forma a racionalização do trabalho.

Os dados relativos à movimentação de estoque na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e aos preços dos medicamentos geralmente estão disponíveis, em função do enfoque na aquisição. A informatização da farmácia seria um acréscimo importante à estratégia de reorientação da AF, pois pode contribuir agilizando a coleta de dados referentes ao paciente, à prescrição e ao medicamento dispensado.

Após a coleta dos dados é necessário providenciar a sua sistematização e divulgação aos diversos profissionais, buscando-se assim promover a sua utilização.

A Figura 12 demonstra o Modelo Lógico do Componente Qualidade, cujo objetivo é garantir a satisfação do paciente e do profissional de saúde.

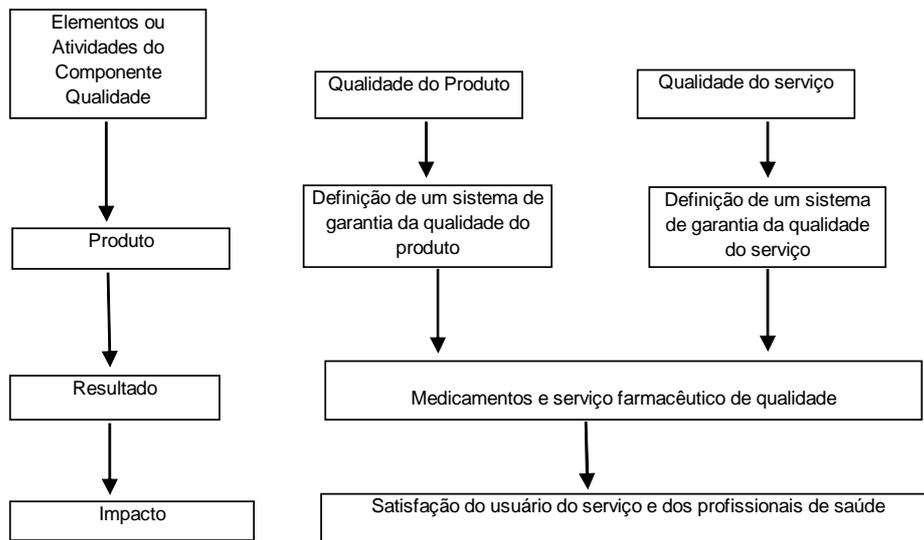


Figura 12 - Modelo Lógico do Componente Qualidade do Sistema de Assistência Farmacêutica  
Fonte: Elaborado pela autora

A partir da representação do componente Qualidade cabe a observação de que o elemento qualidade do produto predomina na relação da AF com a regulação sanitária. Isso se dá porque o elemento qualidade do serviço é vinculado apenas à disponibilidade do produto no serviço de saúde.

Após a apresentação dos componentes do Sistema de Assistência Farmacêutica, verifica-se que o mesmo funciona captando e processando dados de forma circular, sendo que os resultados gerados em um determinado componente influenciam o outro. É como se fosse a engrenagem de uma máquina. Esta “engrenagem” pode ser traduzida com os diversos componentes da Assistência Farmacêutica, trabalhando articuladamente, onde se necessita de recursos humanos em quantidades suficientes, motivados e capacitados; uma área física e equipamentos adequados, além de informações técnico-científicas e operacionais.

Assim, o serviço de AF pode ser definido como o conjunto de atividades em Assistência Farmacêutica desempenhadas não só pelo farmacêutico, mas por uma

equipe multidisciplinar, que busca a promoção, proteção e recuperação da saúde de um indivíduo ou de uma coletividade, através de ações relacionadas aos medicamentos. Inclui a Atenção Farmacêutica, que é uma prática exclusiva do profissional farmacêutico.

Espera-se que o serviço de AF municipal busque garantir:

- O acesso aos medicamentos essenciais, seguros, eficazes e de qualidade;
- O uso racional dos medicamentos desde o diagnóstico, prescrição, dispensação e utilização pelo paciente;
- A disponibilidade de informações técnico-científicas e operacionais para apoiar as decisões;
- A qualidade nos processos trabalho e do produto oferecido;
- Um custo compatível com o resultado obtido;
- Um atendimento humanizado dos usuários;
- O aprimoramento da formação dos profissionais envolvidos nas atividades de AF;
- O fornecimento de orientações aos usuários do serviço de AF para a obtenção dos resultados previstos da terapêutica indicada;
- A integração da assistência farmacêutica com as demais áreas da assistência à saúde;
- A participação no desenvolvimento de programas de promoção à saúde e de prevenção das doenças.

O serviço de Assistência Farmacêutica municipal, em uma perspectiva mais ampla, pode ser estruturado, de acordo com a capacidade instalada dos serviços de saúde, dos serviços de apoio gerencial, dos recursos humanos disponíveis e suas capacitações; recursos materiais e recursos financeiros.

Todavia, a sensibilização e o apoio do gestor reconhecendo a importância do serviço de Assistência Farmacêutica é fundamental para a sua organização e estruturação.

Pretende-se que o modelo proposto dê conta dos quatro componentes da Assistência Farmacêutica de forma concatenada, tendo a racionalidade do uso dos medicamentos garantida, principalmente, por meio da formulação e implantação de protocolos terapêuticos, formulário terapêutico, relação municipal de medicamentos essenciais; orientação de pacientes e das atividades operacionais planejadas e executadas de acordo com o perfil epidemiológico da população.

Os elementos do componente Informação obtêm as informações de várias fontes, sendo que entre essas estão os indicadores de avaliação da Assistência Farmacêutica, contemplados no componente da Qualidade.

O modelo de funcionamento do Sistema de Assistência Farmacêutica Básica, proposto por este trabalho, tem suas atividades efetuadas em uma estrutura composta por três níveis hierárquicos, contemplando os quatro componentes. O nível central, que corresponde à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos que se localizaria na Secretaria Municipal de Saúde; o nível distrital, responsável pela Unidade Distrital da Assistência Farmacêutica no distrito sanitário e o nível local, que corresponde à Farmácia propriamente dita.

Quanto às atribuições da Coordenação da Política Municipal de Medicamentos propõe-se:

- Formular e implantar a Política Municipal de Medicamentos, integrada com as demais áreas da assistência à saúde;
- Coordenar, acompanhar e avaliar a implantação da Política Municipal de Medicamentos;
- Acompanhar e avaliar as atividades das Unidades Distritais de Assistência Farmacêutica e das Farmácias;
- Coordenar e estabelecer normas de funcionamento para a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

- Selecionar, através da Comissão de Farmácia e Terapêutica os medicamentos essenciais que comporão a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais;
- Elaborar, através da Comissão de Farmácia e Terapêutica o Formulário Terapêutico, responsabilizando-se pela sua divulgação;
- Participar e apoiar o trabalho desenvolvido pela Comissão de Protocolo Terapêutico;
- Coordenar estudos de farmacoepidemiologia;
- Coordenar estudos de farmacoeconomia;
- Incentivar a notificação de suspeita de reações adversas a medicamentos e a queixa técnica pelos profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde à Vigilância Sanitária Municipal;
- Apoiar as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária Municipal;
- Planejar e executar capacitações para os profissionais envolvidos nas atividades de Assistência Farmacêutica;
- Definir procedimentos operacionais padrão para todas as atividades da Assistência Farmacêutica;
- Elaborar, implantar e avaliar a programação de medicamentos;
- Produzir relatórios que permitam conhecer a demanda atendida e não-atendida, o consumo histórico, as entradas e saídas dos medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico e nos níveis distrital e local;
- Solicitar e acompanhar a aquisição;
- Coordenar a Comissão Municipal de Compras de Medicamentos que tem caráter técnico;
- Estabelecer mecanismos que permitam a aquisição de medicamentos de fornecedores com comprovada qualidade;

- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo farmacêutico da Central de Abastecimento Farmacêutico nas atividades de armazenamento, distribuição e transporte dos medicamentos;
- Fomentar um trabalho de parceria com as Universidades, Centro de Informações de Medicamentos, para compartilhar recursos de informação técnico-científica para subsidiar as atividades dos componentes técnico-científico, operacional, de informação e qualidade;
- Captar, sistematizar e divulgar as informações técnico-científicas de interesse do cotidiano de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde;
- Captar, sistematizar e divulgar as informações operacionais geradas nas atividades de Assistência Farmacêutica;
- Planejar, coordenar e implantar ações de educação dos usuários do serviço de Assistência Farmacêutica municipal;
- Elaborar material informativo sobre medicamentos para usuários e profissionais de saúde;
- Implantar o Seguimento Farmacoterapêutico;
- Definir e implantar um Sistema de Garantia da Qualidade do Serviço de Assistência Farmacêutica prestado;
- Definir e implantar um Sistema de Garantia da Qualidade do Produto Farmacêutico disponibilizado à população municipal;
- Implantar a coleta de dados de indicadores de avaliação de estrutura, processo e resultado da Assistência Farmacêutica Municipal;
- Prestar contas ao gestor, através de relatórios do andamento do serviço de Assistência Farmacêutica Municipal.

As atribuições da Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica são:

- Implantar a Política Municipal de Medicamentos definida pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde;

- Coordenar, acompanhar, avaliar e supervisionar as atividades de Assistência Farmacêutica nas farmácias de seu distrito sanitário;
- Promover o desenvolvimento de um trabalho integrado entre as farmácias do seu território, Central de Abastecimento Farmacêutico e a Coordenação da Política Municipal de Medicamentos;
- Sistematizar e emitir relatórios sobre demanda atendida e não atendida, consumo histórico, entradas e saídas dos medicamentos das farmácias do seu distrito sanitário;
- Sistematizar e elaborar relatórios dos dados dos indicadores de avaliação da Assistência Farmacêutica das farmácias do distrito sanitário sob sua responsabilidade;
- Remanejar medicamentos entre as farmácias sob sua responsabilidade;
- Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica e de Compras de Medicamentos;
- Encaminhar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos à Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Divulgar os Protocolos Terapêuticos, o Formulário Terapêutico, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e os Procedimentos Operacionais Padrão;
- Participar dos estudos de farmacoepidemiologia e farmacoeconomia;
- Encaminhar à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos notificações de suspeita de reações adversas e queixa técnica advindas dos profissionais e usuários dos serviços de saúde sob sua jurisdição;
- Colaborar com a realização de capacitações para os profissionais envolvidos em atividades de Assistência Farmacêutica no seu território;
- Participar das ações de educação dos usuários das farmácias do seu território;

- Apoiar as ações que visem à implantação do Seguimento Farmacoterapêutico em seu território;
- Participar na elaboração de material informativo sobre medicamentos para usuários e profissionais de saúde;
- Divulgar informações técnico-científicas e operacionais aos serviços sob sua responsabilidade;
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Serviço de Assistência Farmacêutica definido pela Política Municipal de Medicamentos;
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Produto Farmacêutico disponibilizado à população municipal, definido pela Política Municipal de Medicamentos;
- Emitir relatórios de prestação de contas à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos das atividades das farmácias sob sua jurisdição.

As atribuições do nível local são:

- Implantar a Política Municipal de Medicamentos, definida pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde;
- Coordenar, acompanhar, avaliar e supervisionar as atividades desenvolvidas na farmácia;
- Promover o desenvolvimento de um trabalho integrado entre a farmácia e a Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica do seu território;
- Requisitar medicamentos à Central de Abastecimento Farmacêutico para suprimento da Farmácia;
- Realizar o controle quantitativo e qualitativo dos medicamentos recebidos do CAF;
- Armazenar os medicamentos de acordo com os critérios técnicos, sanitários e administrativos;

- Avaliar as prescrições sob o ponto de vista legal e farmacológico;
- Dispensar medicamentos mediante apresentação de receita, orientando e educando o paciente sobre o uso racional e a guarda dos mesmos;
- Remanejar medicamentos quando necessário;
- Controlar a movimentação de estoques de medicamentos, inventariando periodicamente;
  - Sistematizar e emitir relatórios sobre demanda atendida e não atendida, consumo histórico, entradas e saídas dos medicamentos da farmácia encaminhando à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica;
  - Sistematizar e elaborar relatórios dos dados dos indicadores de avaliação da Assistência Farmacêutica da farmácia encaminhando à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica;
  - Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica e de Compras de Medicamentos;
  - Encaminhar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica;
  - Divulgar os Protocolos Terapêuticos, o Formulário Terapêutico e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais;
  - Aplicar os Procedimentos Operacionais Padrão;
  - Participar dos estudos de farmacoepidemiologia e farmacoeconomia;
  - Encaminhar à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica notificações de suspeita de reações adversas e queixa técnica advindas dos profissionais e usuários do seu serviço de saúde;
  - Colaborar com a realização de capacitações para os profissionais envolvidos em atividades de Assistência Farmacêutica no seu território;
  - Capacitar e supervisionar seus auxiliares na execução de suas atividades;

- Participar das ações de educação dos usuários da farmácia;
- Participar na elaboração de material informativo sobre medicamentos para usuários e profissionais de saúde;
- Desenvolver o Seguimento Farmacoterapêutico;
- Participar de trabalhos com grupos de pacientes de programas especiais (diabéticos, hipertensos etc.);
- Divulgar informações técnico-científicas e operacionais aos profissionais de saúde e usuários da farmácia;
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Serviço de Assistência Farmacêutica, definido pela Política Municipal de Medicamentos;
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Produto Farmacêutico disponibilizado à população municipal, definido pela Política Municipal de Medicamentos;
- Emitir relatórios de prestação de contas à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica das atividades da farmácia.

A implantação do modelo pode ser iniciada por meio da nomeação de um farmacêutico para cada gerência distrital de saúde, que ficaria responsável por reorganizar as farmácias do distrito, atuando em consonância com a coordenação da Política de Medicamentos. Algumas medidas políticas auxiliariam na implantação do modelo como é o caso da definição da clientela a ser atendida, aprovação das normas e rotinas, constituição de comissões de farmácia e terapêutica e de protocolos clínicos.

A oficialização das normas e rotinas acrescidas da capacitação de funcionários poderia ajudar, sem dúvida. É preciso avaliar a necessidade de manutenção de farmácias em todos os serviços de saúde. O fechamento de algumas farmácias facilitaria o gerenciamento da Assistência Farmacêutica. Contudo, seria preciso investir em reformas ou mesmo em construção de farmácias que permitissem um atendimento humanizado, qualificado por funcionários aptos à função.

A mudança da cultura institucional baseada no simples fornecimento de medicamentos precisa ocorrer e, para tal, o apoio e a vontade política, aliados a técnicos qualificados e motivados, são fundamentais.

A implantação de uma política requer acompanhamento e avaliação constante das ações, visando à análise dos resultados obtidos com conseqüente correção ou a manutenção dos rumos adotados. A política de medicamentos não foge a regra e passados sete anos da publicação da Portaria nº 3.916/98 já se percebe a necessidade de alterar alguns rumos. Para propor a reorientação da AF seria importante, por exemplo, repactuar o IAFB ou criar um novo incentivo que permitisse não apenas a compra de medicamentos, mas reformas na infra-estrutura, aquisição de sistemas informatizados de controle de estoque, qualificação de pessoal etc. A habilitação para o recebimento deste incentivo deveria exigir um plano de investimentos com os objetivos, metas, ações e um cronograma de execução. O controle da execução do plano seria de competência do controle social e da Secretaria Estadual da Saúde.

A inclusão de determinados procedimentos na tabela de pagamento do SUS, entre os quais o seguimento farmacoterapêutico, a notificação de reações adversas, bem como de queixas técnicas de medicamentos e trabalhos com grupos, serviriam de incentivo ao gestor para qualificar a Assistência Farmacêutica. Além disso, a medida produziria maior acesso às informações sobre medicamentos aos usuários do serviço farmacêutico, o que contribuiria para o sucesso da terapêutica medicamentosa em curso.

Talvez as propostas de repactuação do IAFB, ou a criação de outro incentivo e a inclusão de procedimentos farmacêuticos na tabela de pagamento do SUS, possam ser contempladas em uma estrutura organizativa que compatibilize a Assistência Farmacêutica com a NOAS-SUS 01/02. Tal estrutura poderia ser definida por intermédio de uma norma operacional para a AF. Assim, os serviços de Assistência Farmacêutica poderiam ser classificados por níveis de complexidade, definindo funções e responsabilidades nas três esferas de gestão, equacionando a oferta de serviços à população e aperfeiçoando o processo de descentralização e organização do SUS em uma rede regionalizada e hierarquizada.

Uma outra forma de representar os componentes do Sistema de Assistência Farmacêutica Básica, desempenhados nos níveis hierárquicos propostos, é apresentada no Quadro 4 no Anexo 1. O Quadro 4 contempla os componentes do Sistema de AF, suas atividades, objetivos específicos, nível hierárquico da atividade, instalações/equipamentos e recursos humanos necessários.

Finalmente, o Quadro 5 no Anexo 2 contém aspectos que precisam ser considerados no cumprimento das atividades do Sistema de AF. Assim, o Quadro apresentado traz uma síntese de aspectos técnicos que compõem a estrutura sistêmica proposta.



## 6 CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS

De acordo com o objetivo deste estudo, analisar os serviços farmacêuticos na esfera municipal e propor um modelo lógico de trabalho para os níveis central, distrital e local, visando à construção de uma estratégia voltada à reorganização da AF no município de Porto Alegre, conclui-se que:

As atividades do ciclo da AF, no período avaliado, eram desenvolvidas de forma fragmentada, devido, principalmente, à existência de uma estrutura organizacional administrativa não pertencente a mesma hierarquia responsável por coordenar a Política da AF e à escassez de recursos humanos. Observou-se também que a programação da aquisição era realizada de acordo com a quantidade distribuída, considerando uma relação de medicamentos desatualizada. Da mesma forma, a inexistência de normas e rotinas de dispensação comprometia a qualidade do atendimento aos usuários. A aquisição dos medicamentos era desempenhada de maneira qualificada, levando em conta critérios técnicos.

Tem havido um aumento no número de prescrições atendidas anualmente, sendo que fevereiro e dezembro são os meses em que ocorre uma redução. É no segundo e no terceiro trimestres que ocorre o maior número de atendimentos.

O CS Modelo e o CS Santa Marta são os serviços que mais atenderam prescrições emitidas por outras unidades, ambulatórios hospitalares e consultórios particulares. As prescrições de medicamentos controlados corresponderam a 53,39% e 42,46% naqueles serviços. Observa-se a necessidade de abertura de outra farmácia para facilitar o acesso a esses medicamentos. Urge avaliar a adequação do abastecimento das Unidades Sanitárias e a proposição de desenvolvimento de um trabalho conjunto com os ambulatórios hospitalares. Os resultados demonstraram que 37,40% das prescrições de medicamentos controlados atendidas pelo CS Modelo eram emitidas por consultórios particulares.

Em 2001 foram gastos na aquisição de medicamentos R\$ 6,56 por habitante/ano. Em 2002, os recursos financeiros empenhados corresponderam a R\$ 9,61 por habitante/ano e, em 2003, R\$ 7,29 por habitante/ano.

A AF prestada pela SMS não dispunha de um número suficiente de farmacêuticos ao comparar-se com o número de serviços de farmácia.

O problema priorizado pelo grupo de trabalho da GDS Norte/Eixo Baltazar foi a falta de medicamentos, sendo que suas causas estavam centradas em quatro núcleos de gerenciamento inadequado ou deficiente: informações operacionais, informações técnico-científicas, de recursos humanos e de área física. O gerenciamento inadequado do componente Informação afeta o desempenho dos componentes Técnico-científico e Operacional do Sistema de Assistência Farmacêutica. Observou-se que o número de funcionários era insuficiente, não havendo rotina de trabalho definida, ausência de capacitação e de supervisão. Constatou-se, ainda, que as áreas físicas das farmácias da GDS eram inadequadas, o que dificultava o desenvolvimento do trabalho.

A solução do problema falta de medicamentos depende de ações que devem ser desencadeadas pelos três níveis hierárquicos, sendo necessário reorganizar os processos de trabalho da farmácia, da GDS e do nível central.

Os “nós críticos” escolhidos pelo grupo envolveram a necessidade de melhorar os registros dos dados operacionais e a capacitação de pessoal.

Os problemas identificados pelo estudo são classificados como intermediários.

Ao avaliar a Assistência Farmacêutica, prestada pelo município de Porto Alegre, identificou-se a necessidade de definir suas atribuições e atividades, visando à sua reorientação.

O modelo lógico proposto para o Sistema de AF foi baseado na concepção da AF expressa na PNM e na Teoria de Sistemas. Este Sistema é composto por quatro componentes: Técnico-científico, Operacional, Informação e Qualidade. O sistema funciona como um ciclo contínuo e permanente de transformações e determinações mútuas.

O funcionamento adequado do modelo exige recursos humanos em quantidades suficientes para o desempenho do trabalho, motivados e capacitados, uma área física e equipamentos apropriados, bem como informações técnico-científicas e operacionais atualizadas.

Foram definidos três níveis hierárquicos: central que corresponderia a Coordenação da Política Municipal de Medicamentos, Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica e a Farmácia. Também foram propostas atribuições a essas hierarquias.

O apoio do gestor reconhecendo a importância dos serviços de Assistência Farmacêutica é fundamental para sua organização e estruturação, acrescido de técnicos capacitados e motivados.

Saliente-se que a Política de Medicamentos é desenvolvida pelas três esferas de governo. Assim, os Estados e a União devem avaliar suas ações e, dessa forma, proceder às devidas correções de rumo.

Ao se definir as atribuições e atividades da AF é possível perceber que o foco das ações pode ser reorientado à prestação de serviços farmacêuticos, tendo como prioridade a satisfação do usuário.

Este estudo não teve como objetivo detalhar o funcionamento de cada atividade do Sistema de AF, uma vez que isto pode ser encontrado em diversos manuais do MS. No entanto, o componente Informação, devido à sua essencialidade na elaboração dos produtos dos demais componentes, poderia ter sua estratégia de captação, sistematização e distribuição de informações pormenorizada em trabalhos futuros. Os resultados apresentados sugerem, ainda, a necessidade de estudos complementares que colaborem na definição de indicadores de eficiência e eficácia que permitam avaliar a implantação do Sistema de AF, de acordo com o modelo lógico proposto.

Outro tema que poderia ser objeto de estudos futuros seria a compatibilização da AF com o processo de regionalização (NOAS-SUS), utilizando-se o modelo proposto como orientador do funcionamento das atividades do Sistema de AF.

Finalmente, espera-se que este trabalho contribua para a mudança do paradigma da concepção dos serviços farmacêuticos no Brasil, promovendo dessa forma a reorientação da AF no SUS.

## 7 REFERÊNCIAS

ACÚRCIO, F.A. (Org.) **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.136 p.

ARTMANN, Elizabeth et al. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, nº 4, p. 723-40, out./dez.1997.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. **Diagnóstico da Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia**. Salvador, 1998. 54 p.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Remédios: saúde ou indústria; a produção de medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.122 p.

\_\_\_\_\_. **Indústria Farmacêutica Estado e Sociedade: crítica da Política de Medicamentos no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995. 203 p.

BONFIM, J.R.A.; MERCUCI, V.L.(Org.) **A construção da Política de Medicamentos**. São Paulo:Hucitec,1997. 381 p.

BRAGA, J.C.S.; Paula, S. G. Política de Saúde e Capitalização da Medicina: o período Pós 64. In: \_\_\_\_\_. **Saúde e Previdência: estudos de Política Social**. São Paulo: CEBES–HUCITEC, 1981. p. 87-146.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em:11/12/2004.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 dez. 1973. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16614&word=>>. Acesso em: 11/12/2004.

BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências.

**Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 1976. Disponível em: < <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16615&word=>>. Acesso em: 14/12/2004.

BRASIL. Lei nº 8.080 (Lei Orgânica de Saúde), de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: < <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16619&word=>>. Acesso em: 14/12/2004.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre transferências governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: < <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=254&word=>> Acesso em 14/12/2004.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jan. 1999a. Disponível em: < <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16621&word=>>. Acesso em: 29/11/2004.

BRASIL. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 fev. 1999b. Disponível em: < <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16622&word=>>. Acesso em: 29/11/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) de 26 de janeiro de 2001. Portaria GM/MS nº 95. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2001a. Disponível em: < [http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%20C3%A7%C3%A3o/NOAS01\\_PT95.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%20C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm)> Acesso em: 29/11/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02) de 27 de fevereiro de 2002. Revoga a NOAS-SUS 01/01. Portaria nº 373. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 40, 28 fev. 2002a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/91) de 07 de janeiro de 1991. Nova Política de Financiamento do SUS. Resolução nº 258 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jan. 1991. Seção I, p. 641-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/92) de 07 de fevereiro de 1992. Portaria nº 234. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 fev. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/93) de 20 de maio de 1993. Portaria nº 545. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 96, 24 maio 1993, p. 6.961-65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96) de 06 de novembro de 1996. Redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. **Diário Oficial da União**, Brasília: 1996. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Legislacaosus/nob.pdf>>. Acesso em: 10/05/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. Brasília, DF, 2002b. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.818, de 02 de dezembro de 1997. Recomenda que nas compras e licitações públicas de produtos farmacêuticos realizadas nos níveis federal, estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniados e contratados pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores desses produtos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 234, 03 dez. 1997. Seção I, p. 28.467.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez 1998a. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16666&word>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.814, de 29 de maio de 1998. Estabelece procedimentos a serem observados pelas empresas produtoras, importadoras, distribuidoras e do comércio farmacêutico, objetivando a comprovação, em caráter de urgência, da identidade e qualidade de medicamento, objeto de denúncia sobre possível falsificação, adulteração e fraude. **Diário Oficial da União**, Brasília, jun 1998b. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=>13593&word>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 802, de 08 de outubro de 1998. Institui o Sistema de Controle e Fiscalização em toda a cadeia dos produtos farmacêuticos. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez 1998c. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=851&word=>>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 do Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, out. 1998d. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=751&word=>>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 176, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999c. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=12062&word=>>. Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 507, de 23 de abril de 1999. Publica a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, que acompanha esta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 maio 1999d. Disponível em: <<http://e-egis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=827&word=portaria>>. Acesso em:15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.077, de 24 de agosto de 1999. Implanta o Programa para Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, definindo que as transferências dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 ago.1999e. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=3953&word=>>. Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SPS nº 16/GM, de 14 de dezembro de 2000. Define o elenco mínimo e obrigatório de medicamentos para a pactuação na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000a. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo5.pdf>> Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 343/GM, de 21 de março de 2001. Define o elenco de medicamentos que compõe o incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa da Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001b. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/2001.htm>>. Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371/GM, de 4 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, Versão Republicada – 08 mar. 2002c. Disponível em: <<http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=19939&word=>>. Acesso em: 12/01/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 786/GM, de 19 de abril de 2002. Altera Anexo da Portaria nº 343/GM de 21 de março de 2001 que define o elenco de medicamentos que compõe o incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa da Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 76, 22 abr. 2002d. Seção 1, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.587, de 03 de setembro de 2002. Aprova a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais -RENAME. **Diário**

**Oficial da União**, Brasília, 5 set. 2002e. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=6086&word=portaria>>. Acesso em: 12/01/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.397/GM, de 22 de julho de 2003. Altera o Anexo da Portaria nº 786/GM de 19 de abril de 2002 que define o elenco de medicamentos que compõe o incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa da Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 140, 23 jul. 2003. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.8p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jul. 1999f. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1249&word=>>. Acesso em:12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 33, de 19 de abril de 2000. Aprova o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos em farmácias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 jan. 2001c. Disponível em: <[http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16678&mode=print\\_version](http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16678&mode=print_version)>. Acesso em:12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Como gerenciar a Assistência Farmacêutica Básica em seu município**. Brasília, DF, 2000b. 84 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. **Organização da Assistência Farmacêutica nos Municípios Brasileiros**: disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS. Brasília, DF, 2002f. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Valores Líquidos Creditados**. Extrato do Fundo Municipal do município de Porto Alegre. Medicamentos Saúde Mental. Transferências de recurso financeiro federal/ano 2001, 2002, 2003. Disponível em: <<http://portal.web02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/transferencias/transfer.cfm>> Acesso em: 16 nov. 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Inventando a mudança no Hospital: o Projeto “Em Defesa da Vida” na Santa Casa do Pará. In:\_\_\_\_\_, (Org.). **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.187-234.

\_\_\_\_\_, Contribuições para uma Teoria da Mudança do Setor Público. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 235-329.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 1, 2003. **Caderno de Textos**. Porto Alegre, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, 2003. 24 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 308, de 02 de maio de 1997. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias. Brasília, 02 maio 1997. Disponível em: < <http://www.cff.org.br/pag800x600.html>>. Acesso em:12/12/2004.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica**: um estudo multicêntrico em cinco Estados do Brasil, 2000. 358 p. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

COSTA, Ediná Alves. **Vigilância Sanitária**: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Hucitec,1999. 461 p.

DUPIM, J.A. **Assistência Farmacêutica**: um modelo de organização. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999. 79 p.

DUSSOULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. **Revista de administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, nº 2, p.8-19, abril/jun. 1992.

FRANCO,Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. O Uso de ferramentas analisadoras para apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas,SP). In: MEHRY et al. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.135-160.

FRANCO, Túlio Batista. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de Serviços de Saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MEHRY et al. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.161-198.

GUERRA JÚNIOR, A. A. **Medicamentos Essenciais**: estudo sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica em duas regiões do Estado de Minas Gerais: o Norte de Minas e o Vale do Jequitinhonha. 2002. 210 p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, 2002.

HEIMANN, L. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde**: trilhando a Autonomia Municipal. São Paulo: SOBRAVIME, 2000. 131 p.

HUERTAS, Franco. Confusão sobre o que é Planejamento. In: \_\_\_\_\_. **Entrevista com Matus**: o método PES. São Paulo: FUNDAP, 1996, p.11-26.

IBGE. População residente, sexo e situação do domicílio. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31&uf=43>>. Acesso em: 29 set. 2003.

IVAMA, Adriana Mitsue et al. **Consenso Brasileiro de Atenção farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2002. 24 p.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80. **Physis** – Revista de Saúde Coletiva, v.1, nº1, 1991.

MACHADO, U. **Vinte anos da Indústria da Doença**. Porto Alegre: Civilização Brasileira, 1982. 120 p.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH ; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manging Drug Supply**: the selection, procurement, distribution and use of pharmaceuticals. 2. ed. Connecticut: Kumarian Press, 1997. 818 p.

MARIN, N. Los Servicios Farmacéuticos em la Atención de Salud. In: BERMUDEZ, J.A.Z.; BONFIM, J. R. A. B. **Medicamentos e a Reforma do Setor de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. p.125–139.

MARIN, Nelly et al. (Org.) **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334 p.

MATUS, Carlos. **Estratégias Políticas**: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. São Paulo: FUNDAP, 1996. 294 p.

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento e Governo**. 3. ed. Brasília: IPEA, 1997. 292 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do Projeto Neoliberal. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995, p. 19-91.

MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o Público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINTZBERG, H. A Burocracia Profissional. In: \_\_\_\_\_. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995. Cap. 10, p. 58-73.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva; SILVER, Lynn Dee. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, nº 2, p. 223-230, abr. 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Cómo investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud**: indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra: OMS, 1993a. 97 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud**: Buenas Prácticas de Farmacia. Tokio: OMS, 1993b. 27 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000–2003**. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS, 2000. 6 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Como desarrollar y aplicar una política farmacêutica nacional**: perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Ginebra: OMS, 2003. 6 p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud**: los medicamentos esenciales. Washington: OPAS, 1990. 56 p.

PACHECO, Francisco José. **A organização da Assistência Farmacêutica nos Sistemas Locais de Saúde**: a experiência do Distrito Sanitário de Pau da Lima em Salvador/BA. 1997. 165 p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Salvador, 1997.

PEREIRA, Luiz Antônio Marinho. **Análise de programas e ações em assistência farmacêutica para a disponibilidade de medicamentos essenciais no Programa Saúde da Família**. 2005. 102p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Gestão da Assistência Farmacêutica do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas/UFRGS, Porto Alegre, 2005.

PERINI, Edson. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F.A. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 9-30.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Gabinete do Prefeito. Assessoria de Economia. **Relatório de Indicadores Sociais de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2000. 382 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. Política de Assistência Farmacêutica. **Considerações sobre a Assistência Farmacêutica no município de Porto Alegre**. Porto Alegre, 1997. 6 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. Política de Assistência Farmacêutica. **Plano Municipal de Assistência Farmacêutica**. Porto Alegre, 1999.16 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Relatório da Assistência Farmacêutica 1997/2000**. Porto Alegre, 2001a.10 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Relatório de prestação de contas da Assistência Farmacêutica do 3º trimestre/2001**. Porto Alegre, 2001b.16 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Relatório de prestação de contas da Assistência Farmacêutica do 2º trimestre/2002**. Porto Alegre, 2002a. 7 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Relatório de prestação de contas da Assistência Farmacêutica do 3º trimestre/2002**. Porto Alegre, 2002b. 13 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Relatório de prestação de contas da Assistência Farmacêutica do 4º trimestre/2002**. Porto Alegre, 2002c. 8 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Relatório de prestação de contas da Assistência Farmacêutica do 1º trimestre/2003**. Porto Alegre, 2003a. 5 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Relatório de prestação de contas da Assistência Farmacêutica do 2º trimestre/2003**. Porto Alegre, 2003b. 10 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Relatório de prestação de contas da Assistência Farmacêutica do 3º trimestre/2003**. Porto Alegre, 2003c. 6 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. **Relatório de prestação de contas da Assistência Farmacêutica do 4º trimestre/2003**. Porto Alegre, 2003d. 5 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar. **Relatório de prestação de contas da Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar do 1º trimestre/2004**. Porto Alegre, 2004.19p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Recursos Financeiros empregados em medicamentos**: ano 2001. Porto Alegre, 2001c.

Disponível em sistema TRMS/Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Acessado em 12.05.2005.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do 4º trimestre/2002 e anual de 2002**. Porto Alegre, 2002d. 134 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do 4º trimestre/2003 e anual de 2003**. Porto Alegre, 2003e. 112 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Sistema de Acompanhamento de Recursos de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica**: ano 2001. Porto Alegre, 2001d. 1 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Sistema de Acompanhamento de Recursos de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica**: ano 2002. Porto Alegre, 2002e.1 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Sistema de Acompanhamento de Recursos de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica**: ano 2003. Porto Alegre, 2003f. 1 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Pesquisa de Requisição de Materiais**: recursos financeiros reservados para medicamentos- ano 2002. Porto Alegre, 2002f. Disponível em: <<http://pmpa-intranet/psi/rem/remPesquisaSaida.asp>>. Acesso em 16/11/2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Pesquisa de Requisição de Materiais**: recursos financeiros reservados para medicamentos-ano 2003. Porto Alegre, 2003g. Disponível em: <<http://pmpa-intranet/psi/rem/remPesquisaSaida.asp>>. Acesso em 16/11/2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. **Relatório sobre a dispensação de medicamentos**. Porto Alegre, 1993. 4 p.

RAMMINGER, I.M.S. **Reflexões sobre as organizações de saúde**. Rio de Janeiro, 1995. 6 p. (mimeografado).

**RIECK, E. B.** Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: **indicadores de avaliação do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica**. Porto Alegre: 2002. 29 p.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe et al. **Análise estratégica em Saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 17-35.

RIVERA, Francisco Javier Uribe (Org). **Planejamento e Programação em Saúde:** um enfoque estratégico. 2.ed. São Paulo: Cortez,1992. 222 p.

SANTICH, Ilena;GALLI, Amanda. **La Asistencia farmacêutica em el Sistema Único de Salud de Ceará:** elementos para su transformación. Fortaleza: Escola de Saúde Pública e Departamento de Assistência Farmacêutica, SESA, Ceará. 1995. 192 p.

SANTOS, Ronald Ferreira. Análise dos serviços do SUS relacionados as ações de Assistência Farmacêutica em municípios catarinenses no ano de 2001.

**COFA:**Veículo de Comunicação do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina, Florianópolis, nº 1, p.14-17, mar./abr. 2005.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; COSTA, Sandra Maria Byrro. Avaliação e planejamento local: perspectivas gerenciais no âmbito dos distritos sanitários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, nº 53, p. 43-53, set./dez.1999.

SOARES, J.C.R.S. Política de Medicamentos no Brasil e Miséria Filosófica. **Saúde em Debate**, p.42-46, junho 1989.

SOBRAVIME. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. Acción Internacional para La Salud – América Latina y El Caribe. **O que é o uso racional dos medicamentos.** São Paulo: Sobravime, 2001.128 p.

SOUZA, R.R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão das responsabilidades entre as esferas de Governo. In: PIERANTONI, C. R. ; VIANNA, C.M. (Org.). **Gestão de Sistemas de Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2003. p.15-58.

TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Suzana R.L.; FERREIRA, J.G. **Planejamento em Saúde para gestores municipais em serviços de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo, 1998. 68 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comparative analysis of national drug policies.**Geneva: 1996.114 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for developing National Drugs Policies.** Geneva: 1988. 52 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for Monitoring National Drug Policies:** a practical manual. Geneva: 1999. 225 p.



## ***ANEXOS***

## ANEXO 1

QUADRO 4: Os componentes da Assistência Farmacêutica: suas atividades; objetivos específicos; estrutura organizacional; instalações/equipamentos e recursos humanos

<b>I - COMPONENTE: TÉCNICO-CIENTÍFICO</b>				
<b>Objetivo do componente:</b> Promover as bases técnicas ao desenvolvimento das ações de outros componentes e o uso racional dos medicamentos.				
<b>Elementos ou Atividades</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estrutura Organizacional</b>	<b>Instalações/ Equipamentos</b>	<b>Recursos Humanos</b>
1) Seleção de Medicamentos	Proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos. Promover o uso racional e o acesso aos medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, racionalizando os custos dos tratamentos.	Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) vinculada à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área administrativa dotada de computador, impressora, telefone e fax. Acesso a Internet e informações técnico-científicas e operacionais.	A CFT tem caráter multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos. É recomendável o estabelecimento de parcerias com as Universidades, Centro de Informação de Medicamentos, associações e sociedades de profissionais da área da saúde.
2) Protocolos Terapêuticos	Estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, bem como a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.	Comissão de Protocolos Terapêuticos (CPT) vinculada à Coordenação da ASSEPLA com participação da Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área administrativa dotada de computador, impressora, telefone e fax. Acesso a Internet e informações técnico-científicas e operacionais.	A CPT tem caráter multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos. É recomendável o estabelecimento de parcerias com as Universidades, Centro de Informação de Medicamentos, associações e sociedades de profissionais da área da saúde.
3) Formulário Terapêutico	Contribuir para o uso racional dos medicamentos, orientando e subsidiando prescritores e dispensadores.	Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) vinculada à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área administrativa dotada de computador, impressora, telefone e fax. Acesso a Internet e informações técnico-científicas e operacionais.	A elaboração do formulário terapêutico pode ser realizada pela CFT.

4) Farmacoepidemiologia	Apoiar o melhoramento contínuo da qualidade da farmacoterapia, a qualidade dos produtos e do uso racional, através da investigação, processamento de informações e intervenções sobre as reações adversas, uso e consumo de medicamentos.	Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área administrativa dotada de computador, impressora, telefone e fax. Acesso a Internet e informações técnico-científicas e operacionais.	Requer uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de diversas áreas da saúde, dependendo do tipo de estudo que se deseja realizar. É recomendável o estabelecimento de parcerias com as Universidades, Centro de Informação de Medicamentos, associações e sociedades de profissionais da área da saúde.
5) Farmacoeconomia	Apoiar a gestão econômico-financeira com uma visão estratégica, assegurando a seleção de tratamentos terapêuticos com critério de custo-efetividade.	Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área administrativa dotada de computador, impressora, telefone e fax. Acesso a Internet e informações técnico-científicas e operacionais.	Requer uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de diversas áreas da saúde, dependendo do tipo de estudo que se deseja realizar. É recomendável o estabelecimento de parcerias com as Universidades, Centro de Informação de Medicamentos, associações e sociedades de profissionais da área da saúde.
6) Farmacovigilância	Identificar os efeitos indesejáveis desconhecidos; Quantificar o risco desses efeitos associados ao uso de determinados fármacos; Identificar fatores de risco e mecanismos subjacentes aos efeitos indesejáveis; Informar e educar os profissionais sanitários; Informar e subsidiar as autoridades sanitárias na regulamentação dos medicamentos.	Vigilância em Saúde Municipal com participação da Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área administrativa dotada de computador, impressora, telefone e fax. Acesso a Internet e informações técnico-científicas e operacionais.	Para acolher e encaminhar reclamações é necessário uma equipe com farmacêutico e funcionário administrativo na vigilância em saúde municipal. Nos serviços de saúde os profissionais e os usuários de medicamentos podem notificar suspeita de reações adversas a medicamentos e a queixa técnica. É recomendável o estabelecimento de parcerias com as Universidades, Centro de Informação de Medicamentos, associações e sociedades de profissionais da área da saúde.

<b>II - COMPONENTE: OPERACIONAL</b>				
<b>Objetivo do componente:</b> Disponibilizar medicamentos de qualidade, na quantidade necessária, no momento oportuno, com o menor custo possível, aos usuários dos serviços de saúde em atendimento a uma prescrição.				
<b>Elementos ou Atividades</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estrutura Organizacional</b>	<b>Instalações/ Equipamentos</b>	<b>Recursos Humanos</b>
1) Programação	Garantir o acesso à terapêutica medicamentosa	Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área administrativa dotada de computador, impressora, telefone e fax. Acesso a Internet e informações técnico-científicas e operacionais.	Farmacêutico Funcionário Administrativo
2) Aquisição	Suprir os serviços de saúde com medicamentos em quantidades e qualidade com o menor custo possível, buscando garantir a regularidade do abastecimento.	Comissão de Compras de Medicamentos (CMC) vinculada à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área administrativa dotada de computador, impressora, telefone e fax. Acesso a Internet e informações técnico-científicas e operacionais.	Farmacêutico Funcionário Administrativo
3) Armazenamento	Manter a estabilidade, a segurança e o controle de estoque eficaz dos medicamentos, contra as perdas e danos resultantes de condições naturais e adversas, manuseio inadequado ou roubo.	Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) vinculada à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área física da CAF é composta por área administrativa e de armazenamento. Mobiliário e Equipamentos requeridos: Áreas administrativas: computador, impressora, fone e fax. Área de armazenamento: estantes, estrados, armário com chave para os medicamentos da Portaria nº 344/98, carrinhos de transporte interno, geladeira, termômetros, higrômetros, equipamentos para o controle da temperatura e extintores de incêndio.	Farmacêutico Funcionário Administrativo Operário
4) Distribuição	Enviar os medicamentos de acordo com a programação pré-estabelecida aos serviços de saúde.	CAF vinculada à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área física da CAF é composta por área administrativa e de armazenamento.  Requer veículo para a realização das entregas.	Farmacêutico Funcionário Administrativo Operário Motorista

5) Prescrição	É a indicação, por escrito, de medicamentos e condutas a serem adotadas pelo paciente.	Serviço Municipal de Saúde.	Consultório destinado ao atendimento, dotado de espaço para exame físico ou odontológico do paciente.	Médico Dentista
6) Dispensação	Fornecer ao paciente o medicamento certo, de boa qualidade, na dose prescrita, na quantidade adequada com orientações para uso e armazenamento adequados.	Farmácia (Nível Local)	Área física dentro do serviço de saúde para o armazenamento, dispensação dos medicamentos, atendimento individualizado de pacientes e procedimentos técnicos-administrativos. O local deve ser dotado de prateleiras, estrados, armário com chave para os medicamentos da Portaria nº 344/98, balcão de atendimento, carrinhos de transporte interno, geladeira, termômetros, higrômetros, equipamentos para o controle da temperatura, extintores de incêndio, computador e impressora.	Farmacêutico Auxiliar de Farmácia
7) Educação dos usuários do serviço farmacêutico	Contribuir para o uso racional dos medicamentos, difundindo as informações que promovam a otimização da terapêutica e a adesão ao tratamento.	Farmácia (Nível Local)	Área física dentro do serviço de saúde destinada à realização de trabalhos educativos com usuários.	Farmacêutico
8) Seguimento Farmacoterapêutico	Orientar o paciente sobre a terapêutica indicada, agindo de forma a colaborar com o prescritor.	Farmácia (Nível Local)	O Seguimento Farmacoterapêutico ocorre na Farmácia e requer uma sala onde o paciente seja atendido individualmente.	Farmacêutico

9) Capacitação dos profissionais envolvidos no serviço de Assistência Farmacêutica	Contribuir para o uso racional dos medicamentos, difundindo normas e rotinas, informações técnico-científicas e operacionais.	Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área física destinada à realização de capacitações.	Farmacêutico Funcionário Administrativo
--	---	---	---	--

### III - COMPONENTE: INFORMAÇÃO

**Objetivo do componente:** Captar, gerar, sistematizar e distribuir informações de natureza técnico-científicas e operacionais do sistema, fornecendo subsídios objetivos, verídicos e validados à tomada de decisões, gestão do sistema e execução das ações.

Elementos ou Atividades	Objetivos Específicos	Estrutura Organizacional	Instalações/ Equipamentos	Recursos Humanos
1) Informação Técnica-científica	Captar e sistematizar dados para assegurar a geração e distribuição de informações de natureza técnico-científica para subsidiar as decisões que envolvem os componentes técnico-científicos e o operacional.	Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área administrativa dotada de computador, impressora, telefone e fax. Acesso a Internet. Disponibilidade de referências bibliográficas.	Farmacêutico Funcionário Administrativo. É recomendável o estabelecimento de parcerias com as Universidades, Centro de Informação de Medicamentos, associações e sociedades de profissionais da área da saúde. Requer um trabalho integrado entre os níveis central, distrital e local dos serviços de Assistência Farmacêutica, incluindo também as demais Políticas de Saúde do município.
2) Informação Operacional	Captar e sistematizar dados para assegurar a geração e distribuição de informações de natureza operacional para subsidiar as decisões que envolvem os componentes técnico-científicos e o operacional.	Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.  (Nível Central)	Área administrativa dotada de computador, impressora, telefone e fax. Acesso a Internet.	Farmacêutico Funcionário Administrativo Requer um trabalho integrado entre os níveis central, distrital e local dos serviços de Assistência Farmacêutica, incluindo também as demais Políticas de Saúde do município.

<b>IV - COMPONENTE: QUALIDADE</b>				
<b>Objetivo do componente:</b> Garantir a satisfação do paciente e do profissional de saúde				
<b>Elementos ou Atividades</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estrutura Organizacional</b>	<b>Instalações/ Equipamentos</b>	<b>Recursos Humanos</b>
1) Qualidade do Produto	Assegurar a qualidade, segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos adquiridos, desde a recepção até a dispensação ao paciente.	Coordenado pela Política Municipal de Medicamentos e efetuado pelos níveis Central (CPT, CFT, CMC e CAF) Distrital e Local (Farmácia).	Citados anteriormente para os níveis Central, Distrital, Local.	Os recursos humanos envolvidos trabalham nos níveis Central (CPT, CFT, CMC e CAF) Distrital e Local (Farmácia).
2) Qualidade do Serviço	Assegurar a satisfação das necessidades dos usuários internos e externos do serviço de Assistência Farmacêutica.	Coordenação da Política Municipal de Medicamentos (Nível Central)  Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica (Nível Distrital)  Farmácia (Nível Local)	Área física adequada para o desenvolvimento de todas as atividades de Assistência Farmacêutica.	Os recursos humanos envolvidos trabalham nos níveis Central, Distrital e Local .

Fonte: Elaborado pela autora

## ANEXO 2

QUADRO 5: Aspectos a considerar no cumprimento das atividades do Sistema de Assistência Farmacêutica Básica

<b>I - COMPONENTE: TÉCNICO-CIENTÍFICO</b>	
<b>Elementos</b>	<b>Aspectos a Considerar</b>
1) Seleção de Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perfil demográfico e epidemiológico (morbi-mortalidade) da população;</li> <li>▪ Oferta de serviços de saúde;</li> <li>▪ Estudos de utilização de medicamentos e padrão de prescrição;</li> <li>▪ Disponibilidade do medicamento no mercado;</li> <li>▪ A necessidade de padronizar condutas, metodologias e critérios de seleção;</li> <li>▪ Relação Nacional e Estadual de Medicamentos Essenciais;</li> <li>▪ A necessidade de dispor de acesso a Internet e referências bibliográficas atualizadas;</li> <li>▪ O caráter dinâmico e flexível da seleção de medicamentos realizada;</li> <li>▪ Maior estabilidade e propriedade farmacocinética mais favorável dos medicamentos;</li> <li>▪ Eficácia e a relação benefício/risco dos medicamentos;</li> <li>▪ Relação benefício/custo dos medicamentos;</li> <li>▪ Apresentação de melhor comodidade de uso para o paciente;</li> <li>▪ Facilidade de armazenamento;</li> <li>▪ Protocolos terapêuticos existentes;</li> <li>▪ Utilização da Denominação Comum Brasileira – DCB ou a Denominação Comum Internacional - DCI;</li> <li>▪ Constituição e legitimação da CFT por Portaria ou medida equivalente;</li> <li>▪ Apoio político, técnico e econômico dos gestores, gerentes, profissionais da instituição, principalmente dos prescritores e Conselho de Saúde;</li> <li>▪ A necessidade de realizar um trabalho integrado com as Políticas de Saúde do município e com a Comissão de Protocolos Terapêuticos;</li> <li>▪ Homologação da Relação de Medicamentos Essenciais por Portaria;</li> <li>▪ Divulgação aos prescritores e dispensadores da Relação de Medicamentos Essenciais;</li> <li>▪ A regularidade e continuidade do suprimento dos medicamentos selecionados para a garantia da credibilidade do processo de seleção;</li> <li>▪ A avaliação e monitoramento do processo implantado.</li> </ul>
2) Protocolos Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perfil demográfico e epidemiológico (morbi-mortalidade) da população;</li> <li>▪ Oferta de serviços de saúde;</li> <li>▪ Oferta de serviços de apoio diagnóstico;</li> <li>▪ Estudos de utilização de medicamentos e padrão de prescrição;</li> <li>▪ Relação Nacional e Estadual de Medicamentos Essenciais;</li> <li>▪ A necessidade de dispor de acesso a Internet e referências bibliográficas atualizadas;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilização da Denominação Comum Brasileira – DCB ou a Denominação Comum Internacional - DCI;</li> <li>▪ Constituição e legitimação da CPT por Portaria ou medida equivalente;</li> <li>▪ Apoio político, técnico e econômico dos gestores, gerentes, profissionais da instituição, e Conselho de Saúde;</li> <li>▪ A necessidade de realizar um trabalho integrado com as Políticas de Saúde do município e com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;</li> <li>▪ Homologação dos Protocolos Terapêuticos por Portaria;</li> <li>▪ Divulgação dos Protocolos Terapêuticos aos profissionais de saúde;</li> <li>▪ Estrutura, formato, tamanho e diagramação do Protocolo de maneira que facilite o manuseio, contemplando as necessidades e realidades específicas de cada serviço de saúde;</li> <li>▪ Atualização periódica do conteúdo com respaldo científico;</li> <li>▪ Avaliação e monitoramento do processo de implantação.</li> </ul>
3) Formulário Terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estrutura, formato, tamanho e diagramação do Formulário Terapêutico de maneira que facilite o manuseio, contemplando as necessidades e realidades específicas de cada serviço de saúde;</li> <li>▪ Atualização periódica do conteúdo com respaldo científico;</li> <li>▪ A necessidade de dispor de acesso a Internet e referências bibliográficas atualizadas;</li> <li>▪ Protocolos terapêuticos existentes;</li> <li>▪ Utilização da Denominação Comum Brasileira – DCB ou a Denominação Comum Internacional - DCI;</li> <li>▪ Apoio político, técnico e econômico dos gestores, gerentes, profissionais da instituição, principalmente dos prescritores e Conselho de Saúde;</li> <li>▪ Requer um trabalho integrado com as Políticas de Saúde do município, bem como com a Comissão de Protocolos Terapêuticos e Farmácia e Terapêutica;</li> <li>▪ Homologação do Formulário Terapêutico por Portaria;</li> <li>▪ Divulgação aos prescritores e dispensadores do Formulário Terapêutico.</li> </ul>
4) Farmacoepidemiologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificação de um problema relevante na área de utilização de medicamentos nos serviços de saúde municipal;</li> <li>▪ Planejamento de uma investigação para dimensionar o problema;</li> <li>▪ Discussão dos dados obtidos, a partir da investigação com os profissionais de saúde ou a comunidade;</li> <li>▪ Fomentar a elaboração de propostas para enfrentar o problema.</li> </ul>
5) Farmacoeconomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A formulação da questão e a definição dos objetivos do estudo;</li> <li>▪ A seleção e a descrição das alternativas a avaliar;</li> <li>▪ A identificação, mensuração, valoração dos custos e resultados;</li> <li>▪ A estruturação do modelo ou o desenvolvimento do ensaio;</li> <li>▪ A sistematização dos dados e a apresentação dos resultados;</li> <li>▪ Análise de sensibilidade;</li> <li>▪ Conclusões;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ É um campo novo em desenvolvimento no Brasil e não se espera que sejam realizados os vários tipos de análises farmacoeconômicas na rotina diária dos serviços de saúde, como instrumento de apoio à decisão, porém se reconhece a importância dessas análises, principalmente, na seleção de medicamentos e na elaboração de protocolos terapêuticos.</li> </ul>
6) Farmacovigilância	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Divulgar a importância de notificar reações adversas a medicamentos e a queixa técnica.</li> </ul>

<b>II - COMPONENTE: OPERACIONAL</b>	
<b>Elementos</b>	<b>Aspectos a Considerar</b>
1) Programação	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perfil demográfico e epidemiológico (morbi-mortalidade) da população;</li> <li>▪ Relação de medicamentos por nome genérico, forma farmacêutica e apresentação;</li> <li>▪ Consumo histórico de cada medicamento;</li> <li>▪ Demanda real (atendida e não atendida) de medicamentos;</li> <li>▪ Oferta e demanda por serviço de saúde;</li> <li>▪ Estoque existente;</li> <li>▪ Cobertura assistencial por nível de atenção;</li> <li>▪ Infra-estrutura do setor de armazenamento (espaço físico, equipamentos e recursos humanos);</li> <li>▪ Protocolos terapêuticos existentes;</li> <li>▪ Requer um trabalho integrado com as demais Políticas de Saúde do município;</li> <li>▪ Custo unitário aproximado de cada tratamento;</li> <li>▪ Disponibilidade orçamentária e financeira;</li> <li>▪ Cronograma de aquisição e recebimento;</li> <li>▪ Modalidade de aquisição;</li> <li>▪ Definição de Procedimento Operacional Padrão (POP).</li> </ul>
2) Aquisição	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relação de medicamentos e suas especificações;</li> <li>▪ Programação;</li> <li>▪ Qualificação, seleção e cadastro de fornecedores;</li> <li>▪ Legislação sanitária (Portarias nºs 1.818/98 e 2.814/98);</li> <li>▪ Lei nº 8666/93;</li> <li>▪ Exigências técnicas e administrativas do edital de compras;</li> <li>▪ Prazos legais;</li> <li>▪ Modalidades de licitação;</li> <li>▪ Definição de Procedimento Operacional Padrão (POP);</li> <li>▪ Estoque de medicamentos na CAF;</li> <li>▪ Disponibilidade orçamentária e financeira;</li> <li>▪ Cronograma de aquisição e recebimento.</li> </ul>

3) Armazenamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aspectos técnicos, administrativos e legais nos procedimentos de recebimento, armazenamento, segurança, conservação, controle de estoque e distribuição de medicamentos;</li> <li>▪ Quanto ao local de armazenamento: localização, dimensionamento, acesso, condições ambientais e de comunicação com as unidades usuárias e fornecedores;</li> <li>▪ As necessidades dos serviços de saúde;</li> <li>▪ As características dos produtos a serem estocados (quantidade, volume, rotatividade e condições de armazenamento);</li> <li>▪ Situação dos medicamentos em estoque (aprovado, rejeitado, quarentena);</li> <li>▪ Programação;</li> <li>▪ Aquisição;</li> <li>▪ Definição de Procedimento Operacional Padrão (POP).</li> </ul>
4) Distribuição	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definição de critério de distribuição dos medicamentos;</li> <li>▪ Número de serviços de saúde existentes;</li> <li>▪ Periodicidade da entrega nos serviços de saúde;</li> <li>▪ Programação, aquisição e entrega dos medicamentos na equipe da CAF;</li> <li>▪ Capacidade de armazenamento do serviço de saúde e da CAF;</li> <li>▪ Disponibilidade de transporte;</li> <li>▪ Recursos humanos disponíveis;</li> <li>▪ Validade dos medicamentos;</li> <li>▪ Condições de transporte para manter as características do medicamento;</li> <li>▪ Boas Práticas de distribuição (no que couber Portaria nº 802/98);</li> <li>▪ Definição de Procedimento Operacional Padrão (POP).</li> </ul>
5) Prescrição	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envolve questões de cunho legal, técnico e clínico;</li> <li>▪ A prescrição deve ser escrita à tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observando a nomenclatura, o sistema de pesos e medidas oficiais (Lei nº 5.991/73);</li> <li>▪ Conter o nome, o endereço residencial do paciente e, expressamente o modo de usar do medicamento (Lei nº 5.991/73);</li> <li>▪ Conter a data, a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência e o número da inscrição do respectivo conselho profissional (Lei nº 5.991/73);</li> <li>▪ Nomenclatura utilizada para o medicamento na prescrição (Lei nº 9.787/99);</li> <li>▪ A quantidade prescrita do medicamento (Portaria nº 344/98);</li> <li>▪ Adequação da prescrição ao paciente;</li> <li>▪ O paciente deve ser ouvido em suas dúvidas;</li> <li>▪ A informação pode ser reforçada se fornecida por escrito;</li> <li>▪ Informar: qual o nome da especialidade farmacêutica prescrita, por que o paciente irá usá-la, como deve tomar, via de administração, dose, horários de administração, quantidade de medicamentos, duração do tratamento, como preparar, como administrar, reações adversas, interações, precauções,</li> </ul>

	<p>automonitoramento, outras informações;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demanda acesso a informações técnico-científicas atualizadas e confiáveis;</li> <li>▪ Necessita de um local apropriado para a consulta;</li> <li>▪ Exige profissional capacitado, seguro e motivado para a função;</li> <li>▪ Demanda que o profissional atue de forma ética e tecnicamente fundamentado;</li> </ul>
6) Dispensação	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interpretação da prescrição baseada na identificação do nome do medicamento, forma farmacêutica, concentração, posologia e duração do tratamento;</li> <li>▪ Prazo de validade do medicamento;</li> <li>▪ Nomenclatura utilizada para o medicamento na prescrição;</li> <li>▪ Adequação da prescrição ao paciente;</li> <li>▪ Procedimentos e normas para a manutenção da precisão do perfil farmacoterapêutico do paciente;</li> <li>▪ Normas e procedimentos de distribuição;</li> <li>▪ Disponibilidade de informações técnico-científicas e operacionais para orientação do paciente e gerenciamento do trabalho da farmácia;</li> <li>▪ Identificar quais as orientações necessárias na promoção do uso racional dos medicamentos prescritos;</li> <li>▪ Procedimentos técnicos, administrativos e legais de registro da dispensação do medicamento;</li> <li>▪ Observar no que couber as boas práticas de dispensação (Resolução nº 328/99);</li> <li>▪ Definição de procedimento Operacional Padrão (POP).</li> </ul>
7) Educação dos usuários do serviço farmacêutico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quando se referir a uma prescrição:</li> <li>▪ É uma responsabilidade compartilhada entre o prescritor e o dispensador, devendo haver uma preocupação com a informação fornecida para que não cause dúvidas ao paciente;</li> <li>▪ Aumenta a adesão ao tratamento;</li> <li>▪ O paciente deve ser ouvido em suas dúvidas;</li> <li>▪ A informação pode ser reforçada se fornecida por escrito;</li> <li>▪ Informar: qual o nome da especialidade farmacêutica prescrita, por que o paciente irá usá-la, como deve tomar, via de administração, dose, horários de administração, quantidade de medicamentos, duração do tratamento, como preparar, como administrar, reações adversas, interações, precauções, automonitoramento, outras informações.</li> <li>▪ Quando se referir a grupo de indivíduos informar:</li> <li>▪ Regras de armazenamento de medicamentos; automedicação; riscos do uso de medicamentos em crianças, idosos, na gravidez, lactação; medicamentos X bebidas alcoólicas; reutilização de receita; aspectos da embalagem, entre outros assuntos.</li> <li>▪ Requer recursos didáticos que auxiliem o entendimento do usuário.</li> <li>▪ Exige profissional capacitado, seguro e motivado para a função;</li> <li>▪ Demanda que o profissional atue de forma ética e tecnicamente fundamentado.</li> </ul>
8) Seguimento Farmacoterapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exige apoio político, técnico e econômico dos gestores, gerentes, profissionais da instituição, principalmente dos prescritores e Conselho de Saúde;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demanda acesso a informações técnico-científicas atualizadas e confiáveis;</li> <li>▪ Local apropriado para a consulta farmacêutica;</li> <li>▪ Exige profissional capacitado, seguro e motivado para a função;</li> <li>▪ Demanda que o profissional atue de forma ética e tecnicamente fundamentado;</li> <li>▪ Requer a definição de Procedimentos Operacionais Padrão, inclusive de formulários para registrar histórico dos pacientes e encaminhamentos realizados.</li> </ul>
9) Capacitação de profissionais envolvidos no serviço de Assistência Farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requer apoio do gestor para garantir a estrutura necessária ao desenvolvimento das capacitações;</li> <li>▪ Exige recursos financeiros para a elaboração de material didático, contratação de instrutores e aluguel de sala de aula;</li> <li>▪ Requer um trabalho integrado com as Políticas de Saúde do município;</li> <li>▪ Exige um trabalho integrado e cooperativo com o elemento informação operacional;</li> <li>▪ Demanda acesso a informações técnico-científicas atualizadas e confiáveis;</li> <li>▪ Exige profissional capacitado para avaliar e planejar cursos;</li> <li>▪ Necessita que os profissionais envolvidos nas ações de Assistência Farmacêutica tenham seu papel definido, existam em número suficiente e estejam motivados e interessados na qualidade do serviço prestado;</li> <li>▪ Definição de Procedimentos Operacionais Padrão de todos os elementos da Assistência Farmacêutica;</li> <li>▪ Supervisão realizada por profissional que ocupe posição hierárquica investida de poder para tal;</li> <li>▪ Mobiliário e equipamentos adequados às atividades a serem realizadas.</li> </ul>
<b>III - COMPONENTE: INFORMAÇÃO</b>	
<b>Elementos</b>	<b>Aspectos a Considerar</b>
1) Informação Técnica-científica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requer apoio do gestor para garantir a estrutura necessária ao desenvolvimento das atividades do elemento informação técnico-científicas;</li> <li>▪ Requer um trabalho integrado com as Políticas de Saúde do município;</li> <li>▪ Necessita de um trabalho integrado e cooperativo com o elemento informação operacional;</li> <li>▪ Demanda acesso a informações técnico-científicas atualizadas e confiáveis;</li> <li>▪ Exige profissional capacitado para selecionar, avaliar, sistematizar e divulgar as informações aos profissionais da área da saúde;</li> <li>▪ A necessidade de estabelecer parcerias, como por exemplo, um protocolo de cooperação com Universidades, Centro de Informações de Medicamentos, a fim de compartilhar recursos de informação e troca de experiência;</li> <li>▪ Facilita e agiliza a tomada de decisão em todas as ações desenvolvidas pelo Serviço de Assistência Farmacêutica, contribuindo para a implantação da Política de Medicamentos;</li> <li>▪ As informações técnico-científicas devem dizer respeito às questões específicas do cotidiano de trabalho da instituição;</li> <li>▪ A disponibilidade de informações técnico-científicas objetivas, atualizadas, confiáveis, processadas e sistematizadas contribuem para:</li> <li>▪ A diminuição dos custos dos serviços de saúde atribuídos aos tratamentos terapêuticos;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A integração da equipe de saúde;</li> <li>▪ Elevação do padrão de conhecimento sobre os medicamentos dos profissionais e dos pacientes;</li> <li>▪ Elevação do padrão de qualidade do atendimento dos serviços de saúde;</li> <li>▪ Facilitar o planejamento e a definição de estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados com o uso racional dos medicamentos.</li> </ul>
--	--

## 2) Informação Operacional

- Requer apoio do gestor para garantir a estrutura necessária ao desenvolvimento das atividades do elemento informação operacional;
- Requer um trabalho integrado com as Políticas de Saúde do município;
- Necessita de um trabalho integrado e cooperativo com o elemento informação técnico-científica;
- Exige um profissional capacitado para selecionar, avaliar e encaminhar as informações operacionais aos gestores e gerentes da Assistência Farmacêutica;
- Facilita e agiliza a tomada de decisão em todas as ações desenvolvidas pelo Serviço de Assistência Farmacêutica, contribuindo para a implantação da Política de Medicamentos;
- A disponibilidade de informações operacionais processadas e sistematizadas contribui para:
- A diminuição dos custos dos serviços de saúde atribuídos aos tratamentos terapêuticos;
- A integração da equipe de saúde;
- A elevação do padrão de qualidade do atendimento dos serviços de saúde;
- Facilitar o planejamento e a definição de estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados com medicamentos;
- A obtenção dos dados operacionais é realizada a partir da emissão de relatórios da coordenação da Política de Medicamentos, do nível distrital e local, da Comissão de Farmácia e Terapêutica, da Comissão de Compras, entre outros, das diversas ações efetuadas pelos elementos do componente operacional;
- A obtenção dos dados operacionais é facilitada pela implantação de indicadores de avaliação de estrutura, processo e resultado da Assistência Farmacêutica;
- A possibilidade de informatizar a coleta de determinados dados operacionais.

<b>IV - COMPONENTE: QUALIDADE</b>	
<b>Elementos</b>	<b>Aspectos a Considerar</b>
1) Qualidade do Produto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A qualidade do produto deve ser assegurada desde a sua aquisição até a sua utilização pelo paciente, portanto abrange o trabalho desenvolvido pela (CPT, CFT, CMC e CAF) Distrital e Local (Farmácia), sendo necessária a definição, pela Coordenação da Política Municipal de Medicamentos, de um Sistema de Garantia da Qualidade dos medicamentos envolvendo:</li> <li>▪ Definição de Procedimentos Operacionais Padrão de aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação;</li> <li>▪ Qualificação de fornecedores;</li> <li>▪ Edital de compras e contratos de fornecimento contemplando os quesitos relacionados com a qualidade do fornecedor e do produto através de exigências técnicas, legais e administrativas;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parecer técnico, emitido por farmacêutico, referente as propostas de fornecimento de medicamentos ;</li> <li>▪ Testes de controle de qualidade dos medicamentos adquiridos realizados periodicamente em laboratórios externos ao fabricante;</li> <li>▪ Inspeção no ato do recebimento do medicamento exigindo um laudo de controle de qualidade do fabricante de cada lote entregue;</li> <li>▪ Inspeção no recebimento das características do produto (aspecto físico, embalagens, rótulos, bula, lote, data de fabricação e validade);</li> <li>▪ Condições de transporte dos medicamentos adequados;</li> <li>▪ Condições de armazenamento adequado em todas áreas de armazenagem, inclusive na farmácia;</li> <li>▪ Pessoal capacitado para efetuar os procedimentos operacionais padrão;</li> <li>▪ Disponibilidade de informações técnico-científicas;</li> <li>▪ Implantação de indicadores de avaliação de estrutura, processo e resultado da assistência farmacêutica;</li> <li>▪ A farmacovigilância;</li> <li>▪ Um trabalho integrado com a vigilância sanitária;</li> <li>▪ Um sistema de garantia da qualidade do serviço de assistência farmacêutica prestado;</li> <li>▪ Os dados que dizem respeito à qualidade do produto devem ser sistematizados pela equipe que trabalha com as informações técnico-científicas e operacionais.</li> </ul>
2) Qualidade do Serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A qualidade do serviço de Assistência Farmacêutica deve ser assegurada em todos os elementos da Assistência Farmacêutica, sendo necessário a definição, pela Coordenação da Política Municipal de Medicamentos, de um Sistema de Garantia da Qualidade da prestação do Serviço envolvendo:</li> <li>▪ Definição de Procedimentos Operacionais Padrão de todos os elementos da Assistência Farmacêutica;</li> <li>▪ Profissionais capacitados, em número suficiente, com papel definido e motivados para execução das atividades de Assistência Farmacêutica;</li> <li>▪ Supervisão realizada por profissional que ocupe posição hierárquica investida de poder;</li> <li>▪ Áreas físicas adequadas para o armazenamento em todas áreas de armazenagem, inclusive na farmácia;</li> <li>▪ Área física da farmácia adequada para realização da dispensação, atendimento individualizado de pacientes e para os procedimentos administrativos;</li> <li>▪ Mobiliário e equipamentos adequados as atividades a serem realizadas;</li> <li>▪ Disponibilidade de informações técnico-científicas e operacionais para o planejamento e bom gerenciamento do serviço;</li> <li>▪ Recursos financeiros que garantam o acesso aos medicamentos;</li> <li>▪ Medicamentos seguros, eficazes e de qualidade;</li> <li>▪ Implantação de indicadores de avaliação de estrutura, processo e resultado da Assistência Farmacêutica;</li> <li>▪ A farmacovigilância;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Um trabalho integrado com a vigilância sanitária e Políticas de Saúde;</li><li>▪ Um sistema de garantia da qualidade do produto;</li><li>▪ Os dados que dizem respeito à qualidade do serviço devem ser sistematizados pela equipe que trabalha com as informações técnico-científicas e operacionais.</li></ul>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora.