

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Tatiana de Jesus Nascimento Ferreira

## **Gestão da Assistência Farmacêutica em Municípios da Região Sudeste do Brasil**

Rio de Janeiro

2017

Tatiana de Jesus Nascimento Ferreira

## **Gestão da Assistência Farmacêutica em Municípios da Região Sudeste do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro

Segunda Orientadora: Rachel Magarinos Torres

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

F383g Ferreira, Tatiana de Jesus Nascimento  
Gestão da assistência farmacêutica em municípios da região  
sudeste do Brasil. / Tatiana de Jesus Nascimento Ferreira. --  
2017.  
198 f. : tab. ; graf.  
  
Orientadoras: Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro e  
Rachel Magarinos Torres.  
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.  
  
1. Assistência Farmacêutica - organização & administração.  
2. Política Nacional de Medicamentos. 3. Decisões Judiciais.  
4. Uso de Medicamentos - legislação & jurisprudência.  
5. Cidades. I. Título.

CDD – 22.ed. – 615.1

Tatiana de Jesus Nascimento Ferreira

**Gestão da Assistência Farmacêutica em Municípios da Região Sudeste do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 07 de março de 2017.

Banca Examinadora

Pr.<sup>a</sup> Dra. Cláudia Du Bocage Santos Pinto  
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/UFMS

Pr.<sup>a</sup> Dra. Vera Lúcia Edais Pepe  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Pr.<sup>a</sup> Dra. Rachel Magarinos Torres  
Universidade Federal Fluminense - Faculdade de Farmácia/UFF

Pr.<sup>a</sup> Dra. Cláudia Garcia Serpa Osorio de Castro  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

## AGRADECIMENTOS

Ao término desse trabalho, faço uma breve retrospectiva de todo o processo de imersão no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Minha mente me leva há quinze anos atrás, quando entrei para o quadro de estatutários da Prefeitura do Rio de Janeiro, na Secretaria de Saúde. Há época, nem farmacêutica eu era, mas já cultivava o desejo da formação.

Na Secretaria Municipal de Saúde, fui lotada no setor de Informações da Gerência de Hipertensão e Diabetes onde conheci os campos de atuação da “*Saúde Pública*”. Doze meses depois ingressei na Faculdade de Farmácia e, posteriormente, na Residência de Farmácia Hospitalar. No ano seguinte no campo da Estratégia de Saúde da Família com atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em seguida, na coordenação do Centro de Estudos da Área Programática 3.1 e atuação no Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e, finalmente, o mestrado!

Por que essa trajetória é importante destacar nesse momento? Porque durante todo esse percurso convivi, fui influenciada, encorajada e orientada por diferentes pessoas que me ajudaram a chegar até aqui.

Deus traçou esse caminho para mim. Ainda me sinto no percurso de uma longa caminhada, e o agradeço em primazia por Ele ter feito assim. Não foi do jeitinho que eu imaginei, mas foi melhor do que eu esperava. O tempo Dele é perfeito e agradável, nos ensina em meio das dificuldades. E nos leva a ser mais experientes e justos com os outros.

Neste caminho, Deus me presenteou com duas pérolas: minhas orientadoras Dra. Professora Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro e Dra. Professora Rachel Magarinos Torres. Não fui orientada somente por professoras, nossa relação se intensificou de tal forma que me sinto mais do que aluna.

Prezada Claudia, sua dedicação e generosidade em compartilhar seus conhecimentos ultrapassa a relação de aluno e mestre, é uma relação de mãe e filho. Muito obrigada por me mostrar o caminho da boa leitura, escrita e despertar os meus sentidos para a investigação científica. Sinceramente te admiro muito, tens a perseverança que busco ter!

Querida Rachel, mesmo à distância, aceitou o desafio da co-orientação. Sinto muito orgulho de você (você sabe disso!). Você, Paulo e Dan são especiais para minha família!

Às Doutoradas Professoras Vera Pepe e Claudia Du Bocage que contribuíram desde o processo de Qualificação, quando eu estava ainda incipiente nas questões de pesquisa. Ambas

apontaram caminhos para o desfecho desejado. Muito obrigada pela dedicação no tempo de leitura e pelas precisas observações no trabalho.

Às convincentes aspirações das “*meninas super poderosas*” (nosso codinome durante o mestrado): Adriana Iglesias, Claudia Correa, Fabiana Gama, Jorgiane Vilar, Helena Reis, Juliana Loureiro, Luciana Medeiros, Mariana Inácio e Nadia Revelo. Todas me fortaleceram e motivaram. Juntas formamos uma grande família.

Destaco as firmes e éticas influências dos amigos da SMS Rio: Rosemere Peçanha, Maurício Magalhães, Salésia Felipe, Sônia Ruth, Waleska Floresta, Leandro Ferreira e Alexandre Coimbra, que ouviram meus lamentos, fortaleceram com palavras e gestos de carinho antes desse fruto nascer.

E por fim, à minha família. Meu amado esposo Ricardo é a pessoa que mais me incentiva na vida. Seu humor irreverente me alegra todos os dias, desde o amanhecer.

Meu admirado pai (*in memoriam*). Sinto muito por ele não poder ver as minhas conquistas. Nunca vou esquece-lo!

Minha firme e prestativa mãe, minhas irmãs companheiras e sobrinhos divertidos e carinhosos. Todos os dias agradeço à Deus por ter me colocado nesse núcleo familiar. Amo muito todos vocês!

*Todas as famílias felizes são parecidas; as infelizes são infelizes cada uma a sua maneira. (TOLSTOJ; ZINOVIEFF; HUGHES, 2008).*

## RESUMO

O estudo apresenta o perfil da Gestão da Assistência Farmacêutica (AF) em 16 Municípios da Região Sudeste do Brasil, em desenho transversal e descritivo, e mediante estudo de casos. O conjunto de municípios foi composto por cidades de grande e médio porte com características específicas e dissemelhantes, em relação a indicadores sociodemográficos e de saúde, mas todos com alto grau de dependência das transferências federais. Dezesseis gestores da AF Municipal foram entrevistados por meio de questionário semiestruturado com abordagem quantitativa quanto a Insumos, Atividades e Organização da AF na rotina da gestão e para atendimento às solicitações de medicamentos por demandas judiciais e processos administrativos. A análise foi composta por matriz com 31 indicadores, adaptados da literatura, e elenco de critérios subjetivos de julgamento ao cumprimento desses indicadores. Compuseram ainda a análise dados de bancos secundários como SIOPS, SAGESUS, SARGSUS, Portal da Transparência dos respectivos Estados, IBGE e DATASUS. A Gestão da Assistência Farmacêutica foi classificada de acordo com a seguinte graduação: Satisfatória, Regular, Deficiente, Inadequada. Somente 25% dos municípios possuíam comissão de farmácia e terapêutica (CFT), 31% dos municípios elaboravam suas próprias listas de medicamentos essenciais, 68% dos gestores adotavam apenas um (1) critério para a programação de medicamentos. Foram relatadas compras emergenciais em 62% dos municípios, e 93% não souberam informar quais critérios foram utilizados para a aquisição de medicamentos. Em 56% dos municípios a gestão da AF era a responsável pelo cumprimento às demandas judiciais, mas em 62% os gestores não souberam informar os valores mobilizados para esse atendimento e em 43% não souberam informar a modalidade de aquisição. Um aspecto positivo foi presença do gestor farmacêutico em todos os municípios, embora em nenhum fosse verificada a presença de farmacêuticos em todas as unidades de saúde na dispensação de medicamentos. Cerca de 25% dos municípios não conseguiram pontuar nos quesitos para as atividades essenciais da AF. A mesma porcentagem foi observada quanto ao conhecimento dos gestores sobre repasses financeiros referentes ao Bloco de financiamento da AF Básica. Nenhum município alcançou pontuação para classificação Gestão Satisfatória; 56% dos municípios apresentaram Gestão *Inadequada*, 31% *Deficiente* e 12% *Regular*. Infere-se um perfil de gestão desarticulada com a gestão municipal, com falhas e deficiências nos processos de trabalho, que desfavorecem a garantia aos serviços farmacêuticos com qualidade, comprometem a situação de saúde dos usuários e propiciam a instalação crescente de solicitação de medicamentos por via judicial e administrativa.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Gestão, Políticas de Medicamentos, Judicialização da Saúde, Municípios

## ABSTRACT

The study presents the Pharmaceutical Services Management profile in 16 municipalities in Southeastern Brazil by means of a cross sectional and descriptive design, followed by a case study for in-depth analysis. Medium and large-sized municipalities with distinct characteristics in relation to sociodemographic and health indicators were included. All presented deep dependence on federal funds. Sixteen Pharmaceutical Services managers were interviewed. A semi-structured questionnaire with a quantitative approach encompassed Resources, Activities and Organization of Pharmaceutical Services in routine management as well as procedures for meeting requirements of judicial demands and of administrative processes for access to medicines. An analytical framework composed by 31 indicators was adapted from the literature. Analysis was based on a series of subjective judgement criteria and also included public secondary data from *SIOPS*, *SAGESUS*, *SARGSUS*, transparency portals of the respective states, *IBGE* and *DATASUS*. Management was graded according to four categories: Satisfactory, Regular, Deficient, Inadequate. Only 25% of municipalities presented a Pharmacy and Therapeutics Committee, 31% formulated their own essential medicines lists and 68% of managers adopted a single criterion for medicines forecasting. Emergency procurement happened in 62% of municipalities and in 93% managers did not know which criteria were used for procurement. Pharmaceutical Services management was responsible for meeting judicial demands for medicines in 56% of municipalities, but in 62% managers were unable to inform related costs and in 43% managers did not know how these medicines were procured. All municipalities presented a pharmacist as manager, but none presented a pharmacist in all the dispensing outlets. 25% of municipalities were unable to attain marks for core Pharmaceutical Services and the same proportion was observed for managers' knowledge on federal funding for the Primary Health Care medicines component. No municipality attained markings for Satisfactory management. 56% presented Inadequate management, 31% Deficient, and 12% were classified as Regular. Management of Pharmaceutical Services is mostly disconnected from health management in municipalities, with caveats in work processes, which hamper quality pharmaceutical services, compromise health of users and favor spread of judicial and administrative demands for medicines.

Key Words: Pharmaceutical Services, Management, Medicines Policy, Health Litigation, Municipalities

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Ciclo da Assistência Farmacêutica proposto por Marin e colaboradores .....	30
Figura 2 - Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS.....	34
Gráfico 1 - População dos municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil e percentual de cobertura de Equipe de Saúde da Família, 2013 .....	72
Gráfico 2 - Classificação da Gestão da AF os municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil, 2013 .....	92

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diretrizes e Prioridades da Política Nacional de Medicamentos, 1998. ....	30
Quadro 2 - Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Insumos - eixo de análise Recursos Humanos.....	47
Quadro 3 - Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Insumos – eixo de análise Adequações às Normas .....	50
Quadro 4 - Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Insumos - eixo de análise Recursos Físicos e Operacionais. ....	52
Quadro 5 - Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Insumos - eixo de análise Recursos Financeiros .....	53
Quadro 6 - Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Atividades - eixo de análise Coordenação.....	55
Quadro 7- Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Atividades - eixo de análise Atividades da Assistência Farmacêutica.....	56
Quadro 8 - Escore para pontuação segundo critérios de análise .....	59
Quadro 9 - Quadro Comparativo de Indicadores para Gestão da AF.....	60
Quadro 10 - Quadro Compartivo de Indicadores de Gestão de Demandas Judiciais e Processos Administrativos de Medicamentos para AF.....	62
Quadro 11 - Panorama da Gestão da AF na Região Sudeste do Brasil, 2013. ....	94
Quadro 12 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF de M1 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	96
Quadro 13 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF de M2 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	99
Quadro 14 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF de M3 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	104
Quadro 15 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M4 segundo indicadores propostos por neste estudo, 2017 .....	108
Quadro 16 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M5 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	112
Quadro 17 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M6 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	116
Quadro 18 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M7 mediante resultados aos indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	119

Quadro 19 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M8 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	123
Quadro 20 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M9 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	127
Quadro 21 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M10 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	131
Quadro 22 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M11 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	135
Quadro 23 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M12 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	139
Quadro 24 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M13 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	143
Quadro 25 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M14 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	147
Quadro 26 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M15 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	151
Quadro 27 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M16 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017 .....	155
Quadro 28 - Súmula dos principais resultados dos Casos .....	160

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características gerais dos municípios selecionados, 2013 .....	71
Tabela 2 - Pontuação para efetividade da Gestão da AF nos municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil, Componente Insumos, 2013 .....	74
Tabela 3 - Pontuação para efetividade da Gestão da AF em municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil, Componente Atividades, 2013 .....	75
Tabela 4 - Pontuação para efetividade da Gestão de Demandas Judiciais e Processos Administrativos por solicitação de Medicamentos em municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil, 2013. ....	91

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPS	Ações e Serviços Públicos em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVR	Antirretrovirais
BPA	Boas Práticas de Armazenamento
BPD	Boas Práticas de Dispensação
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMARE	Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IND	Indicador
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAT jus	Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde
NOB/SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão

Pt	Pontos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
RSS	Resíduos Sólidos de Saúde
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SS	Seguridade Social
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
URM	Uso Racional de Medicamentos

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	17
2	JUSTIFICATIVA .....	21
3	OBJETIVOS .....	23
3.1	GERAL.....	23
3.2	ESPECÍFICOS .....	23
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	24
4.1	O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: UM SISTEMA ÚNICO E DESCENTRALIZADO .....	24
4.2	A REGULAMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS ...	29
4.2.1	<b>Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS.....</b>	33
4.3	DEMANDAS JUDICIAIS PARA ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL .....	37
5	METODOLOGIA.....	41
5.1	ANTECEDENTES: A pesquisa MUDE.....	41
5.1.1	<b>População do eixo quatro da Pesquisa MUDE.....</b>	41
5.1.2	<b>Execução do Eixo (4) da Pesquisa MUDE .....</b>	42
5.2	DESENHO DO ESTUDO .....	43
5.3	FONTES DE DADOS, UTILIZAÇÃO E COLETA.....	43
5.4	MODELO LÓGICO .....	44
5.5	INDICADORES E ITENS DE VERIFICAÇÃO .....	45
5.6	ANÁLISE DO PERFIL DE INSUMOS, ATIVIDADES E GESTÃO DE DEMANDAS JUDICIAIS.....	59
5.7	SÍNTESE DOS CASOS .....	60
5.8	QUESTÕES ÉTICAS.....	64
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	65
6.1	PERFIL GERAL DOS MUNICÍPIOS INVESTIGADOS .....	66
6.2	PERFIL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS COMPONENTES INSUMOS E ATIVIDADES.....	72
6.2.1	<b>Componente Insumos .....</b>	76
6.2.1.1	<i>Recursos Humanos .....</i>	76
6.2.1.2	<i>Adequações às Normas.....</i>	78

6.2.1.3	<i>Recursos Físicos e Operacionais</i> .....	80
6.2.1.4	<i>Recursos Financeiros</i> .....	82
6.2.2	<b>Componente Atividades</b> .....	83
6.2.2.1	<i>Coordenação</i> .....	83
6.2.2.2	<i>Atividades da AF</i> .....	84
6.3	ORGANIZAÇÃO DA AF PARA ATENDIMENTO A DEMANDAS JUDICIAIS E PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DE MEDICAMENTOS .....	88
6.4	SÍNTESE DE CASOS .....	92
6.4.1	<b>Município M1</b> .....	95
6.4.2	<b>Município M2</b> .....	98
6.4.3	<b>Município M3</b> .....	102
6.4.4	<b>Município M4</b> .....	107
6.4.5	<b>Município M5</b> .....	111
6.4.6	<b>Município M6</b> .....	115
6.4.7	<b>Município M7</b> .....	118
6.4.8	<b>Município M8</b> .....	122
6.4.9	<b>Município M9</b> .....	126
6.4.10	<b>Município M10</b> .....	130
6.4.11	<b>Município M11</b> .....	134
6.4.12	<b>Município M12</b> .....	138
6.4.13	<b>Município M13</b> .....	142
6.4.14	<b>Município M14</b> .....	146
6.4.15	<b>Município M15</b> .....	150
6.4.16	<b>Município M16</b> .....	154
7	<b>NOTAS FINAIS</b> .....	158
7.1	HÁ SEMELHANÇAS OU DIFERENÇAS NA GESTÃO DA AF NESTES MUNICÍPIOS? .....	158

7.2.	CONCLUSÃO.....	161
	REFERÊNCIAS .....	163
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO MUDE ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA.....	184
	ANEXO B - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO MUDE DEMANDAS JUDICIAIS .....	198
	ANEXO C - MODELO LÓGICO PARA AVALIAÇÃO MUNICIPAL PROPOSTO POR SANTOS-PINTO, 2013 .....	201

## 1 – INTRODUÇÃO

O conceito de Assistência Farmacêutica (AF), independentemente de onde é operacionalizado, inclui um conjunto de atividades voltadas para o uso qualificado de medicamentos. Os desfechos em foco são a manutenção e a melhoria da saúde da população, bem como seu restabelecimento, em várias situações em que a saúde dos usuários está em pauta. Estas situações podem estar associadas ao cuidado do usuário de medicamentos, a prevenção, controle ou combate de doenças e ainda manutenção da vida (BRASIL, 1998; MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

A gestão da AF inclui uma série de atividades, que devem ser realizadas de modo ordenado. Cada atividade ou etapa é dependente do sucesso da execução anterior, que remete a ideia de um ciclo contínuo e permanente: Ciclo da Assistência Farmacêutica. À vista disso, para execução eficiente deste ciclo é necessário um financiamento contínuo e oportuno capaz de sustentar todos os insumos e atividades necessários: medicamentos, insumos farmacêuticos, recursos humanos capacitados, seleção adequada de itens, programação ajustada às necessidades e recursos disponíveis, aquisição competente, sistemas de informação, transportes, maquinários e móveis dos almoxarifados e dispensários, assim como toda logística envolvida (NELLY *et al.*, 2003a).

Inicialmente, a atividade que suporta as demais é a seleção de medicamentos. A seleção é definida de acordo com as necessidades da população, sendo a escolha comparativa de itens, baseada em evidências de eficácia, segurança, conveniência para uso e custo-efetividade. Cada município tem autonomia na definição de sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), embora muitos possam adotar, por conveniência, a lista nacional, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, (RENAME) ou a estadual, Relação Estadual de Medicamentos Essenciais, (RESME), quando esta existe. Essa atividade é um processo sistemático que deve envolver informações validadas por evidências clínicas e avaliação tecnológica (MAGARINOS-TORRES; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2013; WANNMACHER, 2014).

Definida a lista, esta apoia a programação, ou seja, o quantitativo necessário diante dos recursos disponíveis, prazo de entrega dos fornecedores e local apropriado para o armazenamento. A gestão local tem a liberdade de escolher o método mais conveniente para execução desta atividade, no entanto recomenda-se a utilização de critérios compostos, para maior veracidade e confiabilidade da informação.

A gestão pode-se valer dos seguintes critérios: o perfil epidemiológico, que prediz as necessidades de saúde da população; consumo histórico que aponta informações de consumo dos medicamentos; consumo ajustado e ainda, oferta de serviço, que estima o consumo com base nos serviços ofertados. Informações fidedignas são imprescindíveis para qualquer um dos métodos adotados para essa atividade, que apoiará a seguinte: a compra dos itens selecionados (JÚNIOR; CAMUZI, 2014; NELLY *et al.*, 2003b).

A etapa de aquisição deve satisfazer os critérios estabelecidos pelas normativas legais requeridas para compras no setor público, e ainda, ser capaz de manter a regularidade no abastecimento. Esta etapa é mediada pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que estabelece modalidades e critérios para licitações e contratos no serviço público, independentemente do setor. A gestão da AF deve escolher entre as modalidades de: concorrência, tomada de preços, convite, concurso ou leilão. Com foco na opção que melhor satisfará o objetivo de adquirir medicamentos e insumos de qualidade com menor custo (JÚNIOR; CAMUZI, 2014; ZAIRE, 2008).

Ao receber os itens adquiridos a gestão da AF deve dispor de local apropriado para o acondicionamento destes. Este espaço deverá contar com o monitoramento ininterrupto da exposição de luminosidade, temperatura e umidade, a fim de evitar degradação das propriedades dos medicamentos e insumos farmacêuticos estocados, disponíveis para distribuição aos serviços e dispensação aos usuários, evitando assim, desperdícios financeiros (JÚNIOR; CAMUZI, 2014).

As atividades de armazenamento e distribuição estão imbricadas na sua concepção, visto que, aspectos operacionais de uma atividade são executados durante a outra. O local destinado ao armazenamento deverá ser estrategicamente um ponto que facilite o deslocamento para as unidades de saúde, e ainda, dispor de área suficiente às manobras dos transportes que farão a distribuição. Estruturas físicas e materiais são imprescindíveis para o cumprimento das Boas Práticas de Armazenamento (BPA). Diante disso, é requerido que a gestão da AF local estruture manual destinado a orientar a equipe executora nessa atividade, tendo em vista que seu insucesso acarreta diretamente em prejuízos financeiros e assistenciais (JÚNIOR; CAMUZI, 2014; SAVASTRANO *et al.*, 2016; SILVA, 2011a; YOKAICHIYA *et al.*, 2003).

Durante toda a execução da atividade de distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde é necessária uma logística de transporte que garanta a integridade dos medicamentos transportados, independente do trajeto realizado, com roteiro contendo

informações sobre o destino, o quantitativo e a especificidade de cada item. A periodicidade deste transporte influencia na disponibilidade dos itens para a dispensação, uma vez que, permite regularidade do abastecimento nas unidades de saúde. Quanto mais espaçado for este período, maior probabilidade de desabastecimento (NELLY *et al.*, 2003a).

Uma vez disponível nas unidades de saúde, quer seja ambulatorial ou hospitalar, a dispensação de medicamentos é uma das atividades da AF que demanda maior interação entre o usuário e o farmacêutico ou outro técnico habilitado para realiza-la. Esta etapa precede ao uso dos medicamentos prescritos, e poderá contribuir para o sucesso do esquema terapêutico, pois na sua execução possíveis problemas relacionados ao uso dos medicamentos como: iatrogenias, interações medicamentosas e alimentares, doses menores ou maiores que necessárias são verificadas (CIPOLLE *et al.*, 2006a; NELLY *et al.*, 2003c).

Definidas e organizadas as atividades inerentes ao Ciclo da AF, cabe aos gestores a execução, monitoramento e avaliação, dentro do seu âmbito correspondente. Os municípios têm autonomia para planejar sua gestão e definir como se dará em seu território a organização da AF, selecionando medicamentos necessários para sua população, adquirindo itens de qualidade e em quantidades suficientes para suprimento das necessidades de armazenamento, distribuição e dispensação. É possível que diferentes municípios se associem, em consórcio, para execução das diferentes etapas de execução do Ciclo da AF, possibilitando melhor uso dos recursos e agilidade nos processos. (EV; GONÇALVES, 2014; NELLY *et al.*, 2003c).

A plena execução de todos os processos descritos acima visa a garantia do direito constitucional à AF como parte inerente do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nas diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e considerando as normativas inerentes ao funcionamento do sistema para perfeita condução do modelo de acesso universal (BRASIL, 1990, 1998).

Entretanto, a garantia para o acesso de medicamentos tem se efetivado exponencialmente nas últimas décadas, sob condução do Poder Judiciário. Os municípios têm se tornado frequentemente os principais réus das ações e por isso, responsáveis por suprir medicamentos demandados pelas ações judiciais. A alta intensidade das demandas judiciais para acesso a medicamentos (nem sempre essenciais) têm interferido no cumprimento das atividades da AF, quer seja pelos efêmeros prazos para execução, pelo aumento exponencial dos gastos, ou pela falta de racionalidade terapêutica. Os municípios vêm sofrendo o fenômeno com especial impacto (FERRO *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2015; SANTOS-PINTO, 2013).

Assim sendo, o presente estudo busca responder às seguintes questões:

1. De que forma está organizada a AF nos municípios selecionados?
2. A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades sob sua responsabilidade?
3. De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais nos municípios?
4. Há semelhanças ou diferenças na gestão da AF nestes municípios?

## 2 - JUSTIFICATIVA

O direito à assistência terapêutica, em especial a medicamentos e serviços farmacêuticos, é garantido na Constituição Brasileira, no seu artigo 196. Na Lei Orgânica da Saúde (LOS), as políticas públicas que norteiam aspectos administrativos e atribuições entre os entes da Federação, estão apontadas, e serão regulamentadas pelas regras infraconstitucionais pactuadas entre estes entes. Existe, portanto, uma requerida divisão “administrativa” para efetivação do direito em pleito, de modo a consumir os princípios pelos quais é sustentado o SUS no âmbito da AF: universalidade, equidade, integralidade da atenção à saúde, descentralização, regionalização e participação social (BRASIL, 2007a, 1998, 2004b).

Duas políticas públicas que norteiam o desempenho da AF no país, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), atribuem como responsabilidades para gestão da AF local: a interlocução contínua com os prescritores, a garantia da estabilidade dos medicamentos armazenados, distribuídos e ofertados e a orientação aos usuários de medicamentos com monitoramento de uso. Estas atribuições possuem o intuito de contribuir para desfechos pragmáticos que ultrapassam a questão de mera disponibilização de medicamentos e insumos farmacêuticos (BRASIL, 1998, 2004b).

Para efetivação dessas atribuições nos municípios, uma organização estruturada da gestão da AF local, e a articulação permanente com os demais gestores da própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Ministério da Saúde são desejáveis, para execução oportuna e satisfatória do Plano Municipal de Saúde, previamente definido e ajustado às necessidades da população, com a inserção de um capítulo dedicado à AF (BRASIL, 2007a, 1998).

Ademais, a racionalização no uso dos recursos disponíveis deve ser objeto de permanente monitoramento da gestão, devido à vinculação de um teto máximo de verba e data limite para utilização. A ingerência sobre este ponto pode colaborar para o desabastecimento de itens, subutilização de recursos e processos duvidosos de seleção e de aquisição de medicamentos (BRUNS; OLIVEIRA; LUIZA, 2014; MENDES *et al.*, 2014).

Da mesma maneira, tem sido frequente o desafio de gerir as solicitações de medicamentos por via judicial em qualquer instância de governo, devido à inversão de responsabilidades entre os diferentes gestores do SUS, incremento exponencial dos gastos

públicos, descumprimento de protocolos clínicos estabelecidos pelo MS e falta de controle social dos requerentes (ADVOCIA GERAL DA UNIÃO - AGU, 2012; SANTOS, 2014a).

A realização precária de cada um dos aspectos destacados acima, remete para imperícia da gestão da AF em administrar tais responsabilidades, convergindo em resultados opostos aos que foram delineados para a mesma.

A utilização de métodos avaliativos, mediante a análise da gestão da AF Municipal, pode apresentar, por meio de seus desfechos, de que forma está o desempenho desta gestão. E ainda, contribui para instrumentalização de ferramentas que possam auxiliar no acompanhamento de seus processos de trabalho (BRUNS; OLIVEIRA; LUIZA, 2014; FALEIROS; SILVA, 2014; OLIVEIRA; LEITE, 2014; SANTOS-PINTO, 2013).

### **3 – OBJETIVOS**

#### **3.1 – GERAL**

Analisar a gestão da AF em 16 municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil.

#### **3.2 – ESPECÍFICOS**

- a. Descrever o panorama da gestão de insumos e atividades da AF em municípios selecionados do sudeste brasileiro;
- b. Analisar as contas municipais declaradas frente ao volume financeiro despendido para o cumprimento das atividades da AF local;
- c. Descrever a organização da AF Municipal no atendimento das demandas judiciais e processos administrativos;
- d. Identificar semelhanças e diferenças na gestão da AF no conjunto de municípios.

## 4 - REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 - O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: UM SISTEMA ÚNICO E DESCENTRALIZADO

Ao introduzir saúde como direito social disposta no capítulo de Seguridade Social da Constituição de 1988, também conhecida como Carta Cidadã, o Governo Brasileiro assumiu a responsabilidade em garanti-lo, conforme texto abaixo:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (p. 116)”(BRASIL. CONSTITUIÇÃO 1988, 2012).

E, ainda, incorporou o sentimento de pertencimento de cidadania, semelhante ao proposto por Alfred Marshal no século XIX:

“(…) A cidadania é um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status. Não há nenhum princípio universal que determine o que estes direitos e obrigações serão, mas as sociedades as quais a cidadania é uma instituição em desenvolvimento criam uma imagem de uma sociedade ideal em relação a qual o sucesso pode ser medido e em relação à qual inspiração pode ser dirigida... (p.76)”. (MARSHALL, 1967)

A concretização deste direito é um marco social no país, pois o acesso a serviços de saúde no Brasil antes do SUS restringiam-se a grupos específicos de trabalhadores que contribuía, aqueles que não podiam pagar recorriam às entidades de filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, ou alguns serviços ofertados pela Saúde Pública como asilamento para portadores de doença mental, tuberculose e hanseníase (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Até a construção do SUS, a população brasileira conviveu com diferentes modelos assistenciais, incapazes de suprir as necessidades de saúde dos indivíduos, a saber: Modelo Sanitarista ou Campanhista, Modelo Médico-Assistencial Privatista e o atual Modelo Integrado.

No Modelo Sanitarista, as ações e serviços de saúde se restringiam ao controle de doenças como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola, doenças que ameaçam a continuidade da economia agroexportadora. Os serviços gratuitos de saúde eram ofertados pelas Santas Casas de Misericórdia, prioritariamente, aos doentes com tuberculose e hanseníases. A preocupação do Estado estava voltada aos interesses econômicos da época.

Para Fleury e Ouverney, a execução de uma política de saúde é influenciada por diferentes relações de poder, dentre essas (e talvez a mais proeminente) a política econômica, que dita os limites e condicionalidades para a realização (FLEURY; OUVERNEY, 2012; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005)

Um marco importante para a organização embrionária dos serviços foi a promulgação da Lei Elói Chaves em 1923 que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Eram organizadas por empresas destinadas aos respectivos empregadores, empregados e seus dependentes concedendo, dentre outros benefícios, a assistência médica e farmacêutica. Ressalta-se que esta assistência farmacêutica, tratava-se de disponibilização por preço determinado pelo conselho de administração da respectiva caixa (talvez o primeiro modelo de co-pagamento). As CAP, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), organizados por categorias profissionais, e neste modelo passaram a ser gerenciadas pelo Estado. O modelo de assistência vigente neste período da história ficou conhecido como Modelo Assistencial Médico-Privatista, que vigorou até meados de 1980. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001; COTTA, 2013).

O direito de acesso aos serviços não era universal, sequer igualitário. Santos conceitua a condição dos brasileiros como *cidadania regulada*, pois o direito limitava-se aos trabalhadores formais: “*A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei*” (Santos, 1979 p.75). E ainda, havia desigualdades entre os serviços ofertados pelos Institutos, dependendo do quanto cada beneficiário contribuía, corroborando para certo privilégio entre as categorias profissionais (COTTA, 2013; SANTOS, 1979).

O terceiro e atual modelo assistencial - Modelo Integrado – estabelecido pelo SUS através das Leis Orgânicas da Saúde Lei 8.080/1990 e 8.142/1990 estruturam o sistema nacional de saúde, a participação da sociedade, e ainda, definem responsabilidades de cada ente da federação brasileira na organização e hierarquização dos serviços. Tendo como um dos princípios desta organização a descentralização do poder decisório ou executante (NICOLETTI *et al.*, 2007).

Entende-se por descentralização a redefinição de responsabilidades entre os entes governamentais na política de saúde, que implica na transferência de poder decisório da gestão de prestadores e de recursos financeiros. Aos Municípios coube o protagonismo para a organização e acesso aos serviços de saúde de sua população, atendendo a diversidade das

necessidades locais e priorizando os princípios balizares do SUS (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012).

Ao longo da trajetória do SUS, e na tentativa de recompor recursos necessários para o suprimento das ações e serviços de saúde, diferentes mecanismos de subsídios foram estabelecidos, suportados pelo princípio da descentralização, que estimava não somente o poder decisório, mas especialmente a transferência de recursos financeiros. Estes critérios foram, ao logo do tempo, regularizados pelas diferentes Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS) editadas, a saber:(BRASIL, 2007a).

- a) NOB 01/91- estruturou o repasse financeiro sob quatro aspectos: internação hospitalar, assistência ambulatorial, investimentos em equipamentos com ampliação das unidades assistenciais já existentes e estímulo à municipalização para os entes que cumprissem normas estabelecidas pelo MS. O repasse financeiro seguia diretamente aos prestadores de serviços públicos, filantrópicos e contratados, com reduzida autonomia aos entes municipais;
- b) NOB 01/93 – estabeleceu níveis de autonomia para gestão local, de modo que estados e municípios assumiram, de acordo com sua capacidade, a autonomia na gestão de sua rede assistencial;
- c) NOB 01/96 – introduziu um novo modelo de atenção no país, com prioridade para Atenção Básica e incentivos financeiros para municípios que adotassem o “Programa Saúde da Família”, e ainda, estruturou um novo processo de Programação Pactuada Integrada (PPI), para a garantia do acesso da população aos serviços e ações em saúde. O critério de repasse do Governo Federal passou a ser a população, mas os repasses financeiros eram fragmentados, de acordo com a adesão dos Programas do Ministério da Saúde (UGÁ *et al.*, 2003).

Cabe ressaltar que à época da vigência da NOB 01/93 nenhum montante financeiro foi repassado para saúde, oriundo das contribuições previdenciárias. Este fato culminou em empréstimos ao Fundo do Amparo ao Trabalhador e a criação de novo imposto para que fosse garantida a estabilidade financeira do setor. Em agosto de 1996, cunhou-se a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) sob alíquota de 0,20% das transações financeiras a ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde, vigorando até o ano 2007 (SERVO *et al.*, 2011).

Servo e colaboradores apontam que a CPMF não garantiu um aporte significativo para saúde *per se*, mas a estabilização dos recursos financeiros. Ademais a Emenda Constitucional

(EC) nº 29/2000, definiu valores mínimos para os três entes aplicarem no setor saúde, e ampliou a participação de estados e municípios no financiamento do setor. De acordo com tal normativa, estados e municípios deveriam vincular 12% e 15% de sua receita de impostos, respectivamente. Para o Governo Federal, em 2000, cabia o valor mínimo, não inferior ao montante empenhado em 1999 e corrigido em 5%. Para os anos subsequentes, até 2004, era preconizado o valor empenhado no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Segundo Faveret, esta estratégia buscava minimizar as disparidades em relação aos valores despendidos em ações e serviços públicos de saúde (FAVERET, 2003; PIOLA *et al.*, 2013).

Ainda que, normativas legais vigentes pudessem orientar o financiamento compartilhado do SUS, com critérios e ordenamento de valores mínimos fixados para compor o orçamento da saúde, a EC nº 29/2000, não garantiu o cumprimento das transferências em sua totalidade. Quer seja pela falta de definição para o termo “ações e serviços públicos de saúde (ASPS)”, onde alguns gestores destinaram recursos para outros fins não vinculados diretamente à organização saúde. Quer seja pelo descumprimento de estados e União na transferência do percentual proposto, tornando-se necessário regulamentar a EC nº 29/2000 (SERVO *et al.*, 2011).

A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, regulamenta a EC29 e define ASPS como *aquelas ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios do art.7º da Lei nº 8.080/9 (p.18)*; esclarece as despesas consideradas como ações e serviços públicos de saúde, incluindo a produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; e ainda estabelece os critérios para alocação dos percentuais mínimos de recursos, assim como sanções para o descumprimento dessas alocações (BRASIL, 2013f).

No entanto, em 2015, houve mudança do método de cálculo do mínimo com ASPS da União, por meio da Emenda Constitucional nº 86/2015, vinculando-se a aplicação mínima a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), de forma escalonada, como segue: 13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2017, 14,2% em 2018, 14,7% em 2019 e 15,0% em 2020. Considerando o quadro de recessão econômica e conseqüentemente queda da arrecadação, estima-se queda na participação da União no financiamento do SUS (VIEIRA, 2016).

Tendo em vista as necessidades de execução orçamentárias previstas em lei, a AF Municipal deve ocupar-se no aprimoramento de sua gestão a fim de garantir os insumos necessários à prevenção de agravos e tratamentos indicados e subsidiados pelo SUS,

respeitando a regionalização dos serviços e a hierarquização das responsabilidades pactuadas, e ainda buscar a otimização dos recursos provenientes das transferências intergovernamentais da União de seu respectivo Estado.

#### 4.2 - A REGULAMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

A criação da Central de Medicamentos (CEME) na década de 70 marcou o início da estruturação da AF no país. Sob um modelo de gestão centralizada no governo federal, os estados e municípios eram excluídos integralmente do processo decisório. A CEME incentivava a produção nacional, selecionava, programava, comprava e distribuía medicamentos, que nem sempre atendiam satisfatoriamente às necessidades de saúde da população. Financiamento insuficiente, desperdícios consideráveis de medicamentos, irregularidades no abastecimento e a ausência de pactuação entre os entes para efetivar o acesso aos medicamentos culminaram na extinção da CEME em 1997 (BRASIL, 1971; KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

No ano seguinte, suscitado pela necessidade de organizar os serviços e ações da AF no país, bem como garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos produzidos e comercializados, a necessidade de promover a cultura do uso racional e ampliar o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais, foi publicada a Política Nacional de Medicamento (PNM), que passou a integrar o elenco de políticas suplementares do SUS e seus princípios e definiu responsabilidades comuns e próprias para cada ente da federação. A PNM conceituou a AF no país como:

“(...) um conjunto de atividades relacionadas com o medicamento, que envolve desde as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização – compreendendo a prescrição e dispensação -, o que deverá favorecer a constante disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos (p.15)” (BRASIL, 1998).

Tais atividades remetem à ideia de um ciclo de processos diferentes, mas complementares para alcançar o objeto principal, vinculado a articulação contínua entre os três gestores do SUS. Assim como, a promoção do uso racional dos medicamentos, o aprimoramento de sistema de distribuição de medicamentos e o desenvolvimento de iniciativas que aperfeiçoem a redução nos preços dos produtos, de modo a viabilizar o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL, 1998).

A Figura 1 apresenta esquematicamente as diferentes atividades inerentes à Gestão da AF. Ressalta-se que, independentemente das esferas de governo, as atividades seguem de modo articulado e ordenado, de modo a permitir o suprimento de medicamentos e insumos farmacêuticos que atendam às necessidades de saúde da população alvo (NELLY et al., 2003a).

Figura 1 - Ciclo da Assistência Farmacêutica proposto por Marin e colaboradores.



Fonte: Adaptação Nelly; OMS; OPAS, 2003. Elaboração própria.

A PNM foi estruturada em oito diretrizes e quatro prioridades com o objetivo de nortear a AF para organizar sua gestão, de modo a favorecer a consolidação do SUS com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e garantir o acesso a medicamentos seguros, eficazes, de qualidade, em tempo oportuno e que atendam principalmente às necessidades de saúde da população. O Quadro 1 apresenta essas diretrizes e prioridades (BRASIL, 1998).

Quadro 1 - Diretrizes e Prioridades da Política Nacional de Medicamentos, 1998.

Diretriz	Prioridade
1. Adoção de Relação de Medicamento Essenciais	1. Revisão Permanente da RENAME 2. Assistência Farmacêutica 3. Promoção do Uso Racional de Medicamentos 4. Organização das atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos
2. Regulação Sanitária de Medicamentos	
3. Reorientação da Assistência Farmacêutica	
4. Promoção do Uso Racional de Medicamentos	
5. Desenvolvimento Científico e Tecnológico	
6. Promoção de Produção de Medicamentos	
7. Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos medicamentos.	
8. Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos	

Fonte: PNM, 1988. Elaboração própria

A diretriz “Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais<sup>1</sup>” tem como foco à seleção de medicamentos fornecidos pelo SUS. Cada ente tem autonomia para a construção de sua própria lista, mediante a situação epidemiológica a fim de satisfazer as necessidades prioritárias de sua respectiva população. Nesta elaboração os entes estaduais e municipais podem recorrer a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como critério para o elenco de seus itens (BRASIL, 1998).

Conforme disposto nesta diretriz, é requerida a continua atualização da RENAME, dado a sua importância no processo de reorientação da AF. Neste sentido, o Ministério da Saúde instituiu, em 2002, a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME com o principal objetivo de avaliar a adequação de cada medicamento e produto farmacêutico pertencente a esta relação (SANTOS-PINTO et al., 2013).

No entanto, com a edição da Lei número 12.401, de 28 de abril de 2011, o Governo Brasileiro adotou uma nova concepção para RENAME, a de uma lista de itens financiados pelo SUS, independentemente do conceito apreendido para medicamentos essenciais, e apresentada sob a temática de linhas de cuidado. Esta norma aduz novas regras para seleção de medicamentos, hoje entendida como incorporação tecnológica no SUS, concebidas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC). (FIGUEIREDO; SCHRAMM; PEPE, 2014; SANTANA; CATANHEIDE, 2015).

A diretriz Reorientação da AF versa especialmente no comprometimento do ente municipal em assegurar o suprimento dos medicamentos destinados ao atendimento dos agravos mais prevalentes de sua população. Nesta perspectiva, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída pela Resolução nº 338 de seis de maio de 2004, incorporou a reorientação da gestão da AF ao defini-la como um dos seus eixos estratégicos. A execução direta das ações de assistência farmacêutica municipal cabe a este ente, respeitando as definições pactuadas entre os demais, como destacado a seguir:

(...) II - manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;

(...)

IV - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados (...) p.1-2 (BRASIL, 2004b)

---

<sup>1</sup> Medicamentos Essenciais segundo a Organização Mundial da Saúde são aqueles que servem para satisfazer às necessidades de atenção à saúde da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidência sobre a eficácia e a segurança e os estudos comparativos de custo efetividade. Devem estar disponíveis em todo momento, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar (OMS, 2015).

A regulação sanitária é a diretriz que diz respeito, por exemplo: ao registro de novos medicamentos, à autorização de funcionamento para empresas farmacêuticas, ao monitoramento dos medicamentos e insumos pós-comercialização, à fiscalização de substâncias sujeitas a controle especial, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Serviços de Vigilância Sanitária Estaduais e Municipais. Tais atividades visam garantir a eficácia, segurança, qualidade e custo dos medicamentos em todo país.

A “Promoção do Uso racional de Medicamentos” (URM) tem como ferramenta propulsora as ações educativas direcionadas aos profissionais de saúde e usuários de medicamentos. Opostamente às propagandas das indústrias farmacêuticas, o URM prioriza a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna, a dispensação em condições adequadas e a utilização de forma correta pelo usuário. Todos os profissionais envolvidos no cuidado tem responsabilidade compartilhada, incluindo a participação do farmacêutico essencialmente na interação com o usuário do paciente (BRASIL, 1998, 2004b; BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE; DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2012).

A diretriz de Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos requer um processo permanente de atualização para todos os profissionais envolvidos com a AF. No entanto, a PNM e a PNAF apontam um modelo de profissional farmacêutico voltado para corresponsabilidade na prevenção de doenças, agravos, promoção e recuperação da saúde contribuindo, especialmente, para a promoção do uso racional de medicamentos. A atuação direta dos farmacêuticos na dispensação, orientação e/ou acompanhamento farmacêutico aumenta a qualidade de vida dos indivíduos, da família e quiçá comunidade. Neste sentido, mecanismos de monitoramento e avaliação são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, além de fortalecer a AF local. (BRASIL, 1998, 2004b; PINHEIRO, 2010)

As demais diretrizes apontam responsabilidade exclusiva do ente federal, a saber: (v) Desenvolvimento Científico e Tecnológico, busca fomentar a pesquisa e desenvolvimento de fármacos no país; (vi) Promoção de Produção de Medicamentos, essencialmente a produção de medicamentos de interesse públicos e constantes na RENAME; e por fim, (vii) Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos medicamentos, mediada controle da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1998).

#### **4.2.1 - Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS**

Conforme apontado anteriormente, a diretriz de reorientação da AF agregou o estabelecimento de financiamento compartilhado entre as três esferas de governo e o comprometimento do ente municipal em assegurar o suprimento dos medicamentos destinados ao atendimento dos agravos mais prevalentes de sua população, mediante a Portaria nº 176/99 (BRASIL, 1998, 1999).

Com o fito de assegurar o acesso aos medicamentos a portaria supracitada estabeleceu o “Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica” que oportunizou a garantia da aquisição de medicamentos pelos municípios e a reorientação da gestão da AF Municipal, por meio de recursos por alocação habitante/ano transferidos fundo a fundo. Coube a este ente o comprometimento em elaborar e executar um Plano de AF Básica Municipal (BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE, 2001).

Porém, o Pacto pela Saúde, em seu componente “Pacto pela Gestão do SUS” redefine os processos de descentralização com prioridade para os municípios, regionalização dos serviços e pactuação do financiamento compartilhado entre os três gestores, definindo o bloco de financiamento exclusivo para AF (BRASIL, 2006, 2013g, 2013h).

O bloco de financiamento da AF foi regulamentado em 2007 através da Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro, em três componentes: o Componente Estratégico, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica e o Componente de Medicamentos de dispensação Excepcional, posteriormente denominado de Componente Especializado (CEAF) da Assistência Farmacêutica. Cada componente possui distinção nos processos de financiamento, seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação; conforme apresentado na Figura 2 (BRASIL, 2007b).

Figura 2 - Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS.

<b>Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS</b>	<b>Componente Básico</b> Portaria 1.555/2013	<p>Medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Básica à Saúde, definidos pela RENAME vigente.</p> <p>Os municípios podem adotar relações específicas e complementares, desde que acordado nas Comissões Intergestoras.</p> <p>Financiamento por habitante/ano compartilhado entre as três esferas de governo: União: R\$ 5,10 - Estado: R\$ 2,36 - Municípios R\$: 2,36</p> <p>Logística da AF: atribuição dos municípios.</p>
	<b>Componente Estratégico</b> Portaria nº 204/2007	<p>Medicamentos destinados ao: Controle de Endemias Focais de abrangência nacional ou regional; Controle da Tuberculose; Controle da Hanseníase; DST/aids; Sangue e Hemoderivados; Deficiências nutricionais; Controle do Tabagismo; Influenza; Soros e Imunoglobulinas.</p> <p>Financiamento exclusivo da União.</p> <p>Logística da AF: Seleção, Programação e Aquisição responsabilidade da União; Armazenamento e distribuição atribuição dos Estados e DF; Dispensação monitoramento e informação do uso cabe aos Municípios.</p>
	<b>Componente Especializado</b> Portaria 1.554/2013	<p>Destina-se à aquisição de medicamentos pertencentes as linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.</p> <p>Grupo 1: Financiamento exclusivo da União.</p> <p>Grupo 2: Financiamento exclusivo dos Estados.</p> <p>Grupo 3: Medicamentos do Componente Básico</p> <p>Logística da AF diferenciada nos 3 grupos: grupo 1: União + Estados; grupo 2: Estados; Grupo 3: Municípios.</p>

Fonte: (BRASIL, 2007b, 2013g, 2013h). Elaboração própria.

O Componente Básico da AF atualmente é regulamentado pela Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, destinado à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde. O financiamento cabe às três esferas de gestão, com alocação mínima de:

- União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência;
- Estados e Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes no Componente Básico da AF. Neste montante já incluído o valor de R\$ 0,50 para o financiamento dos insumos aos usuários portadores de diabetes mellitus, em tratamento com insulina, como lancetas, tiras de glicemia e glicosímetro. Outrora a União também participava deste financiamento regulamentado pela Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007 (BRASIL, 2013h).

Dos itens pertencentes ao Componente Básico da AF, a insulina humana NPH 100 UI/mL, insulina humana regular 100 UI/mL, os contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME tem sua aquisição centralizada na União, cabendo aos estados e municípios informar a programação desejada para o recebimento destes (BRASIL, 2013h).

O Componente Estratégico compreende as ações de assistência farmacêutica dos programas de saúde que tem na União a responsabilidade pelo financiamento, seleção dos itens mediante protocolos de tratamento, programação e aquisição centralizada. Aos Estados cabe o armazenamento dos produtos e a distribuição aos respectivos municípios. Estes se responsabilizam pela distribuição em sua rede de referência, dispensação, monitoramento e informação do uso destes produtos às instâncias superiores (BRASIL, 2007b).

Este componente está organizado em diferentes programas estratégicos, dispostos nos anexos II e IV da RENAME, a saber: (i) Controle de Endemias Focais: Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; (ii) Controle da Tuberculose; (iii) Controle da Hanseníase; (iv) DST/aids; (v) Sangue e Hemoderivados; (vi) Deficiências nutricionais; (vii) Controle do Tabagismo; (viii) Influenza; (ix) Soros e Imunoglobulinas (BRASIL, 2007b, 2015b).

O terceiro componente destina-se a medicamentos requeridos para a assistência de diferentes condições patológicas, complexidade e refratariedade de tratamento, cuja linha de cuidado foi previamente definida nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. Trata-se do CEAF, que possui três grupos de medicamentos com distinção de responsabilidade nas atividades de financiamento, aquisição, programação e armazenamento, conforme indicado abaixo (BRASIL, 2013h, 2015b):

- Grupo 1: Medicamentos financiados exclusivamente pelo Ministério da Saúde – pertencem a este grupo os medicamentos definidos de acordo com os critérios de maior complexidade do tratamento da doença; refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento. E grande parte são medicamentos que representam elevado impacto financeiro e/ou que não estão incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. Este grupo foi subdividido em: (i) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF; (ii) Grupo 1B: Medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal para aquisição,

programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF (BRASIL, 2013g).

- Grupo 2: Medicamentos para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF, definidos de acordo com critérios de menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1 e refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento. O financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação deste grupo estão subordinados às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal (BRASIL, 2013g).

- Grupo 3: Medicamentos pertencentes ao Componente Básico da AF, apresentado anteriormente.

Em consonância as diretrizes da PNM, o bloco de financiamento da AF possibilita aos municípios, por intermédio de recursos próprios, a seleção de medicamentos não elencados na RENAME vigente, mas escolhidos para atender as necessidades de sua população, assim como materiais e equipamentos para estruturação da AF local e capacitação de recursos humanos na temática de educação continuada, desde que haja concordância com o conceito previsto pela Lei 141/2012 para serviços e ações de saúde (BRASIL, 2013f, 1998, 2007b).

O bloco de financiamento da AF favorece a estabilidade do orçamento, desde que a gestão esteja consolidada e o município tenha certa independência financeira dentro de sua federação. Acredita-se que os municípios de pequeno porte podem apresentar dificuldades na incumbência da gestão da AF local, por apresentarem maior dependência dos recursos transferidos pela União e Estado, o que talvez possa não acontecer com os de médio e grande porte. Alguns autores têm apontado para possíveis problemas quanto ao critério de financiamento *per capita*, que tende a aumentar as desigualdades e iniquidades. No entanto outros critérios podem ser indutores de iniquidades dentro de um Estado ou região. (SILVA; VIANA, 2011; SILVA; CAETANO, 2014; VIEIRA, 2010).

Cabe lembrar que o uso de medicamentos tem crescido em todo mundo, especialmente em países com elevando envelhecimento populacional e de sistema universal, como no Brasil. Os gastos em medicamentos acompanham essa tendência, e podem comprometer o orçamento público, quando em situação de emergência sanitária, a exemplo: demandas judiciais, desastres e epidemias. Para Vieira e Zucchi o caminho para garantir a sustentabilidade do acesso público a medicamentos e ao uso eficiente dos recursos alocados é aperfeiçoar a gestão local da AF em todos os seus processos (VIEIRA; ZUCCHI, 2013).

### 4.3 - DEMANDAS JUDICIAIS PARA ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL

As demandas judiciais por medicamentos, tendo como réu o setor público, no Brasil tiveram início na década de 1990, com o advento da Aids no país e o pleito por medicamentos antirretrovirais (ARV). Entretanto, frente à interpretação do conceito literal do artigo 196 da Constituição Brasileira, especialmente no fragmento “*saúde é direito de todos e dever do estado*”, as solicitações se intensificaram ao logo dos anos, para diferentes situações clínicas, medicamentos, insumos e serviços de saúde, diante de falhas de provimento, priorização de despesas alheias à saúde ou à educação pelo executivo, e, ainda, possível incompreensão dos operadores do direito sobre a organização e hierarquização do SUS (GALVÃO, 2002; PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

Desde então fomentou-se na comunidade científica estudos que traçassem o panorama dessas demandas, tendo como foco a investigação do perfil dos demandantes, o gasto público despendido, as especialidades farmacêuticas e situações clínicas mais solicitadas, a interferência de sociedades civis e da indústria farmacêutica nas solicitações, e ainda, os efeitos deste fenômeno na organização e hierarquização dos serviços no âmbito do SUS (DEPRÁ; RIBEIRO; MAKSUD, 2015; DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2012; FERRO *et al.*, 2016; FIGUEIREDO; OSORIO-DE-CASTRO; PEPE, 2013; GOMES; AMADOR, 2015; PEREIRA *et al.*, 2015; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Diante da magnitude do tema, o Supremo Tribunal Federal (STF), em 2009, realizou uma audiência pública para discutir a judicialização com atores de diversos setores envolvidos, sob o objetivo de buscar soluções mais abrangentes (GOMES *et al.*, 2014; MACHADO, 2014). Nesta ocasião, o Ministro Luís Roberto Barroso declarou que a questão deve ser mediada por políticas públicas que beneficiem a população como um todo:

“(…) A partir deste momento, o que se deve decidir não é se uma pessoa deve merecer o provimento da sua postulação judicial; o que o Judiciário tem que decidir é se todas as pessoas que estão naquela situação merecem ser atendidas, porque, aí, em vez de se atender uma pessoa, cria-se uma política pública para atender àquela necessidade. Por que é importante transformar essa disputa de individual em coletiva? Porque aí se acaba com um universo, que é típico brasileiro, de que, como não tem direito para todo mundo, alguns têm um privilégio – o que é extremamente negativo (...) (BARROSO, 2009: pg.7).”

O argumento apresentado pelo ministro no referido evento corresponde com as diretrizes propostas pela LOS, PNM, PNAF e especialmente pelo Decreto nº 7.508 de 2011, que regulamenta o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica:

“Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

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

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

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

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

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

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.”(BRASIL, 2011a).

Face ao exposto, em 2010, o Conselho Nacional de Justiça editou a Recomendação nº 31 que propõe aos tribunais regionais a constituição de um Núcleo de Apoio Técnico (NAT), formado por médicos e farmacêuticos habilitados a subsidiar os magistrados na tomada de decisão, em razão de pouca racionalidade terapêutica revelada quando em solicitação de um medicamento com equivalente terapêutico disponível no SUS, do uso de medicamentos em indicação diferente da qual foi registrado, ou ainda, da pouca adesão à RENAME ou às listas estaduais e municipais pelos médicos e cirurgiões dentistas (BRASIL, 2014a; CAMPOS NETO *et al.*, 2012).

Os estados de Mato Grosso, Minas Gerais, Bahia, Piauí, Pernambuco, Espírito Santo e Rio de Janeiro já apresentam experiências exitosas com a constituição do NAT (hoje denominado NAT Jus – pois são ligados aos Tribunais de Justiça) ampliando e consolidando o diálogo com o Judiciário, frente às inúmeras solicitações (ARAÚJO, 2014; CALFO; SILVEIRA, 2014a).

Não obstante, a garantia à terapêutica medicamentosa é de responsabilidade compartilhada entre os três entes da federação, conforme parágrafo II do artigo 23 da Constituição Brasileira:

“Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (...) II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (...)” (BRASIL., 2012 pag.28-29).

Por isso, o STF tem admitido como repercussão geral<sup>2</sup>, nos recursos extraordinários impetrados referentes ao questionamento de responsabilidade quanto à execução das demandas, que qualquer um dos entes pode ser réu nas ações de solicitação de medicamentos.

“(…) O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente.

Decisão: O Tribunal, por unanimidade, reputou constitucional a questão. O Tribunal, por unanimidade, reconheceu a existência de repercussão geral da questão constitucional suscitada. No mérito, por maioria, reafirmou a jurisprudência dominante sobre a matéria (…)” (BRASIL, 2015c).

Sendo a vinculação ao acesso a medicamentos no SUS permeada pelos itens já citados do Decreto 7.508/2011, o judiciário deveria prezar por estes aspectos no momento dos acórdãos, a fim de evitar possíveis iniquidades no sistema (BRASIL, 2011a).

A literatura destaca que os diversos aspectos que convergem na judicialização podem estar à margem das normativas e opiniões jurídicas que vêm pautando a discussão. Um estudo em Pernambuco identificou que setenta e um por cento dos medicamentos requeridos judicialmente, em 2009, estavam com carta patente no Brasil, ou com pedido de patente no Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI), que indica fortemente o “assédio” das indústrias farmacêuticas para com os médicos. A prescrição de medicamentos não registrados no país deve ser analisada criteriosamente pelo judiciário, especialmente se houver equivalentes terapêuticos disponíveis no SUS (STAMFORD; CAVALCANTI, 2012).

Ferro e colaboradores (2016) em estudo sobre a avaliação econômica dos processos judiciais em determinado município identificaram um custo *per capita* 200 vezes maior do que o valor *per capita* despendido para o financiamento do Componente Básico da AF. O Tribunal de Contas da União identificou que desde 2010 o Ministério da Saúde gastou mais de 500% além dos gastos rotineiros com as despesas de medicamentos dos componentes, para a aquisição de medicamentos, insumos e serviços para o cumprimento das demandas judiciais. A Advocacia Geral da União, em 2010, destacou que os valores aportados para cumprimento das demandas judiciais, em oito estados brasileiros, representaram 1/7 de todo o orçamento do Ministério da Saúde para todos os usuários do SUS. Atualmente, o Ministério da Saúde estima um aumento de mais de 1.233% com relação a 2010 em depósito e aquisição de

<sup>2</sup> Repercussão Geral: instrumento processual inserido na Constituição Federal de 1988, por meio da Emenda Constitucional 45, conhecida como a “Reforma do Judiciário”. O objetivo desta ferramenta é possibilitar que o Supremo Tribunal Federal selecione os Recursos Extraordinários que irá analisar, de acordo com critérios de relevância jurídica, política, social ou econômica. O uso desse filtro recursal resulta numa diminuição do número de processos encaminhados à Suprema Corte. Uma vez constatada a existência de repercussão geral, o STF analisa o mérito da questão e a decisão proveniente dessa análise será aplicada posteriormente pelas instâncias inferiores, em casos idênticos. Fonte: Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=R&id=451>.

medicamentos pleiteados judicialmente (ADVOCIA GERAL DA UNIÃO - AGU, 2012; CASTRO, 2015; FERRO *et al.*, 2016; FOLHA DE SÃO PAULO, 2016).

Para além dos montantes gastos com judicialização, o que pode levar a iniquidades dentro do sistema, os aspectos clínicos, de segurança e eficácia das diferentes terapias requeridas judicialmente também são alvos privilegiados de investigação no momento de análise de demandas judiciais entre qualquer ente público. Dias e Junior constataram que 53% das decisões deferidas em tribunais brasileiros, entre os anos de 2004 a 2013, não se utilizou a Medicina Baseada em Evidências em suas deliberações, e esta nem na análise mais apurada do pleito (DIAS; SILVA JUNIOR, 2016).

Considerando que o fornecimento de medicamento é de responsabilidade solidária entre os entes e de repercussão geral, a judicialização parece interferir diretamente na gestão da AF, especialmente no nível municipal, que proporcionalmente detém menor poder aquisitivo e maior dependência das instâncias superiores (DRESCH, 2014).

Recentemente o Ministro Ricardo Lewandowski, em relatoria de recurso extraordinário, afirmou que *“a lista do SUS não é o parâmetro único a ser considerado na avaliação da necessidade do fornecimento de um medicamento de um caso concreto, que depende da avaliação médica”*. De fato, há muitos fatores relacionados às demandas judiciais que podem ter efeito no desempenho da gestão da AF, quer seja (i) com relação a registro de medicamentos no país, (ii) com relação à incorporação/seleção de medicamentos nas de listas distribuição do SUS, ou ainda, com relação aos preços praticados no comércio brasileiro e aos custos diretos e indiretos (ASENSI, 2015; BRASIL, 2016b).

Não obstante, importa também a qualidade da gestão da AF presente, seja no estado seja no município, campo ‘fértil’ para o estabelecimento e crescimento da judicialização. Santos-Pinto (2013), postulou que a gestão incipiente da AF nos municípios que investigou, retroalimentaria a ocorrência de demandas judiciais por medicamentos (SANTOS-PINTO, 2013).

## 5 – METODOLOGIA

### 5.1 – ANTECEDENTES: A pesquisa MUDE

O presente estudo está vinculado à Pesquisa MUDE - Gestão da Assistência Farmacêutica Municipal em Situações Excepcionais: demandas judiciais e desastres, que foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O objetivo geral dessa pesquisa foi investigar a gestão da assistência farmacêutica em situações excepcionais no Brasil. Os objetivos específicos incluíram: (i) caracterizar os principais aspectos da demanda de medicamentos por via judicial em municípios selecionados; (ii) investigar as estratégias de gestão para enfrentamento das demandas por medicamentos em municípios selecionados; (iii) investigar a gestão da assistência farmacêutica em casos de desastre em municípios brasileiros acometidos por estas situações; (iv) propor modelos de gestão para assistência farmacêutica em demandas judiciais e em desastres, para municípios brasileiros (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2014a).

A pesquisa MUDE foi estruturada nos seguintes eixos de investigação: (1) a gestão da assistência farmacêutica em um município de grande porte da região sudeste do país frente às demandas judiciais; (2) a gestão da assistência farmacêutica em 3 municípios da região serrana do estado do Rio de Janeiro acometidos por desastres; (3) o perfil das demandas judiciais em 26 municípios do Estado do Mato Grosso do Sul com análise da gestão da assistência farmacêutica em 6 destes municípios (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2014a). Esta dissertação versa sobre o eixo (4) cujo objeto foi a gestão da AF em municípios selecionados da região sudeste do Brasil.

#### 5.1.1 – População do Eixo (4) da Pesquisa MUDE

Para composição da população do estudo do eixo quatro da pesquisa Mude, a Região Sudeste tornou-se a mais indicada para a investigação, especialmente por questões orçamentárias. Foram selecionados municípios que atendera os critérios de inclusão para investigação de dois objetos: desastres e demandas judiciais. Inicialmente os municípios que possuíam população inferior a 20.000 habitantes foram excluídos da seleção, uma vez que, possivelmente, teriam gestão da AF muito incipiente (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2014a).

Ao considerar o fenômeno da judicialização onipresente em todos os municípios, o critério de ocorrência de desastres até dois anos antes da pesquisa foi prioritário para a seleção dos municípios. Adicionalmente considerou-se o critério “demandas por habitantes”. A composição seguiu conforme relatado em Relatório Final da Pesquisa MUDE, encaminhado ao CNPq (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2014a):

“(…) Os sistemas da Defesa Civil Estadual foram consultados para conhecer quais os municípios mais acometidos por desastres. Estes foram hierarquizados por número de afetados/população em cada estado da região Sudeste. Os primeiros 20 municípios em cada estado foram selecionados; os municípios foram classificados pelo porte (Pequeno, Médio e Grande), em três grupos; dentro de cada grupo, os municípios foram hierarquizados por PIB/per capita; foram escolhidos, a priori, os quatro com maior e os quatro com menor PIB de cada estado. Perfazendo 32 municípios, incluindo municípios de reserva. Como critério de conveniência adotou-se o corte de quatro municípios de cada estado da região para compor a seleção final, somando dezesseis municípios no total. Para esse conjunto de municípios estudaram-se as comarcas.”

“No Tribunal de Justiça de cada estado, buscou-se o número de processos demandando medicamentos em cada comarca e dividiu-se este número pela população da comarca; o índice resultante mostrou um ponto de corte. Dois grupos foram então definidos: menos que 1 processo por 1000 habitantes e maior ou igual a 1 processo por 1000 habitantes.

Após a seleção dos municípios, foi feito um primeiro contato via telefônica para convidar o gestor e apresentar o projeto. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi enviado, para esclarecimento dos propósitos da pesquisa e aguardou-se o retorno do mesmo assinado, na compreensão que poderia enviar o pesquisador a campo. Alguns municípios selecionados para compor o estudo não aceitaram em participar, prosseguindo o convite para o próximo da lista de seleção (...)”p.62-65 (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2014a).”

### 5.1.2 – Execução do Eixo (4) da Pesquisa MUDE

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e depois do treinamento de uma semana com os pesquisadores de campo, as entrevistas foram executadas e os dados coletados. Cada município foi visitado uma única vez por uma dupla de pesquisadores (profissionais de saúde e graduandos), que dedicaram dez dias para a pesquisa de campo instrumentalizados com os questionários, os termos de consentimento livre esclarecido (TCLE), o manual da pesquisa e os diários de campo.

Originalmente, foram estruturados para esse eixo dois questionários, a saber: um para o Gestor da AF Municipal e outro para o Gestor de Demandas Judiciais no Município, anexos 1 e 2 respectivamente.

Todas as informações obtidas nas entrevistas e nos diários de campo dos pesquisadores foram registradas respectivamente em planilha Excel® para formação de um

banco de dados, estruturado de maneira que cada linha correspondesse a um município e cada coluna a uma resposta do questionário.

## 5.2 - DESENHO DO ESTUDO

Devido à complexidade e à dinâmica requerida para a gestão da AF, foram considerados dois tipos de desenho para efetivação deste estudo.

- a) Para a abordagem inicial dos municípios, cada um foi investigado em desenho transversal (a investigação se deu em um único momento no tempo), exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. Os dezesseis municípios selecionados para o eixo quatro da pesquisa Mude foram analisados na busca por descrever o cotidiano da gestão da AF municipal e se a solicitação de medicamentos por via judicial interfere nesta rotina. Os municípios foram examinados no seu conjunto, com destaque para uma descrição atividade a atividade, indicador a indicador;
- b) A seguir, foi aplicado desenho de “estudo de caso” mais apropriado para o desenvolvimento desta pesquisa no exame do caso específico de cada município (caso único). Os estudos de casos são priorizados quando se pretende explorar o universo da gestão, por permitirem uma análise em profundidade e com certo nível de detalhamento de cada processo. Além de oportunizar uma investigação entre diferentes contextos, de modo a revelar particularidades e aspectos comuns de um fenômeno atual em profundidade (TOBAR; YALOUR, 2001; YIN, 2010a).

Para dar conta dos objetivos específicos este trabalho se debruçou sobre alguns aspectos específicos da gestão: insumos (aspectos de estrutura) e atividades da AF. Segundo Yin, tanto os estudos de casos únicos possuem estrutura metodológica padrão, e a lógica da replicação deve ser adotada na comparação, cuidadosamente, para que possa predizer resultados similares ou produzir resultados contrastantes. Dentro da perspectiva da lógica de replicação, os municípios foram estudados exaustivamente na intenção de responder às questões norteadoras elencadas para este trabalho (YIN, 2010a).

## 5.3 - FONTES DE DADOS, UTILIZAÇÃO E COLETA

Para o desenvolvimento da análise deste trabalho as seguintes fontes foram consultadas:

- i. Banco de dados primários do Eixo (4) do Projeto Mude, obtido a partir das entrevistas com os gestores municipais da AF – para subsidiar o panorama da gestão da AF Municipal;
- ii. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – a fim de verificar os dados declarados pelos municípios sobre receitas e despesas relacionados com Assistência Farmacêutica, tendo em vista que o envio desta informação é obrigatório desde o ano de 2012;
- iii. Site do Ministério da Saúde, mais especificamente a página “SAGE” - Sala de Apoio a Gestão Estratégica – nesta plataforma é possível apurar a informação sobre repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, relacionando à Assistência Farmacêutica;
- iv. Site do Ministério da Saúde, mais especificamente a página “SARGESUS” – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – nesta plataforma é possível consultar os Planos Municipais de Saúde do período investigado, para verificar a inserção da AF nos respectivos Planos;
- v. Portal de Transparência das Secretarias Estaduais na busca por informação do repasse do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, relacionando à Assistência Farmacêutica;
- vi. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o panorama sócio demográfico e econômico de cada município;
- vii. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a fim de se conhecer o perfil de saúde de cada município, especialmente os indicadores de saúde.

#### 5.4 - MODELO LÓGICO

Santos-Pinto, em 2013, estruturou uma ferramenta da análise para Gestão da AF em municípios brasileiros, frente ao cenário de solicitação de medicamentos por via judicial, que permitiu caracterizar as demandas judiciais e as consequências para a gestão da AF em seis municípios do Estado do Mato Grosso do Sul e o denominou de “Modelo Lógico para Avaliação da AF Municipal”. Esta representação foi estruturada em cinco componentes: Insumos, Atividades, Produtos, Resultados e Impacto. Cada componente, por sua vez, foi dividido em eixo de análises, e estes em itens de verificação, na perspectiva de identificar as

possíveis causas entre o realizado pelo serviço, os objetivos e os momentos de dificuldades da gestão (SANTOS-PINTO, 2013).

O modelo supracitado (e apresentado com anexo três desta dissertação) foi utilizado como fio condutor para construção da matriz de indicadores do presente trabalho. Assim como o modelo, os indicadores propostos nesta matriz foram adaptados do trabalho de Santos-Pinto (2013). Cabe ressaltar, que apenas os Componentes Insumos e Atividades foram abordados, tendo em vista que o Projeto Mude, de onde vieram os dados, foi um estudo transversal, e portanto, os dados foram limitados no tempo. Assim, outros componentes não foram passíveis de análise neste trabalho.

Optou-se, também, substituir o termo “Documentos”, do eixo de análise proposto no modelo de Santos-Pinto, por “Adequações às Normas” por entender que o este termo é mais condizente com a presente investigação.

## 5.5 - INDICADORES E ITENS DE VERIFICAÇÃO

Os Quadros 2, 3, 4, 5, 6 e 7 apresentam as matrizes de indicadores estruturadas por componente e eixo de análise. Apresenta-se também o número correspondente da pergunta no questionário, o indicador e sua descrição, os critérios de julgamento e pontuação.

As respostas obtidas no questionário foram analisadas considerando os critérios de análise para cada indicador proposto, atribuindo-se pontuação escalonada de acordo com níveis de complexidade das atividades e possíveis respostas esperadas em julgamento subjetivo, porém substanciado na legislação e na literatura, da seguinte forma:

- 10 (dez) pontos = resposta declarada subsidia integralmente a análise do indicador.
- 5 (cinco) pontos = resposta declarada subsidia parcialmente a análise do indicador.
- 0 (zero) ponto = quando a resposta obtida no questionário não atender ao indicador, por não depender de ação direta do gestor da AF.
- -1 (menos um) ponto: o município será descontado quando a resposta ao quesito trazer prejuízos à gestão da AF.
- -1 (menos um) ponto: o município será descontado quando o gestor não souber informar sobre situação que traz prejuízo à AF
- -2 (menos dois) pontos: o município será descontado quando a resposta ao quesito for a falta de atividade considerada central ou essencial para a AF municipal.

- -2 (menos dois) pontos: o município será descontado quando o gestor não souber informar sobre questão de natureza central à gestão da AF.

Ressalta-se que esta pontuação foi baseada em um *corpus* de informações e conceitos produzidos por diversos projetos e pesquisas na área da AF e de sua avaliação, desde 1998. Estas informações subsidiam os critérios de julgamento deste estudo (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; BITTENCOURT, 2014; CASTRO et al., 2014; COELHO et al., 2014; EMMERICK, 2006; FIGUEIREDO; OSORIO-DE-CASTRO; PEPE, 2013; NELLY et al., 2003a; OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014b; SANTOS-PINTO, 2013; SILVA et al., 2013; SOUZA et al., 2012).

Quadro 2 - Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Insumos - eixo de análise Recursos Humanos

(continua)

Item de verificação	Nº do Indicador e descrição	Análise do Município	Critérios de julgamento e Pontuação	Questionário
Profissional responsável pela gestão da AF.	(IND1) Farmacêutico na gestão e tempo de experiência.	Verificar se há farmacêutico responsável pela gestão da AF e tempo de experiência neste cargo.	(I) Farmacêutico na gestão com mais de 2 anos de experiência = 10pt. (II) Farmacêutico na gestão com 1 ano completo e até 2 anos experiência = 5pt. (III) Farmacêutico na gestão AF com menos de 1 ano de experiência = 0pt. (VI) Não há farmacêutico na gestão ou não sabe informar o tempo de experiência = (-1) pt.	PerfilFarm G1
Profissionais envolvidos na AF municipal.	(IND2) Constituição da equipe executora da AF municipal	Análise da multidisciplinaridade na equipe da AF municipal	(I) Equipe multiprofissional na AF municipal = 10pt. (II) Equipe da AF formada apenas por farmacêutico = 5pt. (III) Não há farmacêutico na equipe = (-2)	ARF 1
Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	(IND3) Constituição de CFT no município com participação do farmacêutico e regularidade nas reuniões	Verificar a existência de CFT no Município com a participação do farmacêutico e regularidade nas reuniões.	(I) Há CFT Municipal com participação do farmacêutico e regularidade nas reuniões = 10 pt. (II) Há CFT Municipal com participação do farmacêutico sem regularidade nas reuniões = 5pt. (III) Há CFT sem farmacêutico em sua constituição = 0 pt. (IV) Não há CFT Municipal ou não sabe informar = (-1)	AFS 1, 2, 3

(continua)

Farmacêutico nas unidades de saúde	(IND4) Percentual de unidades de saúde que possuem farmacêutico na dispensação de medicamentos.	Verificar o percentual de unidades de saúde do Município com farmacêutico na dispensação.	(I) 100% das unidades de saúde dispõe de farmacêutico na dispensação = 10pt. (II) 50% ou mais das unidades de saúde dispõe de farmacêutico na dispensação = 5pt. (III) Menos que 50% das unidades de saúde possuem farmacêutico na dispensação = 0pt. (VI) Não há farmacêutico nas unidades de saúde ou não sabe informar = (-2) pt.	AFR 7 CNES
Farmacêutico na dispensação de medicamentos.	(IND5) Percentual de Farmacêutico atuante na dispensação de medicamentos.	Verificar o percentual de farmacêuticos lotados nas unidades de saúde que atuam na dispensação de medicamentos.	(I) 100% dos farmacêuticos atuam na dispensação = 10pt. (II) 50% ou mais dos farmacêuticos atuam na dispensação = 5pt. (III) Menos que 50% dos farmacêuticos atuam na dispensação = 0 pt. (IV) Nenhum farmacêutico atua na dispensação ou não sabe informar = (-1)	AFR 5 CNES
Farmacêutico na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	(IND6) Presença de farmacêutico na CAF	Verificar a presença de farmacêutico na CAF	(I) Há farmacêutico na CAF = 10 pt. (II) Não há farmacêutico na CAF = -1 pt. (III) Não sabe informar = -1 pt	AFR 4 AFZ 1, 2

(conclusão)

Gestão das demandas judiciais e processos administrativos.	(IND7) Equipe profissional responsável pela gestão das demandas judiciais e processos administrativos.	Verificar se há participação de farmacêutico na gestão das demandas judiciais e processos administrativos, quando da solicitação de medicamentos.	<p>(I) A gestão da AF Municipal é responsável ou co-responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processo administrativo = 10 pt.</p> <p>(II) A gestão pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processo administrativo cabe a outro setor da Secretaria Municipal de Saúde = 0 pt.</p> <p>(III) Não sabe informar a quem compete a gestão de solicitação de medicamentos por via judicial ou processo administrativo = -1 pt</p>	AFR 9
--	--	---	---	-------

Fonte: Elaboração própria (Brasil, 1973, 1998, 2004, 2006; Marin, *et al*, 2003; OPAS, 2005; CFF, 2011 Santos-Pinto, 2013).

Quadro 3 - Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Insumos – eixo de análise Adequações às Normas

(continua)

Item de verificação	Nº do Indicador e descrição	Análise do Município	Critérios de julgamento e Pontuação	Questionário
Dados Epidemiológicos	(IND8) Existência de Vigilância Epidemiológica no Município.	Verificar se Município dispõe de Serviço de Vigilância Epidemiológica.	(I) Há Serviço de Vigilância Epidemiológica no município = 10 pt. (II) Não há Serviço de Vigilância Epidemiológica no município = 0 pt. (III) Gestão da AF não sabe informar se existe Serviço de Vigilância Epidemiológica no município = -1 pt	GE
Relação de Medicamentos Essenciais (REMUME, RESME ou RENAME)	(IND9) Existência e uso de lista de medicamentos como critério para as atividades do Ciclo da AF	Verificar se o Município elabora ou adota lista de medicamentos essenciais como instrumento norteador para as atividades da AF.	(I) Município elabora lista própria, de acordo com as necessidades de saúde da população = 10 pt. (II) Município adota a relação estadual ou nacional como lista oficial = 5 pt. (III) Não há lista de medicamentos essenciais como parâmetro para as atividades da AF ou não sabe informar = -2 pt.	AFS 4, 5
Organograma da Secretaria Municipal de Saúde	(IND10) AF no organograma da SMS	Verificar se a gestão tem ciência do organograma da SMS e se a AF está inserida nele.	(I) A AF Municipal está formalmente inserida no Organograma da SMS = 10 pt. (II) AF não está inserida no Organograma da SMS = 0 pt. (III) Gestor da AF não sabe informar = -1 pt.	AFG 5

(conclusão)

<p>Normativas Legais específicas para a AF</p> <p>Adoção de Normas técnicas para as atividades da AF</p>	<p>(IND11) Elaboração de Normativas legais para AF Municipal e adoção de Normas Técnicas para as atividades da AF</p>	<p>Verificar se a AF Municipal elabora ou adota procedimentos operacionais para o desempenho das atividades da AF.</p>	<p>(I) Município dispõe de normativas legais específicas para AF e adota normas técnicas nas suas atividades = 10pt.</p> <p>(II) Município não dispõe de normativas legais, mas adota normas técnicas específicas para as atividades da AF = 5pt.</p> <p>(III) Município dispõe de normativas legais para AF, mas não adota normas técnicas para suas atividades = -1 pt</p> <p>(IV) Não adota normativa ou norma técnica ou não sabe informar = - 2 pt</p>	<p>AFG 1</p> <p>AFG 2</p> <p>AFG 3</p>
<p>Plano Municipal de Saúde</p>	<p>(IND12) Existência da AF no Plano Municipal de Saúde.</p>	<p>Verificar a inserção da AF no Plano Municipal de Saúde.</p>	<p>(I) A AF está inserida no Plano Municipal de Saúde = 10pt.</p> <p>(II) A AF não está inserida no Plano Municipal de Saúde = -2 pt.</p> <p>(III) Gestor da AF não sabe informar = - 2 pt</p>	<p>AFG 4</p>
<p>Formulário Terapêutico Municipal (FTN)</p>	<p>(IND13) Disponibilidade do Formulário Terapêutico Nacional.</p>	<p>Verificar se AF Municipal disponibiliza (cópia ou por via eletrônica) o FTN para os profissionais.</p>	<p>(I) A AF Municipal dispõe de cópia ou acesso <i>on line</i> do FTN para os profissionais de saúde = 10 pt.</p> <p>(II) A AF Municipal não disponibiliza de cópia ou acesso <i>on line</i> do FTN para os profissionais = 0 pt.</p> <p>(III) Gestor da AF não sabe informar = -1 pt.</p>	<p>AFS 9</p>

Fonte: .Elaboração própria (Brasil, 1998, 2004, 2011, 2013; Marin, *et al*, 2003; Santos-Pinto, 2013).

Quadro 4 - Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Insumos - eixo de análise Recursos Físicos e Operacionais.

Item de verificação	Nº do Indicador e descrição	Análise do Município	Critérios de julgamento e Pontuação	Questionário
Estrutura para armazenamento de medicamentos.	(IND14) Cumprimento das Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos.	Verificar se o Município cumpre com as Boas Práticas de Armazenamento (BPA)	(I) AF Municipal possui estrutura adequada para armazenamento e segue BPA = 10 pt. (II) AF Municipal possui estrutura para armazenamento de medicamentos, mas não segue BPA = -1 pt. (III) AF Municipal não possui estrutura para armazenamento de medicamentos e não segue BPA ou não sabe informar se segue as normas = -2 pt.	AFZ 1, 2
Estrutura de dispensação de medicamentos	(IND15) Cumprimento das Boas Práticas de Dispensação de medicamentos.	Verificar se o Município segue as Boas Práticas de Dispensação (BPD).	(I) A AF Municipal possui estrutura adequada para dispensação e segue BPD = 10 pt. (II) A AF Municipal possui estrutura dispensação mas não segue BPD em nenhum de seus critérios = -1 pt. (III) A AF Municipal não tem estrutura para dispensação e não segue BPD = -2 pt	AFU 1, 2, 3,4
Logística para distribuição de medicamentos	(IND16) Distribuição dos medicamentos	Verificar a preservação das especificidades dos medicamentos independente do trajeto percorrido para o transporte. Considerar a periodicidade e regularidade na distribuição.	(I) A AF Municipal possui logística estruturada para distribuição de medicamentos, como: rotas, vias, periodicidade, relação quantitativa, especificações de transporte = 10 pt. (II) A AF Municipal não possui logística estruturada para distribuição de medicamentos ou o gestor não sabe informar = -2 pt	AFT 4

Fonte: Elaboração própria (Marin, *et al*, 2003; Santos-Pinto, 2013; Osorio-de-Castro, 2014.)

Quadro 5 - Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Insumos - eixo de análise Recursos Financeiros

(continua)

Item de verificação	Nº do Indicador e descrição	Análise do Município	CrITÉrios de julgamento e Pontuação	Questionário
Recursos financeiros próprios <sup>1</sup>	(IND17) Recursos financeiros do município para o financiamento do Componente Básico AF.	Verificar se o valor aportado pelo município na CIT atende ao mínimo estipulado pela legislação vigente.	(I) O Município aporta para além do valor mínimo pactuado = 10 pt. (II) O Município aporta o valor pactuado = 5pt. (III) O Município aporta menos que o valor pactuado = -1 pt. (III) O Gestor da AF não sabe informar o valor pactuado = -2 pt	AFG 11
Recursos financeiros próprios <sup>2</sup>	(IND18) Despesas com compras emergenciais de medicamentos	Verificar o valor gasto em compras emergenciais de medicamentos.	(I) O Município não faz compras emergenciais de medicamentos = 10 pt. (II) O Município gasta menos que valor gasto com a compra de medicamentos pactuados para aquisição emergencial = 5 pt. (III) O Município gasta mais em compras emergenciais de medicamentos do que o valor dispensado com a compra de medicamentos programados = -1 pt. (IV) Gestor não sabe informar o valor gasto em compras emergenciais = -2 pt	AFG 17 AFA 5, 6, 7
Recursos financeiros próprios <sup>3</sup>	(IND19) Despesas com compras de medicamentos judicializados	Verificar o valor gasto com compras de medicamentos judicializados.	(I) O Município gasta mais com a compra de medicamentos pactuados do que com aquisição de medicamentos judicializados = 10 pt. (II) O Município gasta mais com a compra de medicamentos judicializados do que com aquisição de medicamentos pactuados = -1 pt. (III) A AF Municipal não sabe informar os valores de medicamentos judicializados = -2 pt	AFG 18, 19, 20, 21

(conclusão)

Recursos financeiros do Estado	(IND20) Recursos financeiros do Estado para o financiamento da AF Municipal	Verificar se o valor aportado pelo Estado na Comissão CIT atende ao mínimo estipulado pela legislação vigente.	<p>(I) A AF Municipal tem ciência e recebe o valor mínimo pactuado na CIT pelo Estado = 10 pt.</p> <p>(II) A AF Municipal tem ciência do valor pactuado, mas recebe menos que o valor pactuado na CIT pelo Estado = 5 pt.</p> <p>(III) A AF Municipal não sabe informar o valor pactuado ou desconhece o aporte financeiro pelo Estado = -2 pt.</p>	AFG 12
Recursos financeiros do Governo Federal	(IND21) Recursos financeiros do Governo Federal para o financiamento da AF Municipal	Verificar se o valor aportado pelo Governo Federal na CIT atende ao mínimo estipulado pela legislação vigente.	<p>(I) A AF Municipal tem ciência e recebe o valor mínimo pactuado na CIT pelo Governo Federal = 10 pt.</p> <p>(II) A AF Municipal tem ciência do valor pactuado, mas recebe menos que o valor pactuado na CIT pelo Governo Federal = 5 pt.</p> <p>(III) A AF Municipal não sabe informar o valor pactuado ou desconhece o aporte financeiro pelo Governo Federal = -2 pt.</p>	AFG 8, 9

Fonte: Elaboração própria (Brasil, 2012, 2013; Santos-Pinto, 2013)

Quadro 6 - Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Atividades - eixo de análise Coordenação

Item de verificação	Nº do Indicador e descrição	Análise do Município	Crerios de julgamento e Pontuação	Questionário
Componente Estratégico da AF	(IND22) Gestão de medicamentos pertencentes ao Componente Estratégico da AF	Verificar a disponibilidade dos medicamentos elencados no Componente Estratégico da AF.	(I) O Município dispensa medicamentos do Componente Estratégicos da AF = 10 pt. (II) O Município não dispensa medicamentos do Componente Estratégico da AF = -2 pt. (III) O Gestor da AF não sabe informar se o Município dispensa medicamentos do Componente Estratégico da AF = -2 pt	AFG 13, 14
Componente Especializado da AF	(IND23) Gestão de medicamentos do Componente Especializado da AF.	Verificar a disponibilidade dos medicamentos elencados no Componente Especializado da AF, sob responsabilidade do Estado e do Governo Federal.	(I) O Município dispensa ou não medicamentos do Componente Especializado da AF, de responsabilidade do Estado e do Governo Federal = 0 pt. (II) O Gestor da AF não sabe informar se o Município dispensa medicamentos do Componente Especializado da AF = -2 pt	AFG 15, 16 AFR 8
Procedimentos Específicos para manejo das demandas judiciais e processos administrativos	(IND24) Procedimentos Específicos para execução das demandas judiciais e processos administrativos	Verificar se a gestão da AF dispõe de procedimentos específicos estabelecidos para o manejo das demandas judiciais e processos administrativos.	(I) O Município realiza análise técnica das prescrições dos demandantes e contato regular com o judiciário = 10 pt. (II) O Município não adota procedimentos específicos = -1 pt. (IV) Gestor não sabe informar = -1 pt	AFG 22

Fonte: Elaboração própria (Marin *et al*, 2003; Santos-Pinto, 2013; Osorio-de-Castro, 2014).

Quadro 7- Matriz de Indicadores para Gestão da AF em Municípios da Região Sudeste do Brasil: Componente Atividades - eixo de análise Atividades da Assistência Farmacêutica

(continua)

Item de verificação	Nº do Indicador e descrição	Análise do Município	Critérios de julgamento e Pontuação	Questionário
Programação de Medicamentos	(IND25) Critérios para Programação de Medicamentos	Verificar se AF adota critérios para programação de compras, como: perfil epidemiológico, oferta de serviços, consumo histórico, consumo ajustado, recursos disponíveis e locais para estocagem.	(I) AF Municipal considera critérios compostos para execução da atividade de Programação = 10 pt. (II) AF Municipal considera apenas um critério para execução da atividade de Programação = 5 pt. (III) AF Municipal não estabelece nenhum critério para atividade de Programação = -2 pt. (IV) AF Municipal não sabe informar quais critérios utiliza para Programação de Medicamentos = -2pt	AFP 1
Processos de Aquisição de Medicamentos	(IND26) Modalidade de compra de medicamentos destinados ao suprimento das unidades municipais de saúde	Verificar os critérios estabelecidos para compra de medicamentos conforme as normativas legais.	(I) AF Municipal adota modalidades de aquisição conforme Lei 8.666/93 com emissão de Parecer Técnico = 10 pt. (II) AF Municipal adota modalidades de aquisição conforme Lei 8.666/93 sem emissão de Parecer Técnico = -2 pt. (III) AF Municipal não sabe informar quais modalidades de Aquisição de Medicamentos = -2 pt	AFA 1a AFA 2

(continua)

Processos de Aquisição de medicamentos judicializados e de processos administrativos	(IND27) Modalidade de compra de medicamentos destinados ao cumprimento das demandas judiciais e processos administrativos	Verificar os critérios estabelecidos para compra de medicamentos conforme as normativas legais.	(I) AF Municipal adota modalidades de aquisição conforme Lei 8.666/93 com emissão de Parecer Técnico = 10 pt. (II) AF Municipal adota modalidades de aquisição conforme Lei 8.666/93 sem emissão de Parecer Técnico = -1 pt. (III) AF Municipal não sabe informar quais modalidades de Aquisição de Medicamentos = -1 pt	AFA 1b AFA 2
Processos adicionais durante a execução da atividade de Aquisição de medicamentos	(IND28) Critérios adicionais para Aquisição de medicamentos	Verificar se a gestão da AF utiliza critérios adicionais para executar a atividade de Aquisição de medicamentos, como: cadastro de fornecedores, contrato de fornecimento, elaboração de edital, etc.	(I) AF Municipal adota mais de um critério para execução da atividade de Aquisição de Medicamentos = 10 pt. (II) AF Municipal adota apenas um critério para execução da atividade de Aquisição de Medicamentos = 5 pt. (III) AF Municipal não adota ou não sabe informar quais critérios adicionais possíveis para realização da atividade Aquisição de Medicamentos = -1 pt	AFA 4
Dispensação de medicamentos judicializados	(IND29) Dispensação de medicamentos judicializados	Verificar se existe semelhança ou diferença durante a dispensação de medicamentos judicializados. Se há cumprimento das BPD.	(I) A dispensação de medicamentos judicializados segue os padrões definidos pela BPD = 10 pt. (II) A dispensação de medicamentos judicializados ocorre apenas com o controle dos itens dispensados = 5 pt. (III) A AF Municipal não segue BPD ou não sabe informar = -1 pt.	AFU 5

(conclusão)

Doação de medicamentos	(IND30) Medicamentos adquiridos por doação	Verificar se há disponibilidade ou recebimento de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.	<p>(I) O Município não recebe ou distribui medicamentos doados = 10 pt.</p> <p>(II) O Município recebe e distribui medicamentos doados e cumpre todas as etapas de gestão, como BPD e BPA = 5 pt.</p> <p>(III) O Município recebe e distribui medicamentos doados, mas não cumpre todas as etapas de gestão = -1 pt.</p> <p>(III) A gestão da AF não sabe informar se o Município recebe medicamentos por doação = -2 pt</p>	AFH 1
Descarte de Medicamentos	(IND31) Estrutura para descarte de medicamentos	Verificar se estrutura adequada para descarte de medicamentos no Município, como: plano, manual de informações, periodicidade no recolhimento e local adequado para o recolhimento	<p>(I) Possui estrutura adequada para descarte de medicamentos, com plano ou manual de informações e recolhimento regular = 10 pt.</p> <p>(II) Possui estrutura destinada ao recolhimento dos medicamentos a serem descartados e manual de informações, mas não faz o descarte regular = 5pt.</p> <p>(III) Não possui estrutura, plano, nem manual de informações para o descarte de medicamentos = -1 pt</p> <p>(IV) A gestão da AF não sabe informar se o Município possui Plano para descarte de medicamentos = -2 pt</p>	AFD 1, 2, 3, 4, 5

Fonte: Elaboração própria (Marin *et al*, 2003; Santos-Pinto, 2013; Osorio-de-Castro, 2014)

## 5.6 – ANÁLISE DO PERFIL DE INSUMOS, ATIVIDADES E GESTÃO DE DEMANDAS JUDICIAIS

O perfil quanto a gestão de Insumos, Atividades e Organização da AF para atendimento a Demandas Judiciais e Processos Administrativos de medicamentos no conjunto de municípios foi examinado de forma horizontal, por indicador, buscando a compreensão de como cada indicador, no interior de cada eixo de análise e no bojo que cada componente se expressava.

A cada resposta de município foi atribuído um valor (ver seção 5.6) e estes foram somados para oferecer o valor final de cumprimento para cada indicador. Foram também calculados os valores máximos possíveis para cada indicador (caso todos os municípios tivessem pontuado dez pontos).

Aos somatórios de cada indicador foram aplicados pontos de corte que limitaram o *status* do perfil, conforme apresentado no Quadro 8. Cada componente/eixo de análise, vista no conjunto de municípios foi assim categorizado em quatro diferentes possibilidades, que refletissem a efetividade [consecução daquilo que a AF se propõe a realizar, na prática]: *Satisfatória, Regular, Deficiente e Inadequada*.

Quadro 8 - Escore para pontuação segundo critérios de análise

Componente	Pontuação máxima	Pontos de corte para categorizar	Percentuais	Status
Gestão de Insumos	190	190-133 pt	100-70%	Satisfatória
		132-95 pt	69-50%	Regular
		94-57 pt	49-30%	Deficiente
		≤ 56 pt	≤ 29%	Inadequada
Gestão de Atividades	70 pontos	70-49 pt	100-70%	Satisfatória
		48-35 pt	69-50%	Regular
		34-21 pt	49-30%	Deficiente
		≤ 20 pt	≤ 29%	Inadequada
Gestão de Demandas	60 pontos	60-42 pt	100-70%	Satisfatória
		41-30 pt	69-50%	Regular
		29-18 pt	49-30%	Deficiente
		≤ 17 pt	≤ 29%	Inadequada

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Santos-Pinto 2013.

## 5.7 - SÍNTESE DOS CASOS

A síntese dos casos abordou os municípios individualmente, examinando de forma vertical seu desempenho no conjunto de indicadores, buscando o panorama global da gestão da AF Municipal. Além disso incorporou outros indicadores, importantes para caracterização do perfil do município, detalhados a seguir:

- Demográficos – tamanho da população
- Socioeconômicos – (i) percentual de população alfabetizada; (ii) Índice de Desenvolvimento Humano; (iii) Índice *Gini*.
- Situação de Saúde – (i) Taxa de Mortalidade Infantil; (ii) Percentual de Cobertura de Equipe de Saúde da Família.
- Recursos Financeiros – (i) Participação percentual da receita de impostos na receita líquida total do município; (ii) Participação percentual das transferências intergovernamentais líquidas na receita total do município; (iii); Participação das despesas com medicamentos na despesa total com saúde; (iv) Despesa com saúde subfunção AF; (v) % de aplicação em saúde sobre a receita.

A proposta deste estudo abarca a mesma base conceitual e modelo, além de exibir muitas semelhanças nos indicadores propostos por Santos-Pinto (2013). Os Quadro 9 e 10 expõem comparativamente as duas abordagens para insumos e atividades da AF e organização para o cumprimento das demandas judiciais por medicamentos.

Quadro 9 - Quadro Comparativo de Indicadores para Gestão da AF

	Santos-Pinto, 2013	Presente Estudo
Insumos – Recursos Humanos	(1) Profissionais envolvidos na gestão, segundo formação.	(1) Farmacêutico na gestão da AF e tempo de experiência (2) Constituição da equipe executora da AF municipal
	(2) Existência de CFT	(3) Constituição de CFT no município com participação do farmacêutico e regularidade nas reuniões
	(3) Médicos atuando no setor público.	-----
	(4) Farmacêutico no Almoxarifado Central ou CAF.	(6) Presença de farmacêutico responsável técnico pela CAF.
	(5) Profissionais que realizam dispensação.	(5) Percentual de farmacêutico na dispensação de medicamentos.
	(6) Quantas unidades de saúde contam com farmacêutico na dispensação.	(4) Percentual de unidades de saúde que possuem farmacêuticos na dispensação de medicamentos.
Insumos - Adequações às Normas	(8) Existência de Vigilância Epidemiológica	(8) Existência de Vigilância Epidemiológica no Município
	(9) RENAME	(9) Existência e uso de lista de Medicamentos Essenciais como critério para as atividades do Ciclo da AF
	(10) Normativas de AF disponíveis	(11) Elaboração de normativas legais para AF Municipal e adoção de Normas Técnicas para as atividades.

	(11) Adoção de PCDT	-----
	(12) Adoção de Normas Técnicas sobre critérios de armazenamento, distribuição e dispensação (POP)	(11) Elaboração de normativas legais para AF Municipal e adoção de Normas Técnicas para as atividades.
	(13) Plano Municipal de Saúde	(12) Existência da AF no Plano Municipal de Saúde.
	-----	(13) Disponibilidade do Formulário Terapêutico Nacional
	-----	(10) AF no organograma da SMS
Recursos Físicos e Operacionais	(14) Estrutura de armazenamento	(14) Cumprimento das Boas Práticas de Armazenamento
	(15) Estrutura de dispensação	(15) Cumprimento das Boas Práticas de Dispensação
	(16) Estrutura de transporte	(16) Distribuição dos medicamentos
Insumos – Recursos Financeiros	(17) Valor pactuado pelo Município na CIB para financiamento da AF Básica	(17) Recursos financeiros do município para financiamento do Componente Básico da AF
	(18) Valor pactuado pelo Estado na CIB para financiamento da AF Básica	(20) Recursos financeiros do Estado para financiamento da AF Municipal
	(19) Aporte Federal para financiamento da AF Básica	(21) Recursos financeiros do Governo Federal para financiamento da AF Municipal
	(20) Valor aportado pelo município relativo à parte variável do Componente da Atenção Básica	-----
	(21) Despesas do Município com compras emergenciais no último ano	(18) Despesas com compras emergenciais de medicamentos
Atividades - Coordenação	(24) Verificar se AF consta no organograma	IND10 foi considerado apenas para a eixo de análise “Adequações às Normas”
	(25) Verificar se ocorre monitoramento da AF	-----
	(26) Logística dos Programas Estratégicos	(22) Gestão de medicamentos Estratégicos da AF
	-----	(23) Gestão de medicamentos Especializados da AF
	(28) Plano Estadual da AFB	-----
Atividades – Atividades da AF	(30) Formulação e atualização do elenco municipal	Contemplado nos indicadores 3 e 9, analisado na eixo de análise Recursos Humanos e Adequações às Normas, respectivamente.
	(32) Realização de Programação das necessidades de medicamentos	(25) Critérios para programação de medicamentos
	(35) Responsabilidade sobre a aquisição	-----
	(36) Mecanismo de compras	(26) Modalidade de compras de medicamentos destinados ao suprimento das unidades municipais de saúde
	(37) Utilização de ferramentas para auxílio nos processos de aquisição	(28) Critérios adicionais para aquisição de medicamentos
	(44) Controle da logística	(14) Cumprimento das Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos (BPA)
		(15) Cumprimento das Boas Práticas de Dispensação de Medicamentos (BPD)
		(16) Distribuição dos Medicamentos
	-----	(30) Medicamentos adquiridos por doação
	-----	(31) Estrutura para descarte de medicamentos
	(48) Existência de Adequações às Normas e normas disponíveis aos prescritores nos consultórios	Contemplado no indicador 13, analisado na eixo de análise Adequações às Normas
	(49) Capacitação continuada para Promoção do uso racional de medicamentos para os prescritores	-----
Normas técnicas escritas para dispensação nas unidades de saúde para atendimento ao usuário.	Contemplado no indicador 11, analisado na eixo de análise Adequações às Normas	
Nº de profissionais capacitados para gestão da AF	-----	

	Nº de profissionais capacitados para prescrição segundo URM	-----
	Nº de profissionais capacitados para dispensação segundo URM	-----

Fonte: Elaboração própria. (Nota: a numeração dos indicadores difere entre os trabalhos, pois cada um teve como subsídio a lógica do questionário. Ambos mantêm, no entanto, a relação com componentes e eixo de análises).

Quadro 10 - Quadro Compartivo de Indicadores de Gestão de Demandas Judiciais e Processos Administrativos de Medicamentos para AF

	Santos-Pinto, 2013	Ferreira, 2016
RH	(7) Profissional responsável pelas demandas judiciais, por medicamento.	(7) Equipe profissional responsável pela gestão das demandas judiciais e processos administrativos
Financeiros	(22) Despesas do município para atendimento das demandas, no último ano	(19) Despesas com medicamentos judicializados
	(23) Mobilização de recursos para atendimento das demandas	(18) Despesas com compras emergenciais de medicamentos (19) Despesas com medicamentos judicializados
Coordenação	(29) Manejo das demandas judiciais recebidas.	(24) Procedimentos específicos para execução das demandas judiciais e processos administrativos
Atividades da AF	(34) Programação leva em conta medicamentos demandados judicialmente	-----
	(43) Processo de compra de medicamentos demandados judicialmente	(27) Modalidade de compra de medicamentos destinados ao cumprimento das demandas judiciais e processos administrativos
	(52) Dispensação de medicamentos de demandas judiciais	(29) Dispensação de medicamentos judicializados

Fonte: Elaboração própria. (Nota: a numeração dos indicadores difere entre os trabalhos, pois cada um teve como subsídio a lógica do questionário. Ambos mantêm, no entanto, a relação com componentes e eixo de análises).

Valendo-se da definição de Assis e colaboradores para indicadores como “*sinalizadores que buscam expressar sinteticamente um aspecto da realidade*”, cada município foi investigado como caso único, analisado verticalmente, e atribuída pontuação mediante a resposta obtida ao indicador apoiando-se na matriz organizada da forma como exposto nos Quadros 9 e 10.

A soma da pontuação de todos os componentes, descrito nas seções 5.6 e 5.7, permitiu um escore geral para cada município, que refletisse o panorama da gestão local (ASSIS *et al.*, 2005).

**320-224 pt** Gestão Satisfatória

**223-160 pt** Gestão Regular

**159-96 pt** Gestão Deficiente

**≤ 95 pt** Gestão Inadequada

Além disso, optou-se por trazer a síntese de casos, em forma de quadro, organizado de acordo com as questões norteadoras do trabalho, expostas na Introdução:

1. *De que forma está organizada a AF nos municípios selecionados?*

Esta pergunta foi abordada pelo Componentes Insumos – salvo pelo eixo de análise recursos financeiros – e pelo Componente Atividades.

2. *A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades sob sua responsabilidade?*

Esta questão, por sua vez, foi abordada pelo Componente/eixo de análise: Insumos/recursos financeiros.

3. *De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais nos municípios?*

Esta questão foi abordada integralmente pelo Componente Gestão de Demandas.

4. *Há semelhanças ou diferenças na gestão da AF nestes municípios?*

Esta última questão foi verificada na súmula final a respeito dos municípios estudados e apresentada nas Notas Finais deste trabalho.

## 5.8 - QUESTÕES ÉTICAS

O Conselho Nacional de Saúde em 12 de dezembro de 2012 aprovou novas diretrizes e normas reguladoras para as pesquisas envolvendo seres humanos no país, a Resolução nº 466. Esta vigente deliberação, que substituiu a Resolução nº 196/96, atribuiu maiores comprometimentos éticos e sociais aos pesquisadores envolvidos na execução de suas respectivas pesquisas (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE., 2013).

Os benefícios atribuídos a qualquer pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, a partir da Resolução nº 466, devem ser expressamente identificados, assim como os possíveis riscos inerentes ao processo de desenvolvimento da mesma para os participantes da pesquisa e/ou a sua comunidade. Ressaltando que esta participação deve ser gratuita e voluntária (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE., 2013).

Quanto aos benefícios, este trabalho se propôs a fazer uma diagnóstico da gestão da AF dos municípios selecionados no eixo quatro da pesquisa MUDE. Além de fornecer uma matriz de análise, aplicável a qualquer outro município brasileiro que deseje discernir os principais entraves no decorrer do processo de desenvolvimento do ciclo da AF municipal.

Os dados utilizados neste trabalho foram obtidos a partir banco de dados secundários de domínio público como: DATA SUS, IBGE, SMS, SES, e ainda, do banco de dados obtido das entrevistas com gestores municipais da AF. A fim de garantir a confidencialidade dos entrevistados no eixo quatro da Pesquisa MUDE, persistiu-se em assegurar integralidade ética, com métodos que atestasse o anonimato dos dados na divulgação dos resultados. Diante disso, os municípios selecionados foram identificados com denominação alfanumérica, a saber: M1, M2, M3, ...até completarem os dezesseis municípios, sem identifica-los.

Cabe ressaltar que a pesquisa MUDE, foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) para análise dos aspectos éticos e obteve aprovação sob o número de parecer 237/11 (CAAE: 0252.0031.00011).

## 6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados foi estruturada em conformidade com os objetivos específicos e será apresentada, respeitando o conjunto de municípios, nas seguintes sessões:

- i. Perfil geral dos municípios quanto aos indicadores demográficos, socioeconômicos, de saúde, e quanto à execução dos recursos financeiros;
- ii. Perfil da Assistência Farmacêutica nos Componentes Insumos e Atividades, no conjunto de municípios investigados;
- iii. Organização da AF para atendimento a Demandas Judiciais e Processos Administrativos de medicamentos no conjunto de municípios investigados;
- iv. Síntese dos Casos.

## 6.1 - PERFIL GERAL DOS MUNICÍPIOS INVESTIGADOS

Na busca por compreender a gestão da AF Municipal, inquiriu-se por traçar o perfil geral de cada município, na tentativa de subsidiar a análise desta gestão. Neste sentido a Tabela 1 apresenta os indicadores demográficos, socioeconômicos, de saúde e recursos financeiros dos 16 municípios selecionados.

Conforme mostrado na Tabela 1, existem semelhanças nos indicadores sociodemográficos entre municípios de portes diferentes, enquanto se percebe tendências entre municípios de mesmo porte, em relação aos indicadores de situação de saúde.

Quanto ao porte, destaca-se a formação de dois grupos no conjunto de municípios: um grupo com municípios de grande porte, com aproximadamente 31,3% (5) do total, e o outro grupo com municípios de médio porte, que representa 68,8% (11) da seleção. Nota-se grande variação populacional entre as unidades de investigação, com intervalo de 20.835 a 469.332 habitantes. Quando observada dentro do mesmo grupo, a variação populacional entre os municípios de médio porte foi maior (65%) do que os de grande porte (25%).

O conjunto de municípios apresentou média percentual de alfabetizados acima de 83%, média do índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,704 e média de índice *gini* 0,4984. Estes indicadores apontam cidades com população esclarecida, economicamente ativa e com distribuição de renda próxima ao índice nacional (0,495). Estes indicadores podem subsidiar o planejamento da AF, em todos os processos de suas atividades, bem como na estimativa de oferta de serviços e conhecimento das necessidades de saúde da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

O índice de analfabetismo tem influência direta nas condições de saúde da população. Estudos tem identificado aumento no número de mortes por doenças cardiovasculares e de mortalidade infantil, entre indivíduos analfabetos e mães analfabetas ou com menor nível de escolaridade. O analfabetismo também tem demonstrado ser uma dificuldade para adesão medicamentosa entre pacientes de doenças crônicas, com esquemas terapêuticos em multidoses e com diferentes medicamentos (MANSUR; FAVARATO, 2012; WENZEL; BUONGERMINO, 2011).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) diverge entre os municípios. Nove deles (56%) demonstraram taxas maiores que a encontrada para toda a Região Sudeste (12,0) em 2013. Ainda que o escopo deste estudo não sejam as causas (evitáveis ou não) da mortalidade infantil, de maneira geral, os fatores de riscos para seu aumento envolvem a escolaridade das

mães, a situação de saneamento ambiental, as deficiências nutricionais e a estruturação e organização dos serviços de saúde, que decorrem da qualidade da assistência em saúde condições de vida da população (DOLDAN; COSTA; NUNES, 2011; TEIXEIRA *et al.*, 2016).

Diferença também se percebeu na cobertura de atenção básica, aqui examinada mediante a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo percentual populacional coberto por Equipes de Saúde da Família (eSF). Para este indicador arbitrou-se pela média das coberturas durante o ano de 2013. A variação encontrada foi de 0% a 100% de cobertura em ESF em 2013 (BRASIL, 2013i).

Percebeu-se certa tendência ao plotar a população residente com o percentual de cobertura de atenção básica (Gráfico 1). Exceto por M8, todos os municípios de grande porte apresentaram percentuais de cobertura de atenção básica muito abaixo que os de médio porte.

O Ministério da Saúde considera a ESF como o principal método para a expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica em todo país. A Atenção Básica é na maioria das vezes o primeiro contato do usuário como o SUS, e tem como princípios reconhecer as necessidades de saúde de população, coordenar o cuidado com resolutividade, e relacionar-se com diferentes equipamentos de saúde de outros níveis de atenção, para reorganização do sistema de saúde no âmbito municipal. Desta forma, municípios com maiores percentuais de cobertura AB podem refletir melhores resultados de saúde (BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE, 2012).

O conhecimento quanto ao porte, aos indicadores sociodemográficos e de saúde do município, permite à gestão da AF local planejar as ações e organizar a estruturação dos serviços farmacêuticos municipais (BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE, 2006; SILVA; SARMENTO, 2014).

Quanto aos recursos financeiros, em consulta ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) verificou-se três indicadores que refletissem a capacidade de independência financeira, o impacto das despesas com medicamentos e a aplicação de recursos financeiros em saúde.

Quanto à participação percentual da receita de impostos na receita líquida total do município, a tabela mostra que todos os municípios apresentaram baixa capacidade de arrecadação. Apresenta-se como exemplo, o M3, um município de médio porte com população de 44.859 habitantes. M3 possuía arrecadação de 28,3%, maior que a arrecadação de M8 (grande porte – 603.442 habitantes) que foi de 23,8%. Ou seja M3, embora de menor porte em relação a M8, possuía maior arrecadação de impostos - excetuando as deduções –

que M8. Considerando que, muitos desses impostos compõe o orçamento da saúde - como IPTU, ITBI, ISS – infere-se dependência financeira e comprometimento na estabilidade dos recursos financeiros.

Diante deste resultado, verificou-se o grau de dependência do município em relação às transferências intergovernamentais. Todos os municípios apresentaram aquilo que podemos chamar de ‘percentual de dependência’ expressivo numa variação de 60% a 91%. Ou seja, do total das receitas de cada município (impostos, taxas e contribuições; receita patrimonial; receita de serviços; transferências correntes da União, Estados e outros Municípios; transferências do SUS; transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas; transferências de convênios; receitas de capital e receitas intra-orçamentárias), excetuando-se as deduções, o percentual advindo das receitas de transferências intergovernamentais correntes (União, Estados e Outros Municípios, incluindo transferências para o SUS) e de capital (União, Estados e Outros Municípios) os municípios selecionados eram muito dependentes das transferências das demais esferas de governo.

Além de possuírem baixa arrecadação de receitas municipais e alto grau de dependência das transferências intergovernamentais, este retrato coloca em “xeque” a própria possibilidade de existência como unidade federativa independente. Para estes casos, a literatura tem apontado como possibilidade para a gestão da AF a formação de consórcios intermunicipais, como estratégia para otimizar os recursos financeiros e diversificar as atividades econômicas. Esta ferramenta não foi identificada em nenhum dos municípios investigados (FERRAES; LUIZ, 2007; SANTOS *et al.*, 2014).

Com relação as despesas, foram verificadas (1) a participação percentual das despesas com medicamentos em relação as despesas totais com saúde, e, (2) o percentual de despesas liquidadas na sub função “*Suporte Profilático e Terapêutico*” (medicamentos) em relação ao total das despesas liquidadas com saúde. As despesas liquidadas na função “*Suporte Profilático e Terapêutico*”, oscilaram de 0 a 2,37% nos municípios. É um percentual muito baixo, considerando que os medicamentos são expressiva despesa em saúde, chegando a 60% em muitos países, inclusive em países em desenvolvimento. O percentual é tão baixo que é possível imaginar erro de preenchimento. A mesma hipótese infere-se ao indicador que apresenta o percentual das despesas com medicamentos em relação ao valor total gasto com saúde (CAMERON *et al.*, 2009).

No que se refere ao percentual aplicado em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), quinze municípios (93,8%) declararam ter investido mais do que a legislação

determina em ASPS. Frente aos 15% de receitas municipais determinados por lei, a média encontrada para esses investimentos em todos os municípios foi de 21%.

Considerando que os investimentos em ASPS devem ser aqueles voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde (principais escopos da Atenção Básica) esperar-se-ia encontrar nos municípios com maiores aportes financeiros maiores percentuais de cobertura de ESF o que nem sempre correspondeu à realidade. Ressalta-se que todos os municípios apresentaram alto grau de dependência das transferências intergovernamentais e baixa capacidade de arrecadação própria, e ainda assim declararam aportar mais do que a legislação determina em ASPS, que aponta para uma reflexão quanto a responsabilidade solidária dos demais entes em relação aos recursos financeiros para saúde.

O preenchimento no campo “*participação da despesa com medicamentos*” e da “*despesa da subfunção “Suporte Profilático e Terapêutico – AF”*” parece não ter ficado claro para os gestores municipais. Muitos municípios declararam despesas “zeradas” ou muito baixas. Ao consultar a mesma informação no SIOPS para os respectivos Estados, o resultado encontrado foi, surpreendentemente muito semelhante, o que remete para a incapacidade ou desresponsabilização quanto à prestação de contas pelos gestores municipais e estaduais. Se verdadeiro (não se afasta a possibilidade de outros erros de sistema e de resgate da informação), isto inferiria uma despesa proporcionalmente maior para o município, sem que o gestor municipal se aproprie dela. Silva *et al* apontaram fragilidades dos gestores municipais no conhecimento e uso do SIOPS em dez municípios brasileiros, frente à sua capacidade de instrumento para o planejamento e gestão. Os autores também encontraram, em municípios pernambucanos, disparidades entre as informações declaradas no SIOPS e as constatadas pelas auditorias do Tribunal de Conta do respectivo Estado (GONÇALVES *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2010).

Diante dos resultados de Silva e colaboradores, buscou-se se haveria a mesma incongruência ou informação que corroborasse a observação dos pesquisadores, nos respectivos relatórios de prestação de contas dos municípios selecionados, a partir dos Tribunais de Contas dos Estados (TCE) de RJ, SP, MG e ES. No entanto, apenas o Relatório do TCE do RJ estava disponível no respectivo sítio de internet, fato que levou ao descarte desta busca para o conjunto de municípios.

Embora normatizado, desde 2012, o preenchimento e envio do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) junto ao Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) um (1) município não declarou seus investimentos. A publicação das informações de aplicação de recursos em saúde favorece o controle social do sistema e

contribui para formulação de políticas públicas que racionalizem os gastos e otimizem os recursos disponíveis. (BRASIL, 2013j).

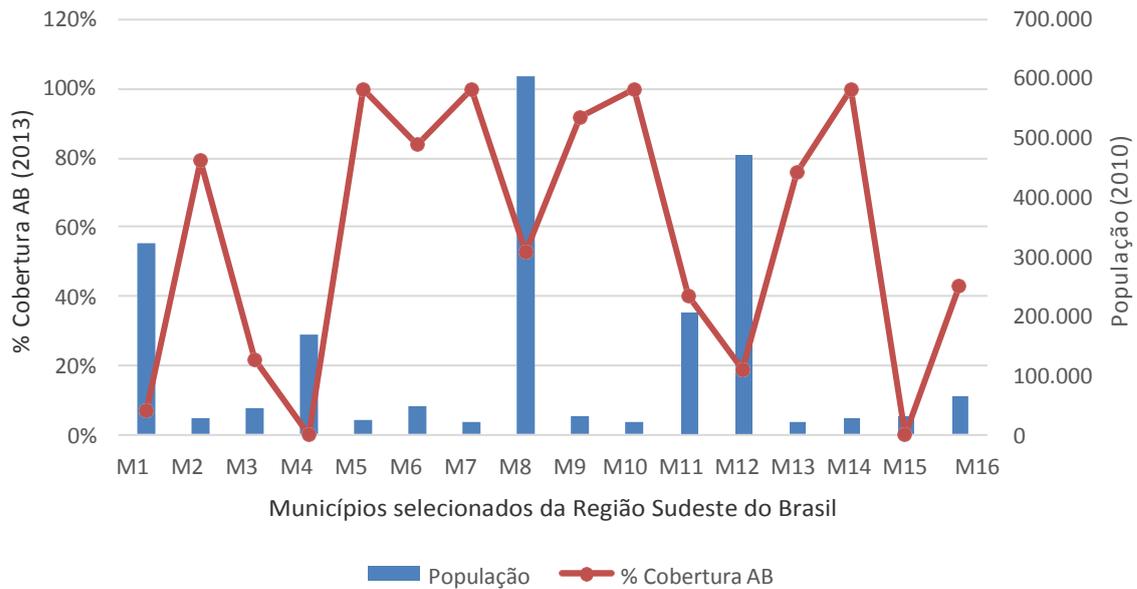
O não preenchimento ao RREO, no prazo estipulado pelo MS, ou descumprimento da aplicação dos recursos públicos em ASPS, pode acarretar em suspensão de transferências constitucionais. Esta suspensão pode acontecer automaticamente face a interlocução entre os sistemas de informação SIOPS e Ministério da Fazenda. O município não declarante (M11), não enviou o relatório referente ao 3º (bimestre de referência no estudo), 4º e 5º bimestre de 2013. No entanto quando investigado a transferência proveniente da União a traves da Sala de Apoio Estratégico (SAGE SUS) a mesma foi executada, sem que houvesse suspensão, nos bimestres subsequentes. Este recurso refere-se dos pagamentos federais destinados aos prestadores de serviços sob a gestão municipal, via transferência Fundo a Fundo. Quanto a transferência proveniente do Estado não foi possível esta verificação (BRASIL, 2013j).

Tabela 1 - Características gerais dos municípios selecionados, 2013

Município	Demográfico	Socioeconômicos			Situação de Saúde		Recursos Financeiros				
	População	% Pop alfabetizada	IDH	Índice Gini	Taxa de Mortalidade Infantil/1000 nascidos vivos	% Cobertura de eSF	Participação % da receita de impostos na receita líquida total do município	Participação % das transferências intergovernamentais líquidas na receita total do município	Participação % das despesas com medicamentos na despesa total com saúde	Despesa com saúde subfunção AF	% de aplicação em saúde sobre a receita
<b>M1</b>	321.770	84%	0,714	0,4556	15,5	7%	21,92%	72,02%	0,00%	1,86%	22%
<b>M2</b>	28.841	85%	0,726	0,5612	11,8	79%	10,17%	81,28%	2,93%	0,00%	31%
<b>M3</b>	44.859	87%	0,762	0,4488	8,2	22%	28,33%	67,62%	3,21%	1,36%	19%
<b>M4</b>	168.306	86%	0,738	0,4559	17,3	0%	13,11%	79,85%	4,00%	2,02%	18%
<b>M5</b>	26.033	76%	0,642	0,4975	18,3	100%	2,39%	82,81%	2,82%	1,00%	20%
<b>M6</b>	48.519	88%	0,753	0,5052	9,0	84%	17,32%	71,12%	0,00%	2,37%	17%
<b>M7</b>	20.835	76%	0,656	0,6597	25,0	100%	6,48%	78,74%	0,28%	0,03%	22%
<b>M8</b>	603.442	89%	0,756	0,4953	10,8	53%	23,76%	59,90%	2,45%	0,00%	20%
<b>M9</b>	30.732	84%	0,654	0,4615	12,1	92%	8,14%	84,12%	0,00%	2,08%	23%
<b>M10</b>	21.349	80%	0,654	0,5072	16,8	100%	5,58%	86,02%	3,82%	0,00%	27%
<b>M11</b>	206.728	87%	0,764	0,4606	12,1	40%	*	*	*	*	*
<b>M12</b>	469.332	87%	0,684	0,5664	14,0	19%	11,13%	78,04%	0,00%	0,00%	26%
<b>M13</b>	22.366	76%	0,647	0,4602	6,2	76%	1,66%	91,19%	4,27%	2,16%	28%
<b>M14</b>	29.081	81%	0,702	0,4909	2,5	100%	4,77%	74,50%	3,60%	0,00%	17%
<b>M15</b>	30.768	81%	0,721	0,5291	16,3	0%	7,04%	65,97%	2,93%	0,00%	23%
<b>M16</b>	65.001	84%	0,686	0,47502	10,0	43%	14,90%	76,02%	1,75%	0,00%	18%

Fonte: Elaboração própria. (IBGE, 2010; DATASUS, 2013; SIOPS, 2016). Nota:\* Município não transmitiu os dados para cálculo do demonstrativo.

Gráfico 1 - População dos municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil e percentual de cobertura de Equipe de Saúde da Família, 2013



Fonte: IBGE, Ministério da Saúde. Elaboração própria.

## 6.2 - PERFIL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS COMPONENTES INSUMOS E ATIVIDADES

Nesta sessão são apresentados os resultados obtidos pelos municípios aos indicadores para gestão da Assistência Farmacêutica nos Componentes Insumos e Atividades, por eixo de análise.

A gestão destes Componentes não foi homogênea no conjunto de municípios, e nenhum município alcançou gestão satisfatória para os dois componentes simultaneamente. No Componente Insumos a maior parte 62,5% (10) teve gestão inadequada, 18,75% (3) gestão deficiente, 12,5% (2) gestão regular e apenas 6,25% (1) gestão satisfatória. Enquanto que, no Componente Atividades, 56,25% (9) pontuaram gestão deficiente, 25,00% (4) gestão inadequada, 18,75% (3) foi gestão regular.

Ao analisar os indicadores por eixo de análise, os municípios são mais semelhantes e as diferenças mais evidentes. As pontuações revelam desafios para a gestão da AF em temas considerados 'consolidados' pela literatura ou por normatizações legais. Nota-se que em 62,5% (10) dos municípios, mais da metade das unidades de saúde não possuem farmacêuticos na dispensação de medicamentos; 56,25% (9) não possuem relação municipal de medicamentos essenciais; em 81,25% (13) a AF não está inserida no organograma da SMS ou o gestor desconhece; e somente três, do conjunto de municípios, declararam não realizar compras emergenciais de medicamentos. Esses resultados interferem diretamente no

desempenho da AF e nos desfechos esperados para a promoção da saúde, racionalização dos custos e do uso de medicamentos (BRASIL, 1973, 2004b; JARAMILLO; CORDEIRO, 2014; WANNMACHER, 2014).

As Tabelas 2 e 3 apresentam as pontuações obtidas por cada município, por indicador e eixo de análise. Ao final, têm-se a pontuação geral do respectivo município no respectivo Componente (ver seção 5.7).

As tabelas supracitadas também exibem o percentual de atendimento de cada indicador no conjunto de municípios. Estes resultados suscitam as principais fragilidades, desafios e aspectos positivos presentes na seleção estudada. A exemplo, o desafio de manter unidades de saúde com farmacêutico na dispensação de medicamentos, contrariando uma disposição legal estabelecida desde 1973, assim como a presença da AF no Plano Municipal de Saúde ou a participação do gestor da AF na sua elaboração. Este último indicador (IND 12) foi atendido plenamente em apenas 2,5% do total, inferindo possível desvalorização da AF Municipal frente às demais políticas do município. (BRASIL, 1973; BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE, 2006).

A seguir, cada eixo de análise será discutido mediante o atendimento aos seus indicadores correspondentes, tendo em vista que não cabe apenas o apontamento do percentual de atendimento total, como visto no IND23 (disponibilidade de medicamentos do CEAF no município).

Tabela 2 - Pontuação para efetividade da Gestão da AF nos municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil, Componente Insumos, 2013

Eixo de Análise	Indicador	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	% IND	
Recursos Humanos	IND1	10	5	10	10	0	5	10	5	0	0	0	0	(-1)	0	0	0	33%	
	IND2	10	10	10	10	10	10	10	10	5	10	10	10	10	5	10	5	90%	
	IND3	10	(-1)	(-1)	5	(-1)	(-1)	(-1)	10	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	7,5%	
	IND4	0	0	(-2)	0	0	0	(-2)	0	(-2)	0	0	0	0	(-2)	(-2)	(-2)	0%	
	IND5	0	0	(-1)	0	10	0	(-1)	5	10	0	10	10	10	0	0	0	(-1)	26%
	IND6	10	10	(-1)	10	10	10	10	10	10	(-1)	10	10	10	10	10	10	10	86%
Pontuação da área		40	24	15	35	29	24	26	40	11	19	29	29	18	12	17	11		
Adequações às Normas	IND8	0	0	0	0	0	0	(-1)	10	0	(-1)	0	0	10	(-1)	0	0	10%	
	IND9	10	(-2)	(-2)	(-2)	5	10	5	10	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	10	(-2)	10	(-2)	26%	
	IND10	0	(-1)	10	0	(-1)	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	11%	
	IND11	5	(-2)	(-2)	5	(-2)	5	(-2)	10	(-2)	(-2)	5	5	10	(-2)	(-2)	(-2)	16%	
	IND12	10	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	10	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	10	(-2)	(-2)	(-2)	2,5%	
	IND13	10	0	0	0	0	0	(-1)	10	10	0	0	(-1)	10	(-1)	0	0	23%	
Pontuação da área		35	(-7)	4	1	0	13	(-1)	50	4	(-7)	1	0	60	(-8)	6	(-6)		
Recursos Físicos e Operacionais	IND14	10	10	(-1)	(-1)	(-1)	10	(-2)	10	(-2)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	10	(-1)	23%	
	IND15	10	10	(-1)	10	10	10	10	10	10	(-1)	10	10	10	10	10	10	86%	
	IND16	10	(-2)	10	10	(-2)	10	(-2)	10	10	(-2)	10	10	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	40%	
	IND17	30	18	8	19	7	30	6	30	18	7	8	19	7	7	18	7		
Recursos Financeiros	IND17	5	5	(-2)	5	(-2)	(-2)	(-2)	5	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	10	(-2)	10	(-2)	12%	
	IND18	(-2)	(-2)	(-2)	5	(-2)	(-1)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	10	(-2)	10	(-1)	10	8%	
	IND19	10	10	(-2)	10	(-2)	(-2)	(-2)	10	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	10	(-2)	(-2)	(-2)	11%	
	IND20	10	10	(-2)	5	(-2)	(-2)	(-2)	5	10	(-2)	(-2)	(-2)	5	(-2)	(-2)	(-2)	15%	
Pontuação da área		23	23	(-8)	25	(-8)	(-7)	(-8)	18	4	(-8)	(-8)	4	23	4	5	4		
<b>Pontuação Geral do Componente</b>		<b>128</b>	<b>58</b>	<b>19</b>	<b>80</b>	<b>28</b>	<b>60</b>	<b>23</b>	<b>138</b>	<b>37</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>52</b>	<b>108</b>	<b>15</b>	<b>46</b>	<b>16</b>		
<b>Percentual por Município</b>		<b>67%</b>	<b>30%</b>	<b>10%</b>	<b>42%</b>	<b>15%</b>	<b>31%</b>	<b>12%</b>	<b>72%</b>	<b>19%</b>	<b>6%</b>	<b>16%</b>	<b>27%</b>	<b>57%</b>	<b>8%</b>	<b>24%</b>	<b>8%</b>		

Fonte: Elaboração própria. NOTA. % IND: apresenta o percentual de atendimento ao respectivo indicador. IND1: Farmacêutico na gestão e tempo de experiência. IND2: Constituição da equipe executora da AF Municipal. IND3: Constituição de CFT no município com participação do farmacêutico e regularidades nas reuniões. IND4: Percentual de unidades de saúde que possuem farmacêutico na dispensação de medicamentos. IND5: Percentual de farmacêutico atuante na dispensação de medicamentos. IND6: Presença de farmacêutico na CAF. IND8: Existência de Vigilância Epidemiológica no Município. IND9: Existência e uso de lista de medicamentos como critério para as atividades do Ciclo da AF. IND10: AF no organograma da SMS. IND11: Elaboração de normativas legais para AF Municipal e adoção de normas técnicas para as atividades da AF. IND12: Existência da AF no Plano Municipal de Saúde. IND13: Disponibilidade de Formulário Terapêutico Nacional. IND 14: Cumprimento das boas práticas de armazenamento. IND15: Cumprimento das boas práticas de dispensação de medicamentos. IND16: Distribuição dos medicamentos. IND17::Recursos Financeiros do Município para o financiamento do Componente Básico da AF. IND18: Despesas com compras emergenciais de medicamentos. IND20: Recursos Financeiros do Estado para o financiamento da AF Municipal. IND21: Recursos Financeiros do Governo Federal para o financiamento da AF Municipal. A ausência dos Indicadores: 7; 19; 24; 27 e 29 se justifica, pois são referentes à análise da Organização da AF para o cumprimento das demandas judiciais.

Tabela 3 - Pontuação para efetividade da Gestão da AF em municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil, Componente Atividades, 2013

Eixo de análise	Indicador	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	% IND
Coordenação	IND22	10	10	10	10	10	10	10	10	10	(-2)	10	10	10	(-2)	10	10	86%
	IND23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	(-2)	0	0	0%
Pontuação da área		10	10	10	10	10	10	10	10	10	(-2)	10	10	10	(-4)	10	10	
Atividades da AF	IND25	10	(-2)	5	5	5	5	5	5	10	5	5	5	5	(-2)	10	5	50%
	IND26	(-2)	10	10	10	(-2)	(-2)	(-2)	10	10	(-2)	10	10	(-2)	(-2)	(-2)	10	40%
	IND28	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	5	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	0%
	IND30	10	10	(-1)	10	10	10	10	10	(-2)	(-1)	(-2)	(-1)	(-1)	10	10	(-1)	50%
	IND31	10	(-1)	5	10	(-2)	5	(-1)	5	5	5	5	(-2)	5	5	(-2)	5	35%
Pontuação da área		27	16	18	34	10	17	11	35	22	6	17	11	6	10	15	18	
<b>Pontuação Geral do Componente</b>		<b>37</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>44</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>45</b>	<b>32</b>	<b>4</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	
<b>Percentual do Município</b>		<b>52%</b>	<b>37%</b>	<b>40%</b>	<b>62%</b>	<b>28%</b>	<b>38%</b>	<b>30%</b>	<b>64%</b>	<b>45%</b>	<b>5%</b>	<b>38%</b>	<b>30%</b>	<b>23%</b>	<b>8%</b>	<b>36%</b>	<b>40%</b>	

Fonte: Elaboração própria. NOTA. % IND: apresenta o percentual de atendimento ao respectivo indicador. IND22: Gestão de medicamentos pertencentes ao Componente Estratégico da AF. IND23: Gestão de Medicamentos do Componente Especializado da AF. IND25: Critérios para programação de medicamentos. IND26: Modalidade de compra de medicamentos destinados ao suprimento das unidades municipais de saúde. IND28: Critérios adicionais para aquisição de medicamentos. IND30: Medicamentos adquiridos por doação. IND31: Estrutura para descarte de medicamentos.

### 6.2.1 - Componente Insumos

O Componente Insumos e os indicadores estão apresentados na Tabela 2.

#### 6.2.1.1 - Recursos Humanos

O eixo de análise “*Recursos Humanos*” objetivou a investigação da força de trabalho na AF Municipal, pelo tempo de gestão, perfil da equipe executora da AF, número de farmacêuticos e local de lotação. Nenhum município alcançou a pontuação máxima, esperada para 70 pontos. Os municípios com melhor posicionamento foram M1 e M8, ambos com 40 pontos, seguidos por M4 com 35 pontos.

Considera-se um aspecto positivo a presença do farmacêutico na gestão da AF em todos os municípios investigados, embora com diferentes tempos de experiência no cargo. Em 50% (8) dos municípios, o gestor farmacêutico possuía menos de um ano na gestão, 25% (4) mais de dois anos, 19% (3) possuíam até dois anos no cargo e, em um (1) município o gestor não soube informar seu tempo de experiência na gestão.

Considerando o quadriênio de gestão, proposto para o Plano Municipal de Saúde (2010-2013), parece difícil manter o mesmo farmacêutico na gestão da AF durante todo o período, mesmo com equipe multiprofissional atuante. Esperava-se que, quanto maior o tempo do gestor frente à AF, melhores resultados seriam alcançados. Mas o que se percebeu foi um cenário diferente. Dos municípios nos quais os gestores estavam na gestão há mais de dois anos, M1, M3, M4 e M7, somente M1 alcançou gestão *Regular* para o Componente Insumos, e os demais pontuaram *Inadequada*, *Deficiente* e *Inadequada*, respectivamente, revelando que as dificuldades são inerentes a todos, independentemente do tempo no serviço. (ARAÚJO; FREITAS, 2006).

O indicador 2 “*Constituição da equipe executora da AF municipal*” obteve o maior percentual de atendimento satisfatório neste eixo de análise (90%); treze municípios declararam possuir equipe multiprofissional para execução da AF, considerando a equipe formada por no mínimo farmacêutico e agente de administração ou técnico de farmácia. Diante da complexidade e volume das atividades da AF, o ideal é formação de equipe multiprofissional capacitada para o desenvolvimento das diferentes atividades mediante procedimentos padrões. No entanto há de se analisar a declaração de profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, na composição da equipe executora da AF. Esta composição será abordada posteriormente no estudo de casos (BRASIL, 2009b).

O indicador com pior pontuação frente aos demais, neste eixo de análise, e que remete para um grande desafio para a gestão, foi o IND4 “*Percentual de unidades de saúde que possuem farmacêutico na dispensação*”. Em 62% (10) dos municípios foi declarado que, do total de unidades municipais de saúde, menos que 50% possuíam farmacêutico lotado na dispensação de medicamentos. E em 37% (6) dos municípios não havia farmacêutico na dispensação.

A dispensação talvez seja o último lugar que o usuário de medicamentos transite na unidade de saúde. Neste sentido, o farmacêutico seria o último profissional de saúde para a orientar quanto aos riscos da não adesão, aos benefícios da terapia indicada e aos possíveis problemas a serem enfrentados. Ademais, a Organização Pan Americana de Saúde tem, desde 1993, apontado o farmacêutico como um “coadjuvante na terapia medicamentosa”, tanto direcionado à equipe de saúde, como para o usuário, admitindo sua corresponsabilização no cuidado (CIPOLLE et al., 2006b; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993; PEPE; CASTRO, 2000).

Em três municípios (M9, M14 e M16) a equipe era formada apenas por farmacêutico. Este resultado é preocupante, pois evidencia uma sobrecarga de atividades para o farmacêutico, opondo-se às diretrizes e orientações sobre a estruturação de recursos humanos na AF e sinaliza uma preocupação com a execução das tarefas (BRASIL, 2009b; NELLY et al., 2003a; SILVA; SARMENTO, 2014).

Apenas 19% (3) dos municípios possuíam Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Em dois deles, M1 e M8, havia a participação do farmacêutico e regularidade nas reuniões, e, em M4, havia a participação do farmacêutico, mas sem regularidade das reuniões. A maior parte dos municípios, 81% (13), não possuía CFT.

Magarinos-Torres et al identificaram nas cinco regiões do Brasil o mesmo resultado aqui encontrado. Existem fragilidades no processo de seleção de medicamentos e dificuldades em se compor e manter CFT nos municípios. É importante ressaltar que a CFT ancora e consolida as decisões sobre a atividade de seleção dos medicamentos prescritos, adquiridos, e dispensados para população, além de atualizar aos demais profissionais de saúde quanto aos tratamentos mais eficazes baseados nas evidências científicas mais atuais (MAGARINOS-TORRES et al., 2014a; MAGARINOS-TORRES; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2013).

### 6.2.1.2 – Adequações às Normas

O eixo de análise “*Adequações às Normas*” versou sobre a disponibilidade, elaboração e cumprimento de documentos que subsidiam a AF no município, tanto como um elemento orgânico da Secretaria Municipal de Saúde, como para a execução plena das diferentes atividades e com intuito de alcançar os objetivos propostos e pactuados entre as demais esferas de gestão. Este eixo de análise é importante porque revela se a AF dispõe ou elabora documentos que apoiem a gestão.

Proporcionalmente, esse eixo de análise revelou maiores dificuldades frente aos demais. Apenas um município (M13) alcançou 100% dos indicadores com pontuação máxima. O percentual de cumprimento aos indicadores variou de 2,5% (IND12) a 26% (IND9). Ainda que o IND9 tenha sido o indicador mais pontuado nesse eixo de análise, o resultado é preocupante, pois indica que a maior parte dos municípios investigados não possuía suas próprias listas de medicamentos para nortear as atividades da assistência à saúde, como o cuidado médico, odontológico e farmacêutico.

Dentre as dificuldades mais evidentes e que afetam diretamente as atividades centrais da AF, a relatada ausência do Serviço de Vigilância Epidemiológica no Município (IND8) foi declarada em 68% (11) dos municípios e em 19% (3) o gestor da AF não soube responder.

O Serviço de Vigilância Epidemiológica monitora e disponibiliza aos gestores da saúde dados dos agravos mais frequentes, das tendências de adoecimento, das taxas de mortalidade e morbidades, para melhor planejamento das ações de prevenção e combate às situações patológicas prevalentes e em curso. Dado a riqueza das informações que refletem a situação de saúde da população, recomenda-se que a gestão da AF utilize esses dados para apoiar as decisões na seleção, programação, dispensação e educação em saúde (LUZ; MOSEGUI, 2014; PEREIRA, 2016).

A inexistência do Serviço de Vigilância Epidemiológica nos Municípios parece uma incongruência, especialmente, nos municípios que declararam possuir suas próprias listas, como M1, M6 e M15. Não somente a disponibilidade dos dados epidemiológicos para a AF devem subsidiar seu planejamento, como também a eficiente utilização e interpretação destes garante veracidade quanto às necessidades farmacológicas. Essa realidade, ainda que prejudicial para a garantia da integralidade da assistência, tem sido frequentemente relatada em outros estudos: a desconsideração dos indicadores de saúde no planejamento da AF. Aventa-se a possibilidade de que os gestores talvez desconhecem a existência e as possibilidades de interação com esses serviços de Vigilância nos municípios. Esta hipótese é

corroborada pela presença de resultados de indicadores de saúde, que demandariam serviços de vigilância, no DATASUS (ASSUNÇÃO; SANTOS; BLATT, 2013; BRASIL et al., 2016; GUERRA JR et al., 2004). No entanto, outra possibilidade se assoma – o fato de que cada município organização seus serviços de ‘vigilância em saúde’ de forma diferentes, e a vigilância epidemiológica poderia estar presente ainda que o serviço tivesse outra denominação. Esta foi, no entanto, uma característica do Projeto Mude, que não foi passível de modificar.

A investigação sobre a presença da *AF no organograma da SMS* revelou que 75% (12) dos municípios não incluíram a AF em seus respectivos organogramas. Dos 25% restantes, 12,5% dos gestores declararam que a AF constava no organograma da Secretaria Municipal de Saúde a outra metade não soube informar sobre este ponto essencial para a AF municipal.

A presença da AF no organograma municipal de saúde expressa legitimidade institucional para a organização da AF no município, além de revalidar suas ações. O desconhecimento da organização da estrutura da SMS, parece indicar uma desconexão do gestor da AF com os demais gestores da SMS. Assim como a ausência da AF na estrutura formal da SMS pode inferir uma desarticulação com os serviços locais e desalinhamento com a proposta do MS, que integrou o Departamento de Assistência Farmacêutica à sua estrutura formal (NICOLETTI; CONASS, 2007; SILVA, 2006).

A elaboração de normativas legais do Município e adoção de procedimentos técnicos para as atividades da AF (IND 11) parece não ter sido uma realidade nos municípios visitados. O percentual de atendimento a esse indicador foi de apenas 16%. Os únicos municípios que declararam possuir normativas legais e procedimentos técnicos para as atividades da AF foram M8 e M13. Ou seja, em 87% (14) dos municípios investigados, a gestão não dispunha de atos normativos que conduzissem as atividades dos envolvidos na execução da AF.

As atribuições e responsabilidades de cada integrante da equipe da AF deve constar em Manual de Boas Práticas ou documento similar, assim como a descrição de cada procedimento referente a todas as atividades da AF deve compor manuais técnicos, também conhecidos como Procedimento Operacional Padrão (POP). A ausência desses documentos trazem incertezas quanto à qualificação dos serviços executados e reprodutibilidade de resultados satisfatórios (BRASIL, 2009a).

Resultado também negativo foi encontrado para o indicador “*Presença da AF no Plano Municipal de Saúde*”. (IND 12) A maior parte dos gestores, 81% (12), não soube informar se a AF constava no Plano Municipal de Saúde. Este resultado revela (novamente)

pouca articulação da AF com os administradores municipais, para o planejamento de metas e objetivos. Cabe ressaltar que o Plano Municipal de Saúde é entendido como uma pactuação entre gestor municipal e a sociedade, quanto ao reconhecimento dos desafios da cidade, planejamento das ações e metas propostas. Logo, esperar-se-ia que este documento abordasse todos os setores da SMS, incluindo a AF.

Em consulta ao Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) foram encontrados oito Planos Municipais de Saúde, referentes ao quadriênio 2010-2013, a maior parte (7) pertencente a municípios em que o gestor não soube informar a presença da AF no Plano, reforçando a hipótese de desarticulação entre demais administradores municipais. Em todos esses documentos a “*qualificação dos serviços da AF*” foi apontado como desafio e meta (BRASIL, 2010a).

Quando perguntados sobre a *existência e uso de lista de medicamentos como critério para as atividades da AF* (IND9), somente 31% (5) dos municípios declaram elaborar a própria lista (M1, M6, M8, M13 e M15); 12% (2), M5 e M7, declaram utilizar ‘lista estadual’. A principal vantagem das listas próprias de medicamento é o planejamento para aquisição de itens selecionados por evidências científicas e que atendem aos indicadores epidemiológicos, econômicos, culturais e geográficos específicos da população municipal.

O percentual de municípios que declararam não possuir suas próprias listas de medicamentos essenciais foi 56% (9). Tendo em vista o alto percentual de inexistência de CFT, este resultado não poderia ser diferente. No entanto, oito desses municípios assumiram incluir em suas cestas de compras *medicamentos da ‘lista municipal’*. Este relato pode hipotetizar que os gestores estejam se referindo às ditas “padronizações” de medicamentos, em detrimento da lista de medicamentos selecionados. O termo “padronização” é uma apropriação do planejamento e da gestão de insumos, mas não tem correspondência adequada na prática da AF. Ainda que a “padronização” e “seleção” possam induzir a similaridades do ponto de vista semântico, as duas práticas apresentam objetivos totalmente distintos (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2014).

#### 6.2.1.3 - Recursos Físicos e Operacionais

Neste eixo de análise buscou-se indicadores que refletissem as estruturas de armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos e insumos farmacêuticos com adoção de boas práticas. O eixo revelou que a AF também apresentava dificuldades na

estruturação, estabelecimento e monitoramento de condutas durante execução das atividades. Menos de 2% dos municípios (M1, M6 e M8) alcançaram a pontuação máxima em todos os indicadores propostos. A maior dificuldade verificada nesse eixo de análise foi revelada pelo IND14, cujo percentual de resposta foi de 23%.

O não cumprimento das Boas Práticas de Armazenamento (BPA) (IND 14) foi relatado em 68% (11) dos municípios; em dois deles (M7 e M9), além do não cumprimento de BPA, eles também não possuíam estrutura adequada para o armazenamento.

O armazenamento é a etapa que garante a qualidade dos medicamentos desde o recebimento até a dispensação, e requer um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos para além da guarda de medicamentos. Marin e colaboradores, relacionam seis critérios para BPA (recebimento de medicamento, estocagem, segurança, conservação, controle de estoque e entrega) que favorecem a garantia da qualidade do medicamento. (JÚNIOR; CAMUZI, 2014; NELLY *et al.*, 2003d).

Todos os municípios que relataram seguir BPA (M1, M2, M6, M8, M15), consideraram apenas um dos seis critérios dos relacionados por Marin e colaboradores. O item “conservação” foi amplamente representando pelo controle de temperatura e calor, proteção de luz e umidade. O monitoramento de lote e validade (controle de estoque) foi apontado como BPA em apenas um município.

É um paradoxo verificar que, dos quatorze municípios que responderam possuir farmacêutico na CAF (IND 6), dez declararam não cumprir BPA. No entanto, essa disparidade foi verificada em outros cenários do Brasil. Silva *et al.*, em estudo de avaliação no estado do Rio de Janeiro, identificaram o armazenamento como o pior desempenho de todos os elementos de sua amostra. Júnior e Nunes encontraram falhas no controle de estoque e problemas de infiltração na CAF e em locais de armazenamento de unidades de Atenção Básica (JÚNIOR; NUNES, 2012; SILVA *et al.*, 2013).

De maneira análoga, metade dos municípios não possuíam logística organizada para distribuição dos medicamentos, como: definição de rotas, especificidade de transporte para a garantia da estabilidade dos medicamentos e periodicidade de entrega às unidades de saúde. As atividades de armazenamento e distribuição interferem diretamente na oferta dos itens aos usuários, quer seja na periodicidade e regularidade na distribuição ou preservação das especificidades dos medicamentos. Tais fragilidades comprometem o abastecimento, a programação, além gerarem desperdício financeiro (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Outra aparente contradição é notada ao analisar os resultados encontrados no IND15 “Cumprimento das boas práticas de dispensação de medicamentos”. Embora mais da metade

dos gestores da AF tenham declarado que não havia farmacêutico na dispensação de medicamentos, 87% (14) relataram seguir as Boas Práticas de Dispensação (BPD). Os relatos obtidos apresentaram o controle de dispensação por paciente, pela validade de receita, por grupo farmacológico ou posologia, como critérios de BPD, desconsiderando a ausência profissional farmacêutico como critério de boas práticas.

A dispensação envolve mais do que a oferta do medicamento. A ANVISA tem definido que neste ato a legibilidade do receituário médico, a posologia, dose e forma farmacêutica, a duração do tratamento e identificação do paciente são critérios a serem avaliados. É certo que o farmacêutico pode treinar e supervisionar o técnico ou auxiliar nesta atividade, mas acurácia técnica na identificação de problemas relacionados com medicamentos, é competência do farmacêutico. Desta forma, o retrato aqui revelado, indica um equívoco do real conceito de boas práticas para dispensação de medicamentos para esses gestores (BRASIL, 2009a)

#### *6.2.1.4 - Recursos Financeiros*

O financiamento da AF municipal é subsidiado pelos três entes da federação, em conformidade com as normativas legais (BRASIL, 2005, 2007c, 2013g, 2013h).

Foi elevada a quantidade de gestores da AF que declararam desconhecer valores pactuados. Dez gestores (62%) disseram desconhecer os valores pactuados pelo município; onze (68%) pelo Estado e dez (62%) pelo Governo Federal. Quanto aos valores mobilizados para compras emergenciais de medicamentos, onze gestores (62%) também não sabiam estimar os valores. Estes fatos remetem para a pouca autonomia e ignorância dos gestores quanto ao financiamento das atividades que coordenam no município, e que interferem diretamente em outras atividades e setores da SMS.

Em consulta à página eletrônica do Ministério da Saúde “Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE” foi possível verificar os repasses para financiamento referente ao bloco da AF do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Apenas um (1) município a informação de repasse não estava disponível (M7, informação somente a partir de 2014. No entanto, M7 não era um município novo (para o qual faltassem registros). A maior parte dos municípios, 81% (13), recebeu, em 2013, um montante acima do valor pactuado na Portaria nº 1.555/2013. Dos gestores da AF que responderam que o valor aportado pelo Governo Federal foi menor do que o pactuado (M4, M8 e M13), possivelmente, os gestores não deveriam saber os valores mínimo pactuados. Apesar de contatar-se a veracidade da

informação do gestor da AF de M4 mediante consulta à SAGE, não foi possível avertar possibilidades para justificar este achado, ainda mais que M4 não possuía nem registros de sanções (BRASIL, 2013a).

Apenas em 31,3% (6) dos municípios foi relatado o repasse pelo Governo Federal em medicamentos. Considerando que os medicamentos do Componente Estratégico são repassados pelo MS, esse grupo de gestores pode não ter considerado ou não reconhecido esse repasse, fato que também remete à incipiência na gestão (BRASIL, 2013h).

Segundo os gestores, todos os recursos financeiros para aquisição de medicamentos, fosse para o suprimento das unidades de saúde, fosse para as compras emergenciais devido a irregularidade no abastecimento ou cumprimento de demandas judiciais e processos administrativos, foram mobilizados do Tesouro Municipal ou do Fundo Municipal de Saúde.

### **6.2.3 - Componente Atividades**

Quanto ao Componente Atividades, investigou-se essencialmente a articulação da gestão no manejo das atividades consideradas centrais para AF (eixo de análise Atividade da AF) e com os demais gestores da AF Estadual e Federal (eixo de análise Coordenação), representada pela gestão dos Componentes Especializado e Estratégico.

A Tabela 3 apresenta os resultados das pontuações dos municípios investigados para cada indicador, por componente e eixo de análise, demonstrando as fragilidades e o desempenho da gestão da AF.

#### *6.2.3.1 – Coordenação*

Entre os eixos, Coordenação e Atividades da AF, a Coordenação foi a que mostrou maior apropriação pelos gestores.

O primeiro indicador pesquisado neste eixo de análise (IND 22), buscou compreender a gestão do Componente Estratégico da AF, quanto à disponibilidade dos itens elencados para esta cesta. Os gestores de M10 e M14 informaram desconhecer se o município disponibilizava medicamentos deste componente. O gestor de M14 também não soube informar se havia ou não dispensação de medicamentos do Componente Especializado (IND 23).

Conforme abordado no referencial teórico, cabe à gestão municipal da AF a distribuição dos medicamentos do Componente Estratégico para a rede de assistência, bem

como a dispensação, o monitoramento e a informação sobre utilização destes produtos. Dos quatorze municípios que relataram dispensar medicamentos do Componente Estratégico, todos citaram ao menos três condições patológicas que são tratadas com medicamentos do elenco. Apenas um (1) gestor citou dispensar uma classe de medicamento (imunoglobulina) que pertence ao CEAF como se fosse medicamento do Componente Estratégico.

Considerando que a atribuição do Componente Especializado da AF caberia à SES ou ao MS, levanta-se a hipótese de que não houvesse dispensação desses medicamentos sob a gestão municipal. No entanto 37% (6) dos gestores relataram dispensar medicamentos do Componente Especializado seguindo diferentes normativas. Apenas um (1) gestor citou os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT) como normativa para o uso, três (3) citaram normativas das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e dois (2) não souberam informar quais normativas seguem.

O Componente Especializado da AF atende a um grupo de pacientes em condições patológicas que necessariamente precisam de tecnologias mais especializadas, de tratamentos mais complexos e prolongados. O MS, por meio dos PCDT, tem auxiliado os profissionais envolvidos da assistência (médicos e farmacêuticos) na condução das “linhas de cuidado” para cada caso. O desconhecimento ou a não adesão aos PCDT implica em sérios problemas na gestão deste Componente, que envolve do desperdício financeiro à não conformidade de indicação clínica. Além disso, podem suscitar demandas judiciais, problemas no abastecimento e organização dos serviços (BRASIL, 2014b; LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012; VENÂNCIO et al., 2014).

#### 6.2.3.2 - Atividades da AF

No âmbito das atividades centrais e gerenciais da AF, esperava-se um melhor desempenho dos municípios neste eixo de análise. O percentual de respostas obtidas variou de 0% a 50% no conjunto de indicadores, evidenciando sérios problemas que repercutem no abastecimento e no emprego dos recursos financeiros municipais.

O primeiro indicador analisado versou sobre “*Critérios para programação de medicamentos*” (IND 25). Cerca de 68% (11) dos gestores adotavam apenas o consumo histórico como critério para a programação, 19% (3) adotavam os dados epidemiológicos aliados ao consumo histórico, e, em 12% (2), não havia critérios.

A escolha de critérios múltiplos direciona para estimativa mais ajustada da realidade. Os dados demográficos, epidemiológicos, a oferta de serviços, o consumo histórico, o local de armazenamento e os recursos disponíveis contribuem para definir “quando e quanto comprar” itens que foram previamente selecionados para atender a população alvo. A descontinuidade no abastecimento, que pode ser motivada por erros decorrentes da programação. O primeiro resultado negativo com impacto direto para o usuário (NELLY *et al.*, 2003a).

Ambos os municípios (M1 e M9) que declaram valer-se dos dados epidemiológicos para a programação, afirmaram no Componente Insumos que o Município não dispunha de Serviço de Vigilância Epidemiológica, constituindo-se em um verdadeiro paradoxo. Ao passo que M8 e M13 declararam possuir Serviço de Vigilância Epidemiológica em seus municípios, mas não o consideraram como critério para subsidiar a programação.

Com o fito de garantir a disponibilidade dos medicamentos em todo o tempo, a etapa de Programação ancora-se em informações que retratam a necessidade farmacológica da população, a capacidade instalada de armazenagem dos medicamentos, a sazonalidade epidemiológica, a oferta de serviços de saúde, o consumo dos itens pela população e a disponibilidade de recursos financeiros. A gestão da AF deve ser capaz de gerenciar, monitorar e acompanhar cada tipo de informação que a auxiliará nesta etapa (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011).

O que se percebe pela unanimidade do critério escolhido (*consumo histórico*) é falta de aproximação com as demais ferramentas possíveis de subsidiar a Programação, talvez até por falta de conhecimento quanto ao manejo dos demais métodos. É complicado estimar quantidades para futuras compras com base somente em informações retrógradas. Vários podem ter sido os motivos para o aumento ou diminuição de consumo para determinado item. Essa é uma limitação importante do critério escolhido pela maioria.

Ademais, o controle de estoque dever ser fidedigno para compor a informação do consumo histórico. Cabe lembrar o que foi verificado no Componente Insumos: que 68% (11) dos municípios não seguiam BPA, na qual o controle de estoque está inserido. Uma ferramenta estratégica oportunizada pelo Ministério da Saúde é a implementação do sistema *web* Hórus que permite ao gestor da AF local um gerenciamento não somente do estoque, como também, do perfil dos usuários atendidos, por interface com o Cartão Nacional de Saúde. No entanto, não foi identificado adesão dessa ferramenta em nenhum dos municípios investigados (BRASIL, 2015a).

Apesar de possíveis limitações do sistema Hórus, é certo que sua implementação permitiria maior e melhor gerenciamento das informações pertinentes à gestão da AF e

conhecimento delas pela gestão federal. Na ausência de outras ferramentas o sistema seria um ganho, mas seu manejo também requereria arranjos estruturais e capacitação de recursos humanos. Tierling verificou essas fragilidades ao monitorar a implementação e uso da ferramenta em 63 municípios brasileiros, isto é, independentemente da disponibilização de uma ferramenta de gestão, o desafio na qualificação persiste, e é maior quando dimensionado em todas as frentes de atuação da AF (TIERLING, 2013).

As compras emergenciais de medicamentos foram relatadas em 62% (10) dos municípios. Destes 37% (6), justificaram-nas por falta no abastecimento, sinalizando problemas nos processos de programação ou aquisição. Ainda que distintas causas possam levar ao desabastecimento de itens do bojo da AF municipal, certamente as atividades iniciais do Ciclo da AF contribuem diretamente para este fim e estão sob júdice do gestor da AF, que deve zelar incessantemente pela eficiência na condução dessas atividades (REIS; PERINI, 2008).

A inabilidade percebida na etapa de programação, persistiu durante a execução da atividade de aquisição. Metade dos gestores não soube informar a modalidade de compras ou não emitiu parecer técnico nos processos de aquisição de medicamentos. Grande parte dos gestores 93% (15) não adotava ou não sabia informar quais eram os critérios adicionais utilizados durante o processo de aquisição. Três gestores desse grupo, no entanto, se contradisseram em outro momento do questionário, apontando, como critério adicional, a “*elaboração de edital*”.

Ora, mais do que a reiteração do não conhecimento acerca da definição de critérios adicionais de aquisição, ou de quais eram ou não utilizados, a referência de emissão de edital como um critério ‘adicional’, sugere desconhecimento dos fluxos pertinentes aos processos de aquisição de bens e serviços no setor público. Salvo pela modalidade de dispensa de licitação, na qual segundo a legislação pertinente, cabe decisão discricionária, em todas as demais é obrigatório o envolvimento do gestor na elaboração do edital (BRASIL, 1993).

Entendendo que cabe à administração pública a definição da modalidade de aquisição, a constatação acima aumenta, ostensivamente, a hipótese de que, nesses municípios, a aquisição de medicamentos sob a modalidade de dispensa de licitação seja prevalente, independentemente da motivação da compra (SANTOS, 2014b). De fato, mais da metade dos municípios (62%) se referiram a compras emergenciais como habituais.

Caso verdadeira a conjectura acima, a conformação de consórcios intermunicipais seria mais vantajoso para o conjunto de municípios, pois duplicaria (caso fosse formado consórcio com dois municípios) ou triplicaria (três ou mais municípios) as possibilidades e

otimização de recursos públicos, minimizando assim, a probabilidade de desabastecimentos nas unidades de saúde, o número de compras emergenciais, além de aprimorar os processos de aquisição (BELTRÃO, 2016; BRASIL, 1993).

Outro indicador com baixo percentual de respostas foi o IND31 “*Estrutura para descarte de medicamentos*”, com 35% de *feedback*. Este resultado retrata a baixa capacidade dos municípios no gerenciamento de resíduos sólidos. Embora 68% (11) dos municípios declarou a existência de estrutura voltada para o descarte, sendo esta a CAF, somente em M1 e M4 havia regularidade no recolhimento, plano de gerenciamento de resíduos e manual de instruções.

Dos municípios que não possuíam estruturas destinadas para o acondicionamento de medicamentos a serem descartados, em 31% (5), os gestores da AF de M5 e M15 não sabiam sequer informar quanto à estrutura, plano para descarte ou disponibilidade de manual de informações.

Os medicamentos são agentes químicos classificados como resíduos do grupo B, que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente. E como tal, cabe ao gestor local e também à sociedade a responsabilidade pela destinação final desses resíduos. No que se refere aos gestores municipais, cabe o estabelecimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos e propulsão de atividades educativas que abordem o tema para a sociedade. Sob o aspecto educacional, o farmacêutico deve e pode contribuir junto às equipes de saúde, pois certamente sua formação acadêmica permite um olhar mais amplo, que incorpora a racionalização do uso de medicamentos. (BRASIL, 2010b, p. 12).

Este tema tem sido um desafio não somente para o conjunto de municípios investigados, mas para o país como um todo. Além do desconhecimento da sociedade quanto à correta destinação dos medicamentos, os setores público e privado, têm-se eximido na proposição, utilização e garantia de efetivação de ferramentas que minimizem os riscos inerentes à contaminação do meio ambiente por medicamentos. As experiências neste âmbito têm sido pontuais, e em algumas vezes sem a interlocução do setor saúde (BALBINO; BALBINO, 2011; FEITOSA; AQUINO, 2016; MENDONÇA, 2016). Destaca-se que deveria haver uma interlocução entre os diferentes setores envolvidos, no âmbito municipal, a SMS (representada pela AF e Vigilância Ambiental) poderia, em parceria com a Secretaria de Meio Ambiente ou Conservação, ou equivalente, propor medidas estratégicas para a definição de um planejamento seguro de destinação correta dos resíduos sólidos, prevenção de doenças e promoção da saúde, em atenção aos dispositivos legais (BRASIL, 2004a).

### 6.3 – ORGANIZAÇÃO DA AF PARA ATENDIMENTO A DEMANDAS JUDICIAIS E PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DE MEDICAMENTOS

A Tabela 4 apresenta o perfil gerencial da AF nos municípios selecionados, mediante o atendimento a seis indicadores que abarcam questões de recursos humanos, recursos financeiros, e atividades para execução das demandas.

A análise deste eixo revelou um retrato homogêneo que identificou os mesmos desafios e formas de condução, no que se refere à organização da AF para o atendimento às solicitações de medicamentos por via judicial ou por processos administrativos nos municípios investigados.

De modo semelhante ao perfil da gestão no Componente Insumos, o porte dos municípios pareceu não interferir nesse manejo. Os municípios que apresentaram gestão *Regular* (31,25%), M3 e M4, foram respectivamente de médio e grande porte. Mais da metade dos municípios apresentaram gestão *Inadequada*, 56,25% (9), e obtiveram gestão *Deficiente* 31,25% (5). Dentre os municípios classificados como gestão *Inadequada*, dois pontuaram negativamente em todos os indicadores (M7 e M13), revelando total inépcia destes no enfrentamento ao fenômeno investigado.

O expressivo resultado quanto à classificação da gestão é ainda mais preocupante quando avaliada a responsabilidade pelo cumprimento das solicitações. Em 56,2% (9) dos casos cabia à gestão da AF essa responsabilidade. Ora, Santos-Pinto e colaboradores (2015), propuseram que não seriam as demandas que trariam ineficiência à gestão da AF, mas a gestão ineficiente pré-existente oportunizaria a ocorrência de demandas no município, ainda que não fosse o único determinante. É fato que os municípios da seleção apresentam enormes problemas quanto à AF. Seria, portanto, correto inferir que a gestão da AF tenha considerável responsabilidade no surgimento das demandas. Seria, ao mesmo tempo, correto supor que a gestão deveria enfrentar este problema, causado em parte por ela. No entanto, tendo em vista a demonstrada inabilidade no manejo da AF, é preocupante adicionar a gestão de medicamentos por vezes mais caros e comprados com maior despesa pelo município, por emergência, a uma gestão ineficiente. Dos gestores, 25% (4) relataram que cabia a outro setor da SMS a gestão das demandas; 12,5% (2) sequer sabiam a qual o setor competia a responsabilidade, induzindo a evidente desarticulação entre os serviços. Por outro lado, criar instâncias paralelas à AF para gerir medicamentos é um problema e válida a incapacidade da AF na gestão deste componente.

Os indicadores com piores desempenho em todas nas respostas foram o IND18 e IND19 e ambos versavam sobre os recursos financeiros. Em relação ao valor gasto com compras emergenciais (IND18), 62,5% (10) não souberam informar quantos recursos financeiros foram mobilizados para essas compras, e destes, 12,5% (2) relataram que o município gastava mais em compras emergenciais que em compras regulares. Para agravar a situação, 75% (12) dos gestores não souberam informar os valores despendidos para compra de medicamentos judicializados (IND19). Dos que souberam informar o montante financeiro, 25% (4) informaram que os valores despendidos eram maiores do que os valores mobilizados para aquisição dos medicamentos pactuados.

De certa forma coerente com a classificação final da gestão da AF, somente em 37,5% (6) dos municípios havia emissão de parecer técnico, e contato prévio com o judiciário só ocorria em quatro desses (IND24).

Quanto à modalidade de aquisição desses medicamentos (IND27) 43% (7) dos gestores não souberam especificar a modalidade de licitação ou se ocorria licitação, três gestores sinalizaram a modalidade de pregão, outros três registros de preços, e o restante (3) compra direta. Em casos de medicamentos solicitados por via judicial, a aquisição também pode ser feita por dispensa de licitação, caso os valores mobilizados atinjam o total de até R\$ 8.000,00 por compra (MARTINS, 2013).

Os gestores de sete municípios (43,7%) também não consideraram a dispensação como uma etapa da gestão da AF, uma vez que realizavam a dispensação e declararam não gerir medicamentos judicializados. A dispensação dos medicamentos judicializados foi relatada como realizada da mesma forma que para os demais medicamentos e apenas três gestores (18,7%) (em M7, M13 e M14), declaram que não sabiam informar se havia seguimento de BPD (IND 29). Ao analisar os critérios de BPD considerados pelos gestores, havia relato de “*controle de paciente para três meses*” e “*recibo de entrega*”. No entanto, deve-se ressaltar o que foi apontado no eixo de análise Recursos Humanos, quando mostrado que mais de 50% das unidades de saúde investigadas não dispunham de farmacêutico lotado na dispensação. É provável que nas respostas a este indicador esta condição não tenha sido considerada pelos gestores, da mesma forma como no (des)cumprimento das BPD.

Em que pese o entendimento do setor judiciário para fornecimento de medicamentos inseridos ou não nas listas oficiais, e obedecendo ou não aos arranjos federativos, a gestão da AF deve ocupar-se em cumprir as atividades do seu escopo, objetivando sempre a racionalização de recursos públicos que são finitos, a segurança do paciente na utilização de diferentes terapias, por vezes concomitantemente, a garantia da manutenção dos estoques de

forma adequada e especialmente a aproximação com o judiciário local (SOUZA; MURARO, 2011).

É notório que as motivações por medicamentos solicitados judicialmente, ou administrativamente, decorrem de influências das indústrias farmacêuticas e seus aliados, como também de falhas na gestão da AF. As falhas e dificuldades decorrentes na gestão da AF dos municípios selecionados ratificam os estudos já relatados na literatura, e são sinais de agravos importantes de constantes na gestão pública (MUNCK et al., 2016).

Tais mecanismos colocam em “xeque” a continuidade das políticas públicas de medicamentos e de suas normativas. A constatação de falhas primitivas no gerenciamento da Gestão da AF local, é ainda mais preocupante, pois inevitavelmente essas demandas se intensificarão, e se permanecer a presente forma de condução, o sistema não suportará as necessidades mais essenciais da população (BARROSO, 2009; STEVANIM, 2015).

Tabela 4 Pontuação para efetividade da Gestão de Demandas Judiciais e Processos Administrativos por solicitação de Medicamentos em municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil, 2013.

Componente	Eixo de análise	IND/MUN	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	% IND
Insumos	RH	IND7	10	10	10	10	(-1)	0	0	10	10	10	10	(-1)	0	(-1)	10	0	54%
	Recursos Financeiros	IND18	(-2)	(-2)	(-2)	5	(-2)	(-1)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	10	(-2)	10	(-1)	10	8%
		IND19	(-2)	(-2)	(-1)	(-2)	(-2)	(-1)	(-2)	(-1)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-1)
Pontuação da área			6	6	7	13	(-5)	(-2)	(-4)	7	6	6	6	7	(-4)	7	7	9	
Atividades	Coordenação	IND24	10	(-1)	10	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	10	10	(-1)	(-1)	10	(-1)	(-1)	10	(-1)	31%
	Atividades da AF	IND27	(-1)	(-1)	10	10	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	22%
		IND29	10	10	10	10	10	5	(-1)	10	10	10	10	10	(-1)	(-1)	10	10	76%
Pontuação da área			19	8	30	19	8	3	(-3)	19	19	8	8	19	(-3)	(-3)	19	8	
Pontuação Geral para Efetividade			25	14	37	32	3	1	(-7)	26	25	14	14	26	(-7)	4	26	17	
Percentual do Município			42%	23%	62%	53%	5%	2%	(-12%)	43%	42%	23%	23%	43%	(-12%)	7%	43%	28%	

Fonte: Elaboração própria. Nota: % IND: apresenta o percentual de atendimento ao respectivo indicador. IND7: Equipe profissional responsável pela gestão das demandas judiciais e processos administrativos. IND18: Despesas com compras emergenciais de medicamentos. IND19: Despesas com compras de medicamentos judicializados. IND24: Procedimentos específicos para execução das demandas judiciais e processos administrativos. IND27: Modalidade de compra de medicamentos destinados ao cumprimento das demandas judiciais e processos administrativos. IND29: Dispensação de medicamentos judicializados.

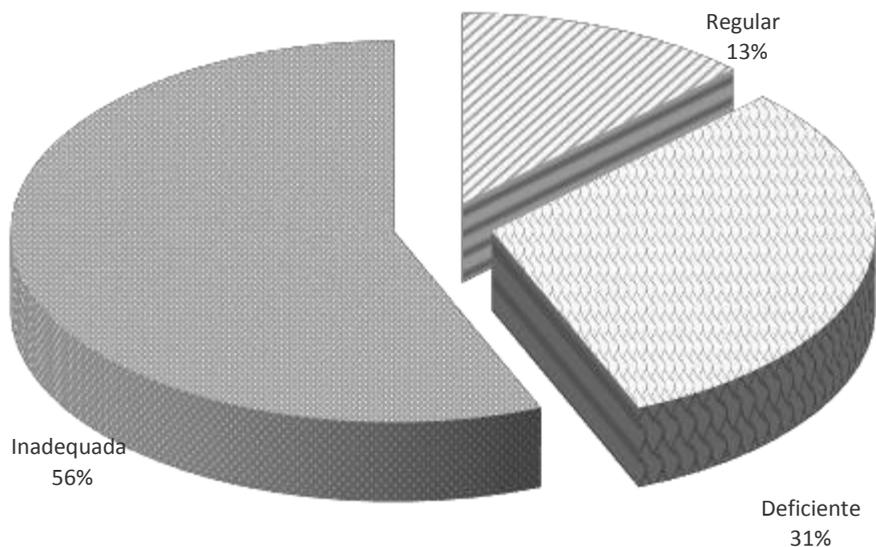
## 6.4 - SÍNTESE DE CASOS

Nesta parte será apresentado cada município estudado como caso único. Os principais os desafios e aspectos positivos, quando presentes, foram evocados no intuito de compreender a habilidade da Gestão Municipal da AF para sua execução, considerando sua estrutura, organização e os processos de trabalho, sob a declaração do respectivo gestor municipal da AF.

O gráfico 2 apresenta, em percentuais, a efetividade da Gestão da AF no tocante a Insumos, Atividades e Organização para atendimento das demandas judiciais e processos administrativos no conjunto de municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil. É, portanto, uma medida global de todos os aspectos investigados em relação à gestão.

Nenhum município alcançou pontuação de gestão *Satisfatória*. O estudo mostrou que 56% (9) dos municípios apresentaram Gestão *Inadequada*, 31% (5), *Deficiente* e 13% (2) *Regular*.

Gráfico 2 - Classificação da Gestão da AF em municípios selecionados da Região Sudeste do Brasil, 2013



Fonte: Elaboração Própria.

O resultado apresentado ratifica o estudo realizado por Vieira ao apontar as dificuldades na organização e efetivação de responsabilidades da AF em 90,3% dos municípios brasileiros (VIEIRA, 2008). Em outro estudo, Barreto e Guimarães identificaram baixo grau de autonomia da Coordenação de AF em municípios baianos, comprometendo especialmente a elaboração e divulgação do Plano Municipal da AF. Porto e Júnior em

município de médio porte do estado de Sergipe, identificaram fragilidades em sete das quinze categorias de análise da gestão municipal. Também Prevedello e Busato, ao investigarem a AF de um município catarinense, identificaram a ausência de CFT como a principal causa das constantes faltas de medicamentos. Isto porque cada fragilidade envolvendo um processo da dinâmica da AF interfere diretamente em resultados não satisfatórios e que prejudicam as etapas seguintes. (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; PORTO; LYRA JÚNIOR, 2011; PREVEDELLO; BUSATO, 2014).

No conjunto de municípios, foi possível verificar a constatação acima. O Quadro 11 mostra que independentemente do desempenho positivo em determinado eixo de análise, este resultado não favoreceu o desempenho nos demais eixos. No somatório geral a classificação para a “efetividade” foi menor.

Uma gestão com falhas e deficiências desfavorece a garantia aos serviços farmacêuticos com qualidade e compromete a situação de saúde dos usuários. De acordo com Jaramillo e Cordeiro, um novo modelo de AF deve ser pautado na satisfação das necessidades de saúde da população, considerando que as atividades, especialmente as logísticas, sejam uma etapa vencida, sem oferecer grandes entraves para gestão. Não obstante, os resultados encontrados nos mostram um cenário adverso e contrário a este postulado (JARAMILLO; CORDEIRO, 2014; SOUZA *et al.*, 2012).

Quadro 11 - Panorama da Gestão da AF na Região Sudeste do Brasil, 2013.

Município	Componente Insumos		Componente Atividades		Gestão de Demandas		Análise da Gestão da AF	
	Pontos	Status	Pontos	Status	Pontos	Status	Pontos	Status
<b>M1</b>	128	Regular	37	Regular	25	Deficiente	190	<b>Gestão Regular</b>
<b>M2</b>	58	Regular	26	Deficiente	14	Inadequada	98	<b>Gestão Deficiente</b>
<b>M3</b>	19	Inadequada	28	Deficiente	37	Regular	84	<b>Gestão Inadequada</b>
<b>M4</b>	80	Deficiente	44	Regular	32	Regular	156	<b>Gestão Deficiente</b>
<b>M5</b>	28	Inadequada	20	Inadequada	3	Inadequada	51	<b>Gestão Inadequada</b>
<b>M6</b>	60	Deficiente	27	Deficiente	1	Inadequada	88	<b>Gestão Inadequada</b>
<b>M7</b>	23	Inadequada	21	Deficiente	(-7)	Inadequada	37	<b>Gestão Inadequada</b>
<b>M8</b>	138	Satisfatória	45	Regular	26	Deficiente	209	<b>Gestão Regular</b>
<b>M9</b>	37	Inadequada	32	Deficiente	25	Deficiente	94	<b>Gestão Inadequada</b>
<b>M10</b>	11	Inadequada	4	Inadequada	14	Inadequada	29	<b>Gestão Inadequada</b>
<b>M11</b>	30	Inadequada	27	Deficiente	14	Inadequada	71	<b>Gestão Inadequada</b>
<b>M12</b>	52	Inadequada	21	Deficiente	26	Deficiente	99	<b>Gestão Deficiente</b>
<b>M13</b>	108	Regular	16	Inadequada	(-7)	Inadequada	117	<b>Gestão Deficiente</b>
<b>M14</b>	15	Inadequada	6	Inadequada	4	Inadequada	25	<b>Gestão Inadequada</b>
<b>M15</b>	46	Inadequada	25	Deficiente	26	Deficiente	97	<b>Gestão Deficiente</b>
<b>M16</b>	16	Inadequada	28	Deficiente	17	Inadequada	61	<b>Gestão Inadequada</b>

Fonte: Elaboração própria.

#### **6.4.1 - Município M1**

A cidade M1 é um município de grande porte, sem população rural. O último censo brasileiro divulgou 321.770 habitantes, sendo 84% alfabetizada, 6% com idade acima de 60 anos, razão entre sexos de 97,1 sendo, 34% mulheres em idade fértil. Em 2013 contava com 39 equipamentos municipais de saúde. O IDH calculado para o município foi 0,714 e o índice *gini* 0,4556 (BRASIL, 2010c, 2013b).

Destaca-se a baixa cobertura por eSF no município (7%). Ao analisar os indicadores de mortalidade infantil, taxa de incidência de tuberculose e proporção de casos de tuberculose que abandonaram o tratamento, é certo relacionar com a baixa cobertura em eSF. M1 apresentou taxa de mortalidade infantil (15,5) quase quatro vezes maior do que a taxa de seu respectivo estado (4,8). Ainda que outros fatores possam contribuir concomitantemente para este desfecho, estudos apontam que em municípios com alta cobertura de eSF melhores são os indicadores de saúde (BRASIL, 2013i, 2013k, 2013l; LIMA et al., 2012; MALTA et al., 2016).

Isto posto, analisou-se os resultados dos indicadores propostos neste trabalho para o delineamento do cenário da AF de M1 de acordo com as questões norteadoras definidas (Quadro 12).

Quadro 12 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF de M1 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M1
<p><b>De que forma está organizada a AF no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A AF não foi inserida no organograma da SMS, mas constava no Plano Municipal de Saúde. Município elaborou normativas legais para AF.</li> <li>• Não havia Serviço de Vigilância Epidemiológica no Município.</li> <li>• Existia CFT com participação do farmacêutico e regularidade nas reuniões, REMUME e disponibilização do FTN para os profissionais de saúde.</li> <li>• A equipe executora era formada de farmacêutico, agente administrativo, estagiários e conduzida por farmacêutico gestor nos últimos cinco anos. Dos farmacêuticos lotados no Município, menos que 50% atuavam na dispensação de medicamentos. De todas as unidades municipais de saúde menos da metade possuíam farmacêuticos na dispensação.</li> <li>• A gestão da AF adotava como critérios para programar as compras de medicamentos, os dados epidemiológicos e consumo histórico. O pregão presencial, regido por edital, era a modalidade de compras escolhida para a aquisição dos medicamentos selecionados na lista municipal, sem emissão de parecer técnico. Ocorreram compras emergenciais de medicamentos, por falta de fornecedor ou problemas licitatórios.</li> <li>• Existia CAF com presença de farmacêutico e logística definida para distribuição de medicamentos.</li> <li>• Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: tuberculose, hanseníase, DST aids, malária, leishmaniose, tracoma, esquistossomose e cólera). Não acontecia dispensação de medicamentos do Componente Especializado.</li> <li>• A AF possuía plano para descarte de medicamentos com regularidade no recolhimento dos itens.</li> <li>• Não eram permitidos recebimento e distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios, sem critérios de gerenciamento para esta atividade.</li> <li>• O Plano Estadual da AFB não atendia às necessidades do município.</li> </ul>
<p><b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os recursos financeiros para o cumprimento das atividades de responsabilidade da AF decorriam do Tesouro Municipal.</li> <li>• Houve repasses regulares, fundo a fundo, pelo Município, Estado e Governo Federal para o financiamento da AF. O MS também repassava medicamentos.</li> <li>• A gestão da AF não soube informar o valor despendido para compras emergenciais de medicamentos.</li> </ul>
<p><b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Coordenação da AF Municipal era a responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos. Havia contato regular com o judiciário.</li> <li>• Esses medicamentos foram comprados via pregão presencial, regido por edital, mas sem emissão de parecer técnico.</li> <li>• A gestão da AF não soube informar o montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais e aos processos administrativos de medicamentos. Os recursos eram mobilizados do Tesouro Municipal.</li> <li>• Os medicamentos judicializados eram armazenados de maneira semelhante aos demais na CAF. A dispensação destes medicamentos acontecia de forma semelhante aos demais, porém com registro de entrega.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

A rede municipal de serviços de saúde dispunha de 33 estabelecimentos. Dada a capacidade instalada, somente quatro unidades possuíam farmacêuticos na dispensação, representando 12% da força de trabalho do total de farmacêuticos lotados no quadro funcional do município.

A pontuação geral de M1 foi 201 pontos, que representa 63% de cumprimento dos indicadores de análise. O que mais contribuiu para esse desfecho foi o desempenho da gestão da AF no Componente Insumos, com escore satisfatório.

O Município não dispensava medicamentos do Componente Especializado da AF, cabendo a este a dispensação dos medicamentos dos Componentes Estratégico e Básico da AF. Os recursos financeiros para o financiamento do Bloco Básico da AF foram aportados regularmente, conforme a Portaria 1.555/2013 via transferência fundo a fundo, pelos três entes, segundo relato do gestor (BRASIL, 2013h).

No entanto, um desafio para este município parece ser o gerenciamento dos recursos financeiros. Possivelmente, pelo porte e pelo mau desempenho da AB municipal, o município deve sofrer com a judicialização de medicamentos do CEAF, uma vez que os problemas de saúde da população tenderiam a se agravar e pelo fato de não dispensar os medicamentos do CEAF, o que agravaria mais os problemas de gestão financeira.

Ainda que a coordenação da AF tenha se declarado como responsável pela gestão de demandas judiciais e processos administrativos, quando da solicitação de medicamentos, a mesma não soube estimar o montante financeiro necessário para atender as demandas no último ano, tendo essas despesas sido aportadas pelo Fundo Municipal de Saúde. Ressaltou que as demandas iniciaram no ano de 2009 (período vigente para gestão atual) tendo ocorrido nove solicitações por via judicial, cabendo à gestão da AF a análise técnica da prescrição, como procedimento específico de gerenciamento. Informou ainda que, não existia diferença entre a dispensação e aquisição de medicamentos judicializados e os selecionados previamente para a rede. Tendo em vista a falta de farmacêuticos na dispensação, é possível afirmar que eventuais falhas de dispensação também teriam impacto sobre as finanças do município.

Por fim, embora a gestão da AF de M1 tenha sido satisfatória para o Componente Insumos, ficou evidente as dificuldades para gerenciar o Componente Atividades e o manejo com as demandas judiciais e processos administrativos, obtendo escore regular e deficiente, respectivamente. Desta forma, a análise geral do desempenho desta gestão foi *Regular*.

#### 6.4.2 - Município M2

De acordo com o último Censo brasileiro, o município M2 contava com 28.841 habitantes, caracterizando-o como médio porte. Cerca de 85% da população era alfabetizada, com 15% de idosos, e a proporção entre os sexos era equivalente sendo que, 58% das mulheres estavam em idade fértil, e os habitantes de zona rural somavam 16% da população total (BRASIL, 2013m).

Os indicadores demográficos de M2 sinalizam pontos a serem considerados no planejamento da AF Municipal, especialmente nas atividades de: seleção, programação, dispensação e educação em saúde (para usuários de medicamentos e profissionais de saúde). Mais da metade da população feminina pertencia a um grupo suscetível à utilização de medicamentos da cesta “*saúde da mulher*”, como anticoncepcionais, anti-infecciosos, moduladores hormonais. Os percentuais de idosos e população rural também expressavam um desafio, especialmente no acompanhamento e monitoramento da utilização de medicamentos.

Ainda que o percentual de população alfabetizada (85%) fosse maior que o percentual encontrado para a Região Sudeste (73%), o índice *gini* municipal (0,5612) refletia a desigualdade evidenciada em todo o território nacional e que se traduz em necessidades por serviços de saúde, e especialmente, em medicamentos (BRASIL, 2010o).

Talvez o panorama demográfico e socioeconômico tenha favorecido o percentual de cobertura eSF (79%), que foi maior que a encontrada na Região Sudeste no mesmo período investigado (46%). Estudos têm apontado que o aumento na cobertura da AB tem contribuído para a diminuição das desigualdades, e redução dos indicadores de mortalidade e morbidades. No entanto, para M2 a taxa de mortalidade infantil (11,8) pareceu não acompanhar o índice expressivo de cobertura de AB, visto que para o mesmo período a taxa de mortalidade infantil calculada para o sudeste foi de 12,0 (BRASIL, 2013k, 2013m, 2013n; MALTA et al., 2016).

Possivelmente o baixo percentual da capacidade de arrecadação de impostos municipais que compunham o orçamento da Saúde (10,17%), contribuiu para que M2 fosse mais dependente das transferências intergovernamentais (72,02%). Ainda assim, o município declarou ter aplicado 22% da receita municipal em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2013o, 2013p).

Considerando o panorama acima, os indicadores propostos para mensurar a efetividade da gestão da AF de M2 foram analisados e interpretados de maneira a descrever o perfil da AF municipal conforme exposto no quadro 13.

Quadro 13 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF de M2 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M2
<p><b>De que forma está organizada a AF no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O gestor da AF não soube informar se a AF estava inserida no organograma da SMS.</li> <li>• O Plano Municipal de Saúde não contemplava a AF, mas havia elaboração de normativas legais do Município para a AF.</li> <li>• Não existia Serviço de Vigilância Epidemiológica no Município.</li> <li>• Não existia CFT, REMUME nem disponibilização do FTN para os profissionais de saúde.</li> <li>• A equipe executora era formada por farmacêuticos, auxiliar de enfermagem e conduzida por farmacêutico gestor há um ano e três meses. Dos farmacêuticos lotados no Município, menos que 50% atuavam na dispensação de medicamentos. De todas as unidades municipais de saúde menos da metade possuíam farmacêuticos na dispensação.</li> <li>• Não havia critério para programação de compras de medicamentos, e gestor não soube especificar a modalidade de aquisição, mas relatou que havia emissão de parecer técnico. Ocorreram compras emergenciais de medicamentos, devido a falta de fornecedor ou problemas licitatórios.</li> <li>• Havia CAF com presença de farmacêutico e logística definida para distribuição de medicamentos.</li> <li>• Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, saúde da mulher). Assim como, prescrição e dispensação de medicamentos do Componente Especializado da AF, segundo as normativas da Diretoria Regional.</li> <li>• A AF não possuía plano para descarte de medicamentos. Não eram permitidos recebimento e distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios, sem critérios de gerenciamento para esta atividade.</li> <li>• O Plano Estadual da AFB não atendia às necessidades do município.</li> </ul>
<p><b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os recursos financeiros para o cumprimento das atividades de responsabilidade da AF decorriam do Tesouro Municipal.</li> <li>• Houve repasses regulares, fundo a fundo, pelo Município, Estado e Governo Federal para o financiamento da AF. O MS também repassava medicamentos.</li> <li>• A gestão da AF não soube informar o valor despendido para compras emergenciais de medicamentos.</li> </ul>
<p><b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Coordenação da AF Municipal era responsável pelo cumprimento das demandas de medicamentos por via judicial ou processos administrativos. Não havia procedimento específico para execução das demandas.</li> <li>• A gestão da AF não soube informar o montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais e processos administrativos de medicamentos. Os recursos seriam providos do Tesouro Municipal.</li> <li>• Esses medicamentos eram adquiridos via cotação de preço.</li> <li>• Os medicamentos judicializados eram armazenados dentro de armário com chave, separado por paciente.</li> <li>• A dispensação era feita mensalmente por paciente com registro de entrega.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

Um fato importante e que talvez possa ser considerado para análise da gestão da AF de M2, trata do tempo no cargo do gestor (um ano e três meses) e da mudança de governo municipal. O prefeito eleito para o quadriênio 2010-2013 foi caçado no último ano de mandato, coincidindo com a mudança na gestão da AF.

A gestão da AF de M2 demonstrou fragilidades e dificuldades em todos componentes de investigação. Foi classificada como *Regular* no Componente Insumos, *Deficiente* no Componente Atividades e *Inadequada* na Organização da AF para atendimento a Demandas Judiciais e Processos Administrativos de medicamentos.

Embora a classificação *Regular* para o Componente Insumos possa demonstrar uma situação “aceitável”, durante a investigação por eixo de análise, foi identificado que o desafio da AF neste município era focado essencialmente no cumprimento, elaboração e disponibilidade de documentos que subsidiavam a AF no município. O eixo de análise “*Adequações às Normas*” foi o único a pontuar negativamente. Dos seis indicadores propostos para esse eixo, quatro foram respondidos negativamente e dois de forma nula.

Não existia Serviço de Vigilância Epidemiológica, CFT, REMUME, disponibilização do FTN aos profissionais de saúde, tão pouco o Plano Municipal de Saúde contemplava a AF. A inexistência desses documentos comprometia diretamente a execução das atividades do ciclo da AF, especialmente a seleção, programação e aquisição de medicamentos.

Os panoramas demográfico e socioeconômico de M2 sinalizavam necessidades de medicamentos a grupos específicos. Conforme abordado em sessões anteriores, a seleção de medicamentos deveria atender às necessidades de saúde da população e ancorar as demais atividades da AF. A instituição de CFT buscava a garantia que tais necessidades. No entanto, sua existência não garantiria que os resultados esperados pela CFT fossem alcançados. No entanto, sua inexistência é de fato sinônimo de inadequações em escolhas sobre-estimadas ou superestimadas dos itens adquiridos (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015).

Outro ponto que poderia decorrer das ausências de documentos que subsidiam as atividades da AF seria a ausência de critérios para a programação de medicamentos. A indisponibilidade de dados epidemiológicos, de critérios de seleção, de uma lista previamente pactuada e da inserção do AF no Planejamento Municipal de Saúde interferiram diretamente nos objetivos finais da programação, e em desarranjos das atividades subsequentes, oportunizando compras emergenciais por desabastecimento no município (PEREIRA, 2016).

Quanto à organização da AF para o cumprimento das demandas judiciais, embora a gestão da AF tenha sido a responsável pelo cumprimento das demandas judiciais e processos administrativos, o somatório dos pontos que mensuraram a efetividade, remeteu a condições de inadequações neste manejo. A AF não adotava procedimentos específicos para as atividades, não emitia parecer técnico e também não registrava os gastos despendidos pelo Município para o cumprimento dessas demandas.

Muitos estudos têm sinalizado o aumento exponencial de gastos públicos para o atendimento das demandas judiciais e processos administrativos por medicamentos, alertando para a escassez de recursos financeiros, sendo, portanto, inaceitável o desconhecimento dos valores mobilizados do Tesouro Municipal para o cumprimento das ações judiciais ou administrativas e compras emergenciais de medicamentos. As compras sequer sofreram um parecer técnico, tanto da solicitação quanto da aquisição (BARATELA; SOUSA, 2014; CASTRO, 2015; FERRO *et al.*, 2016; GOMES; AMADOR, 2015).

Considerando os fatores descritos acima a gestão da AF de M2 foi classificada como *Deficiente*, tendo alcançado o somatório igual a 98 pontos, equivalente ao cumprimento satisfatório de 30% dos indicadores.

### 6.4.3 - Município M3

O município M3 é de médio porte, com 44.859 habitantes. Cerca de 13% da população residia em área rural; havia equivalência entre os sexos; do total de mulheres 68% estavam em idade fértil e 7% da população eram idosos.

Do conjunto de municípios, M3 foi o que apresentou menor índice *gini* (0,4488), o terceiro melhor (pareado com outros dois municípios) em percentual de população alfabetizada (87%) e terceira menor taxa de mortalidade infantil (8,2). Paradoxalmente, o terceiro com o menor percentual de cobertura eSF (22%). Porém possuía, segundo o Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde (CNES) 46 unidades de gestão municipal, inferindo a continuidade do modelo tradicional de atenção básica (ambulatórios), aliado ao modelo hospitalar. Nesse contexto, os indicadores financeiros disponíveis no SIOPS revelaram percentuais de despesas equivalentes tanto para assistência hospitalar (48,17%) quanto para atenção básica (40,80%) (BRASIL, 2013o, 2013p).

Embora não listado na Tabela 1, mas coerente com a presente discussão, M3 apresentou no período desta investigação taxa de incidência de tuberculose pulmonar de 22,2 por 100.000 habitantes e percentual de casos que abandonaram ao tratamento de tuberculose de 20%, ou seja, quatro vezes maior que o esperado pelo Ministério da Saúde. Esses resultados reafirmam o modelo de saúde adotado pela gestão municipal de M3, uma vez que estudos consolidados pela literatura têm inferido a relação direta da expansão da cobertura de eSF com a redução de indicadores de morbidades, mortalidades, redução de taxas de abandono ao tratamento de tuberculose e outras infecções de longo tratamento, assim como têm promovido um aumento na independência do usuário por cuidados especializados, devido ao extenso trabalho de promoção da saúde e prevenção de agravos. (CASTRO *et al.*, 2015; DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015).

Outra particularidade de M3 se deve à arrecadação de impostos que compunham o orçamento da saúde. Em comparação com os demais, foi a maior arrecadação (28,3%). Assim como os outros municípios investigados, no entanto, apresentou alto grau de dependência financeira das transferências intergovernamentais. Cabe ressaltar que o Município declarou ter investido 19,4% em ações e serviços públicos de saúde, percentual além do mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29/2000.

Quanto ao perfil da gestão da AF nos Componentes Insumos, Atividades e Organização da AF para atendimento a Demandas Judiciais e Processos Administrativos de

medicamentos verificou-se extrema fragilidade, especialmente, no Componente Insumos, que comprometeu todo o desempenho no Componente Atividades e na gestão de demandas e processos administrativos por medicamentos, conforme descrito no Quadro 14, que apresenta cenário retrospectivo da Gestão da AF de M3.

Quadro 14 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF de M3 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M3
<p><b>De que forma está organizada a AF no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF estava inserida no organograma da SMS e o gestor não soube informar se o Plano Municipal de Saúde contemplava a AF. Não existia normativas legais do Município para as atividades da AF.</li> <li>▪ Não existia Serviço de Vigilância Epidemiológica, CFT, REMUME e nem disponibilização do FTN para os profissionais de saúde.</li> <li>▪ A equipe da AF era composta de farmacêuticos, enfermeiros, administrativos, estagiários e conduzida por farmacêutico gestor nos últimos cinco anos. Nenhum farmacêutico lotado no Município desempenhava atividade de dispensação.</li> <li>▪ Apenas o consumo histórico era adotado como critério para programar as compras de medicamentos. O gestor não soube informar a modalidade de licitação para a aquisição de medicamentos, mas relatou que havia emissão de parecer técnico. Ocorreram compras emergenciais de medicamentos, por desabastecimento no hospital municipal e devido a demandas judiciais.</li> <li>▪ Existia CAF, mas sem presença de farmacêutico e sem adoção de BPA ou outra normativa similar. Havia logística definida para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: tuberculose, hanseníase, leishmaniose, esquistossomose). Assim como prescrição e dispensação de medicamentos do Componente Especializado, de acordo com as normativas da SES.</li> <li>▪ A AF possuía plano para descarte de medicamentos, mas sem regularidade no recolhimento. Havia recebimento e distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios, sem critérios de gerenciamento para esta atividade.</li> <li>▪ O Plano Estadual da AFB não atendia às necessidades do município.</li> </ul>
<p><b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os recursos financeiros para o cumprimento das atividades de responsabilidade da AF provinham do Tesouro Municipal.</li> <li>• A gestão da AF não soube informar os valores aportados, via fundo a fundo, pelo Município, Estado e Governo Federal. O MS também repassava medicamentos.</li> <li>• A gestão da AF não soube informar o valor despendido para compras emergenciais de medicamentos.</li> </ul>
<p><b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Coordenação da AF Municipal era responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial e processos administrativos. Havia análise técnica de todas as prescrições dos demandantes e contato preliminar com a Defensoria pública.</li> <li>• O montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais e processos administrativos em 2013 foi maior do que o valor gasto em medicamentos pactuados. Estes recursos foram mobilizados do Tesouro Municipal.</li> <li>• Estes medicamentos foram comprados por licitação ou compra direta com emissão de parecer técnico. A dispensação destes medicamentos era feita por paciente para atender 3 meses.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

A gestão da AF de M3 apresentou dificuldades no manejo do Componente Insumos, totalizando 19 pontos. As respostas foram negativas em todos os eixos de análise, em mais da metade dos indicadores, resultando na classificação final de gestão *Inadequada* da AF Municipal, perfazendo 84 pontos equivalentes a 26% de cumprimento satisfatório dos indicadores propostos para o presente estudo.

No eixo de análise “*Recursos Humanos*”, a ausência do profissional farmacêutico na dispensação de medicamentos chamou a atenção. Apesar do número de unidades municipais de saúde, nenhuma unidade havia farmacêutico na dispensação de medicamentos. E dos doze farmacêuticos, segundo o CNES, lotados no quadro funcional do Município, nenhum desempenhava a atividade de dispensação de medicamentos.

Angonesi e Rennó, em discussão sobre os diferentes sentidos para Dispensação de Medicamentos, atribuídos por documentos legais, propuseram um fluxograma balizado em linhas gerais do conceito, na filosofia, no processo de cuidado e gestão da prática, e ainda, sugeriram como resolutivo a mobilização de farmacêuticos para o desempenho da atividade de dispensação com viés mais prático do que normativo (no que se refere ao simples ato de entrega do medicamento). Para além do desempenho seria necessária a devida sistematização e divulgação de dados, de forma a mensurar a atividade (ANGONESI; RENNÓ, 2011).

Ainda que existissem farmacêuticos desempenhando a atividade de dispensação em M3, em outros estudos realizados em municípios das regiões Sul e Sudeste do Brasil, pesquisadores constataram que a maioria dos entrevistados não tinha conhecimento satisfatório para realizar a dispensação de medicamentos e suas principais fontes de informação sobre medicamentos possuía baixo nível de evidência científica. Além disso os profissionais desempenhavam de modo intenso tarefas não diretamente relacionadas à profissão. Do mesmo modo, Lobato destacou a angústia de farmacêuticos lotados em unidades de AB com o intenso comprometimento com atividades “burocráticas” em detrimento às atividades relacionadas a gestão do cuidado (LOBATO, 2014; REIS *et al.*, 2015)

É certo que M3 obteve pontuações negativas em outros indicadores e eixos de análises, mas a evidência do descomprometimento da gestão da AF (que há cinco anos possuía o mesmo gestor) em mensurar, analisar e intervir na otimização do tempo, disseminação de conhecimentos e qualificação da atividade de dispensação de medicamentos com a participação do profissional farmacêutico, foi considerado um grande entrave não somente para a AF Municipal, como também para outros setores da SMS. Uma vez que a satisfatória interlocução entre farmacêutico e usuário de medicamentos, no momento da

dispensação, contribui para melhores resultados na saúde, como visto em estudo em diferentes estudos na literatura, a presença dos farmacêuticos na dispensação seria essencial para a AF do município. (ARAÚJO; FREITAS, 2006; CIPOLLE et al., 2006c; JÚNIOR; NUNES, 2012; PLASTER et al., 2012; VENÂNCIO et al., 2014).

#### 6.4.4 - Município M4

O M4 é um município de grande porte com 168.306 habitantes, de maioria alfabetizada (86%). Havia predominância do sexo feminino e em idade fértil (67%), 7% da população eram idosos e 4% do total de habitantes residiam em área rural.

O índice *gini* calculado para cidade foi de 0,4559 e IDH de 0,738. A taxa de mortalidade infantil, de 2013, foi de 17,3, maior do que a calculada para toda região do sudeste brasileiro, e informada cobertura nula em eSF na cidade.

Embora a cobertura nula de eSF possa parecer incomum, foram pesquisados os repasses financeiros do Bloco de Atenção Básica, fundo a fundo para M4, e identificou-se apenas o repasse referente ao Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo, que reforça a informação de não adesão ao formato de AB no modelo ESF, uma vez que não houve repasses referentes ao PAB Variável. Em municípios com baixo percentual de arrecadação, é possível que a implementação do modelo ESF não se consolide, pois devido aos valores de repasses para a ESF e do valor *per capita* do piso de atenção básica fixo, alguns municípios precisam utilizar um volume adicional de recursos próprios, aumentando assim seus custos. No entanto, seriam necessários outros pontos de investigação para elucidar a nula cobertura de ESF em M4, que extrapolariam o escopo deste trabalho (BRASIL, 2013q; MENDES; MARQUES, 2014).

Independentemente de porte de M4, sua capacidade de arrecadação de impostos era baixa (13,1%), se comparada a outros municípios. E, assim como os outros, apresentou alta dependência das transferências intergovernamentais (79,9%) e aplicação percentual de 18% em ASPS sobre a receita. Cabe ressaltar que ASPS congrega um amplo grupo de ações e atividades que figuram desde planejamento e execução de promoção, proteção e recuperação de saúde, nisto incluindo remuneração de pessoal ativo, aquisição e distribuição de insumos como medicamentos até ações de apoio administrativas no âmbito do SUS, sendo, portanto, importante desvincular numa breve investigação a simples anotação do percentual acima ou abaixo do mínimo estabelecido pela legislação.

Com efeito, todo o panorama apresentado acima auxiliou a analisar o cenário da AF Municipal descrito pelo cumprimento ou não dos indicadores propostos no presente estudo e subsidiado pelas informações dos bancos de dados secundários listados na seção 5.4, conforme apresentado no Quadro 15.

Quadro 15 Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M4 segundo indicadores propostos por neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M4
<p><b>De que forma está organizada a AF no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF foi inserida no organograma da SMS. O gestor não soube informar se o Plano Municipal de Saúde contemplava a AF. Não existia normativas legais do Município para as atividades da AF.</li> <li>▪ Não havia Serviço de Vigilância Epidemiológica.</li> <li>▪ Existia CFT, com farmacêutico, médicos e dentistas, sem regularidade nas reuniões. Não existia REMUME, nem disponibilização do FTN para os profissionais de saúde.</li> <li>▪ A Equipe executora da AF era formada por farmacêutico, técnico de farmácia e conduzida por farmacêutico gestor, atuante no cargo há onze anos. De todos os farmacêuticos lotados no quadro funcional do município, apenas dois realizavam dispensação de medicamentos. Somente uma unidade dispunha de farmacêutico na dispensação de medicamentos.</li> <li>▪ Apenas o critério consumo histórico era adotado para programar as compras de medicamentos. Os medicamentos eram adquiridos por pregão presencial com emissão de parecer técnico. Ocorreram compras emergenciais de medicamentos, por desabastecimento devido à demora no processo de compras.</li> <li>▪ Existia CAF com farmacêutico, mas não havia cumprimento de BPA nem outra normativa similar. Havia logística definida para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Acontecia a dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: tuberculose, hanseníase, DST aids, leishmaniose, toxoplasmose), não havia prescrição e dispensação de medicamentos do Componente Especializado.</li> <li>▪ A AF possuía plano para descarte de medicamentos, com regularidade no recolhimento. Não havia o recebimento nem distribuição medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.</li> <li>▪ O plano estadual para AFB não atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<p><b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todos os recursos financeiros para o cumprimento das atividades de responsabilidade da AF provinham do Tesouro Municipal.</li> <li>▪ Houve repasses regulares pelo Município e Estado para o financiamento da AF.</li> <li>▪ O valor repassado pelo Governo Federal foi inferior ao pactuado na CIT.</li> <li>▪ O Município gastou menos em compras emergenciais do que em compras de medicamentos pactuados e programados previamente.</li> </ul>
<p><b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Coordenação da AF Municipal era responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos. Não havia análise técnica das prescrições dos demandantes</li> <li>▪ A gestão da AF não soube informar o montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais e processos administrativos. Estes recursos foram providos do Tesouro Municipal.</li> <li>▪ Os medicamentos foram adquiridos por compra direta com emissão de parecer técnico.</li> <li>▪ A dispensação ocorria por paciente na CAF para atendimento de um mês de tratamento.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

O gestor da AF em M4 foi o segundo com maior tempo de permanência no cargo (11 anos). No entanto, esse período não garantiu melhores desempenhos para AF Municipal. A gestão da AF totalizou pontuações equivalentes ao status *Deficiente* no Componente Insumos, *Regular* no Componente Atividades, e *Regular* na Organização da AF para gestão de demandas judiciais e processos administrativos.

Apesar da maior permanência no cargo do gestor da AF Municipal (11 anos), se comparado a outros municípios, alguns resultados nos indicadores de M4 foram frustrados, como: a ausência de RENAME, desconhecimento da inserção da AF no Plano Municipal de Saúde, adoção de apenas um critério para programação, descumprimento de BPA, falta de critérios adicionais para aquisição e despesas com compras emergenciais de medicamentos.

As inconformidades encontradas em M4 foram as mesmas encontradas em outros municípios com gestores com menor tempo de experiência na gestão. Para esse município, evoca-se a discussão sobre a qualificação dos gestores em detrimento às diferentes e intensas atividades que remetem a complexidade da AF Municipal independentemente do porte do Município e do tempo de gestão do farmacêutico.

Quando inquerido sobre a formação nos últimos cinco anos, o gestor da AF afirmou que dez dos doze farmacêuticos listados no CNES possuíam cursos de qualificação. Devido a isto esperava-se que o desempenho da AF nos eixos de análise investigados fosse mais satisfatório. Não obstante às diferentes iniciativas do MS para a qualificação dos farmacêuticos e farmacêuticos gestores da AF, o cenário de M4 não parece ser uma peculiaridade (BRASIL, 2016a).

Moura (2010), em análise sobre a AF nos municípios do Estado do Amazonas, identificou fragmentação em todas as atividades do Ciclo da AF e reportou a dificuldade na implantação e manutenção de CFT municipais. Ferreira e Serra, em estudo sobre o perfil dos farmacêuticos atuantes nas unidades municipais de saúde, verificaram que no universo de 30 unidades básicas, 86% dos farmacêuticos eram qualificados em diferentes cursos de especialização, mas nenhum ofertava a orientação aos pacientes sem que houvesse solicitação do mesmo ou de outro profissional. Para Vieira e Zucchi, existe desconhecimento dos gestores da AF a respeito dos parâmetros de qualidade que envolvem as diferentes atividades da AF e sua coordenação com outros setores (FERREIRA; SERRA, 2011; MOURA, 2010; VIEIRA; ZUCCHI, 2015).

Este desconhecimento que apontam Vieira e Zucchi fica evidente no gestor de M4. Quando questionado sobre o que era incluído na lista de compras, e o gestor respondeu “*medicamentos da lista municipal*”, desconsiderando que havia respondido que o município

não tinha REMUME. Logo, infere-se que a lista municipal deveria ser uma lista de itens, embora tivesse também respondido que havia CFT com participação de médicos, farmacêuticos e dentistas. Ou seja, este gestor (talvez) desconhecia o que seria CFT e REMUME, como também a escolha de critérios compostos para programação e aquisição de medicamentos, como forma de evitar os gastos em compras emergenciais. Uma possibilidade inerente ao paradoxo dessas informações prestadas é que o gestor possa ter faltado com a verdade, hipótese que revelaria um quadro ainda mais desolador.

Neste contexto, M4 totalizou 156 pontos, equivalentes a 48% de cumprimento satisfatório dos indicadores obtendo o escore *Deficiente* na gestão da AF Municipal.

#### 6.4.5 - Município M5

O município M5 é de médio porte com 26.033 habitantes, com a maior concentração percentual de residentes na zona rural (44%), quando comparada aos demais municípios da seleção. Aproximadamente 76% da população era alfabetizada, havia predominância do sexo masculino e do total de mulheres (12.849) 62% estavam em idade fértil. O IDH calculado para o município foi de 0,642, menor índice dentro da seleção de municípios, talvez tenha relação com a elevada concentração de população rural (BRASIL, 2010p).

O município foi o segundo menor em capacidade de arrecadação de impostos e, assim como os demais, verificou-se a alta dependência das transferências intergovernamentais (82,8%). Em 2013 o município contava com 16 estabelecimentos de saúde sob a gestão municipal, três farmacêuticos lotados no quadro funcional do município, taxa de mortalidade infantil maior do que a calculada para toda região sudeste (18,11 M5 / 11,97SE – 2013) e, paradoxalmente, 100% de cobertura de ESF. (BRASIL, 2010d, 2013i, 2013r).

A alta taxa de mortalidade infantil não condiz com a cobertura da AB por ESF; diversos estudos têm atribuído a expansão da ESF à diminuição das taxas de mortalidade infantil, por diversos fatores como: melhor assistência no pré-natal, empoderamento dos pais e avós através de ações de educação, agilidade nas consultas de puericultura. Apesar disso, alguns autores têm verificado que em determinados municípios o que ocorre com a expansão da ESF é a superposição de redes assistenciais, sem nenhuma articulação com a RAS regional não garantindo atenção integral, inferindo resultados negativos nos indicadores de saúde (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; ESCOREL *et al.*, 2007).

A análise obtida nas respostas aos indicadores mostrou insipiência do gestor da AF em todos os eixos de investigação, que resultou em classificação *Inadequada* para a gestão de M5, conforme apresentado no Quadro 16.

Quadro 16 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M5 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M5
<p><b>De que forma está organizada a AF no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O Gestor da AF não soube informar: se a AF constava no organograma da SMS, se o Plano Municipal de Saúde contemplava a AF e se existiam normativas legais do Município para as atividades da AF.</li> <li>▪ Não existia Serviço de Vigilância Epidemiológica, CFT nem disponibilização do FTN para os profissionais de saúde. O Município adotava a lista estadual de medicamentos essenciais.</li> <li>▪ A equipe executora da AF era formada por farmacêutico, auxiliar de farmácia, assistente social e conduzida por farmacêutico gestor, atuante no cargo havia seis meses. Apenas duas unidades dispunham de farmacêutico na dispensação de medicamentos. Dos farmacêuticos lotados no quadro funcional do município, apenas dois realizavam dispensação de medicamentos.</li> <li>▪ O consumo histórico era o único critério utilizado para subsidiar a programação de medicamentos.</li> <li>▪ O gestor da AF não soube apontar quais as modalidades de aquisição dos medicamentos destinados ao suprimento das unidades de saúde e se havia critérios adicionais para executar essa atividade.</li> <li>▪ Ocorreram compras emergenciais de medicamentos devido a demandas judiciais, mas não soube precisar quantas.</li> <li>▪ Existia CAF com presença de farmacêutico, mas não havia seguimento de BPA nem outra normativa similar. O gestor não soube informar se a AF Municipal possuía logística estrutura para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico da AF (citados: tuberculose e hanseníase), mas não havia prescrição nem dispensação de medicamentos do Componente Especializado da AF.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se o Município possuía plano para descarte de medicamentos.</li> <li>▪ Não havia recebimento nem distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.</li> <li>▪ O gestor desconhecia se o plano estadual para AFB atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<p><b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar os valores aportados pelo Município, Estado e Governo Federal para o financiamento da AF, nem de onde provinham os recursos financeiros.</li> <li>▪ O gestor não soube dizer quanto o Município gastou em compras emergenciais de medicamentos.</li> </ul>
<p><b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube apontar: o responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos no Município, nem o montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais e processos administrativos, quantos processos foram recebidos, qual a fonte dos recursos financeiros despendidos para a execução das demandas judiciais, a modalidade de compra adotada e tão pouco se havia procedimentos específicos para essa atividade, como emissão de parecer técnico ou análise da prescrição.</li> <li>▪ A dispensação de medicamentos demandados judicialmente foi relatada como “<i>igual aos demais medicamentos</i>”.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

A incipiência apresentada pela gestão da AF de M5 representava uma ameaça à organização da RAS Municipal, uma vez que contribui para que as necessidades terapêuticas não fossem plenamente atendidas, quer seja pela garantia do insumo ou medicamento de responsabilidade do ente municipal, quer seja pela orientação quanto à disponibilização de itens ofertados pelo SUS.

Espera-se que o gestor, em qualquer departamento, coordenação ou esfera de governo seja perito nas ações e atividades que coordena. Segundo o Ministro do Supremo Tribunal Luís Barroso “*a pior coisa que existe para o sistema é a desarrumação*” [esta afirmação se deu quando o Supremo discutia os efeitos da Judicialização na Saúde]. (BARROSO, 2009).

Um dos efeitos prejudiciais para a organização do sistema de saúde é a mobilização de recursos financeiros para o cumprimento das demandas judiciais e processos administrativos, que segundo a literatura, decorre das deficiências na gestão da AF. O Município M5, conforme abordado anteriormente, é altamente dependente das transferências intergovernamentais, em especial do Governo Federal, e a participação percentual foi de 89% das transferências totais para a saúde. Esta situação é aliada à baixa capacidade de arrecadação de impostos na receita líquida do município, e infere um perfil financeiro totalmente dependente (BRASIL, 2013r; CHIEFFI AL; BARATA RB, 2009; D’ESPÍNDULA, 2013)

É evidente que a judicialização é um fenômeno onipresente em todo país, quer seja em municípios com independência financeira ou não, demandados por cidadãos de qualquer classe social para o fornecimento de medicamentos selecionados, ou não, em listas oficiais do SUS ou ainda para aqueles que nem registro no país receberam, mediados por escritórios de advocacia privada ou pela Defensoria Pública (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

Independentemente do perfil dos medicamentos demandados, o que se observa na literatura é que em municípios semelhantes a M5 a solicitação por medicamentos pertencentes a alguma das listas do SUS é mais frequente, inferindo problemas na organização da gestão da AF (BOING et al., 2013; CABRAL; REZENDE, 2015; CHAGAS; PROVIN; AMARAL, 2016; FOLY; MATTA; SHIMODA, 2016).

Para além do surgimento de novos processos, quer judiciais ou administrativos, decorrentes das incongruências da gestão da AF, a privação de medicamentos para suprir as necessidades de saúde da população de M5 deveria incorrer dentre as principais prioridades do Gestor Municipal. A começar pela inserção da AF no Plano Municipal de Saúde, estabelecendo metas e prioridades que favorecessem a organicidade requerida para a AF, com a institucionalização de CFT, lista própria de medicamentos, e imprescindivelmente

qualificação do gestor e demais membros da equipe executora da AF, com ferramentas de monitoramento da qualidade da gestão.

#### 6.4.6 - Município M6

M6 é um município de médio porte. Segundo o último censo brasileiro, aproximadamente 48.519 habitantes residiam na cidade, a maioria era alfabetizada (88%), 10% eram idosos, 2% residentes de área rural e havia equivalência entre os sexos, sendo que, da população feminina (24.685), 65% estavam em idade fértil. O IDH calculado para o município foi 0,753 e o índice *gini* 0,5052. Em 2013 M6 contava com 19 unidades de saúde de gestão municipal, 84% de cobertura de eSF e taxa de mortalidade infantil 9,0 - uma das menores taxa dentre os municípios da seleção (BRASIL, 2013i, 2013r).

Como esperado em municípios que possuem alto percentual de cobertura de ESF em seus respectivos territórios, M6 ratifica no seu indicador de mortalidade infantil os dados encontrados por Ceccon e colaboradores, que atestaram, em série histórica de 10 anos, a redução da mortalidade infantil em 73% nos Estados brasileiros cuja cobertura da AB através da ESF foi ampliada. Como já apontado anteriormente, este modelo possibilita maior acesso das mulheres e das crianças aos serviços de saúde e estreita o vínculo com os profissionais, favorecendo rápida assistência aos males mais prevalentes da infância e melhor acompanhamento na gestação (CECCON *et al.*, 2014; TEIXEIRA, 2012).

O Quadro 17 apresenta o cenário da gestão da AF no contexto de 2013. Considerando todos os eixos de análise, a gestão totalizou 88 pontos, sendo classificada como gestão *Inadequada*.

Quadro 17 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M6 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M6
<p><b>De que forma está organizada a AF no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O Município não inseriu no organograma da SMS a AF, nem a contemplou no Plano Municipal de Saúde, também não havia elaboração de normativas legais municipais para AF.</li> <li>▪ Não existia Serviço de Vigilância Epidemiológica, CFT, nem disponibilização do FTN para os profissionais de saúde, mas havia REMUME.</li> <li>▪ A equipe executora da AF era formada por farmacêutico, auxiliar de farmácia e agentes comunitários de saúde e conduzida por farmacêutico desde o último ano. Apenas duas unidades dispunham de farmacêutico, e estes realizavam a dispensação de medicamentos.</li> <li>▪ Apenas o critério consumo histórico era adotado para a programação de medicamentos.</li> <li>▪ A modalidade de aquisição adotada era a licitação por pregão presencial. Ocorreram compras emergenciais de medicamentos devido a demandas judiciais e processos administrativos.</li> <li>▪ Existia CAF com presença de farmacêutico e cumprimento das BPA. A AF possuía logística estrutura para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: tuberculose e esquistossomoses). Assim como, a prescrição e dispensação de medicamentos do Componente Especializado, sob as normativas definidas pela respectiva SES.</li> <li>▪ AF tinha estrutura para recolhimento dos medicamentos impróprios ao uso, mas não possuía um plano para descarte de medicamentos.</li> <li>▪ Não era permitido recebimento nem distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.</li> <li>▪ O plano estadual para AFB não atendia as necessidades do município</li> </ul>
<p><b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar os valores aportados pelo Município, Estado e Governo Federal para o cumprimento das atividades de responsabilidade da AF.</li> <li>▪ O Município gastou mais em compras emergenciais de medicamentos do que o valor despendido para aquisição dos medicamentos programados previamente.</li> </ul>
<p><b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A responsabilidade pela gestão de medicamentos demandados judicialmente ou por processos administrativos cabia ao Secretário de Saúde.</li> <li>▪ As aquisições destes medicamentos ocorriam por licitação, não foi especificada a modalidade. Não havia emissão de parecer técnico.</li> <li>▪ O montante financeiro empenhado para atender às demandas judiciais e processos administrativos foi maior do que os valores dispensados para compras de medicamentos selecionados e programados.</li> <li>▪ A dispensação ocorria “<i>igual aos demais medicamentos</i>”.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

A responsabilidade pela gestão do Componente “Organização da AF para atendimento a Demandas Judiciais e Processos Administrativos de medicamentos” no município cabia ao Secretário de Saúde. A análise dos indicadores da gestão da AF de M6 permitiu concluir que seu maior desafio era a organização para cumprimento dessas demandas, por estarem à margem das decisões inerentes à AF.

A transferência unilateral da responsabilização e gerenciamento pelas demandas evidenciava o distanciamento da AF no panorama organizacional do Município, como também a inexistência de normas legais do Município para as atividades da AF, ausência no organograma da SMS e no Plano Municipal de Saúde.

Esse distanciamento da AF frente aos gestores municipais talvez tenha contribuído para as fragilidades e intercorrências nas atividades centrais da AF, como a seleção de medicamentos, pela ausência de CFT (embora relatada existência de REMUME); indisponibilidade de FTN aos médicos e dentistas, como auxílio teórico às escolhas das terapêuticas adotadas no SUS; ausência de plano para descarte de medicamentos, escassez de profissionais farmacêuticos na atividade de dispensação, problemas no abastecimento por falhas no processo de programação e aquisição, e ainda, gerenciamentos dos recursos financeiros.

Com relação ao gerenciamento das demandas judiciais e processos administrativos, Pepe e colaboradores propuseram mudanças, em particular, na gestão da AF. Essencialmente na tomada de decisão para o fornecimento de medicamentos pleiteados, mediante um fluxograma de análise das demandas. Bem como a permanente aproximação com o judiciário e a avaliação das prescrições dos demandantes, no intuito de diminuir os riscos inerentes a tratamentos ainda não indicados pelo SUS ou pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Devem ser considerados também, a alocação de recursos públicos que são mobilizados, que em M6 foram maiores que os valores empreendidos para aquisição de medicamentos selecionados previamente, fato recorrente em outros municípios brasileiros (PEPE *et al.*, 2010; TANAKA, 2008).

Faz-se necessário o reconhecimento da AF como parte inerente da gestão municipal de saúde, e como tal, suscetível a avaliação, monitoramento e aprimoramento de seus processos de trabalho. Premente é a interlocução de todos gestores municipais, não somente para suprimento de medicamentos, demandados judicialmente ou não, mas para toda a cadeia que envolve a AF, possibilitando garantia de acesso (no que se refere a qualidade de disponibilização) a medicamentos prioritários.

#### 6.4.7 - Município M7

Do conjunto de municípios, M7 possuía a menor população, 20.835 habitantes. Destes, 76% eram alfabetizados, 12% eram idosos, 39% residentes em zona rural, havia equivalência entre os sexos e da população feminina (10.461), 61% estavam em idade fértil. O índice *gini* foi 0,6597 e o IDH 0,656, inferindo desigualdades sociais e pouco desenvolvimento humano da cidade (BRASIL, 2010e, 2010p).

Aliado à baixa capacidade de arrecadação de impostos, alta dependência das transferências intergovernamentais, M7 é um município com população de baixo poder aquisitivo, com cálculo de rendimento mediano mensal per capita da população rural estimado em R\$ 200,00 e da população urbana de R\$ 318,33 - menor que o salário mínimo estabelecido em 2013 para todo território nacional (R\$ 678,00) (BRASIL, 2013s).

Quanto aos equipamentos de saúde, o município contava com 16 unidades, cobertura de eSF de 100% e a maior taxa de mortalidade infantil encontrada no conjunto de municípios, 25,0. Nenhum registro de farmacêutico foi identificado no CNES municipal, embora o gestor da AF Municipal fosse farmacêutico (BRASIL, 2013t).

Caberia uma melhor investigação sobre as causas que levaram a uma taxa tão elevada de mortalidade infantil no município com total cobertura de atenção básica. Talvez M7 tivesse fragilidades para cumprir com excelência um dos princípios fundamentais do SUS: equidade, que prediz a oferta de serviços, cuidados e assistência aos que mais precisam.

Quanto a análise da gestão da AF exposta no Quadro 18, verificaram-se deficiências na organização e sustentação dos serviços farmacêuticos no município, que totalizou 37 pontos, equivalentes a classificação de gestão *Inadequada*.

Quadro 18 – Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M7 mediante resultados aos indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M7
<b>De que forma está organizada a AF no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF não constava no organograma da SMS nem foi inserida no Plano Municipal de Saúde.</li> <li>▪ O Município não dispunha de normativas legais específicas para AF, mas gestor da AF informou que seguia procedimentos operacionais do Conselho Regional de Farmácia.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se havia Serviço de Vigilância Epidemiológica e se havia disponibilidade do FTN para os profissionais de saúde.</li> <li>▪ O Município não dispunha de CFT nem lista municipal de medicamentos.</li> <li>▪ A equipe executora da AF era formada auxiliares de farmácia e farmacêutico que conduzia a gestão nos últimos quinze anos. Não havia farmacêutico em nenhuma unidade e não havia farmacêutico atuante na dispensação de medicamentos.</li> <li>▪ Apenas o critério de consumo histórico era adotado para programação de medicamentos.</li> <li>▪ A modalidade de compras adotada por este município não foi especificada, apenas citou-se que ocorria por licitação, sem emissão de parecer técnico. Ocorreram compras emergenciais de medicamentos faltas de estoque ou atrasos no fornecedor.</li> <li>▪ Município não possuía CAF. Embora contasse com farmacêutico responsável pelo armazenamento e relatou seguir normas da Vigilância Sanitária. A AF não possuía logística organizada para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: tuberculose e hanseníase). Assim como, a prescrição e dispensação de medicamentos do Componente Especializado da AF, sem especificar quais medicamentos e protocolos envolvidos.</li> <li>▪ Não havia recebimento nem distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.</li> <li>▪ A AF não dispunha de plano ou manual para descarte de medicamentos.</li> <li>▪ O plano estadual para AFB atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar os valores aportados pelo Município, Estado e Governo Federal para o cumprimento das atividades de responsabilidade da AF.</li> <li>▪ O gestor desconhecia os valores gastos nas compras emergências de medicamentos.</li> </ul>
<b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A responsabilidade pela gestão de medicamentos demandados judicialmente ou por processos administrativos cabia ao Secretário de Saúde.</li> <li>▪ As aquisições destes medicamentos ocorriam por dispensa de licitação e compra direta, sem emissão de parecer técnico ou outro procedimento específico.</li> <li>▪ O gestor não soube informar o montante financeiro empenhado para atender às demandas judiciais e processos administrativos.</li> <li>▪ O gestor não soube informar como acontecia a dispensação dos medicamentos demandados judicialmente ou por via administrativa.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

A gestão da AF em M7 foi inadequada em dois dos três Componentes investigados. Na “*Organização da AF para o gerenciamento das demandas judiciais e processos administrativos*” não conseguiu satisfazer nenhum dos indicadores propostos, perfazendo pontuação negativa (-7pt). Quanto a gestão nos Componentes Insumos e Atividades, somente conseguiu atender respectivamente 12% e 30% dos indicadores estabelecidos.

Destaca-se neste município a presença de apenas um (1) profissional farmacêutico para atender à população em suas necessidades e para condução e dinamicidade das atividades inerentes à AF. Talvez por essa escassez, a responsabilidade pelo gerenciamento das demandas judiciais e processos administrativos coubesse ao Secretário de Saúde, e por isso a gestão da AF não tenha se apropriado de nenhuma atividade que envolvesse essa questão, nem mesmo a dispensação destes medicamentos.

Conforme abordado no referencial teórico deste trabalho, a dinamicidade pretendida para execução da AF Municipal, independe do porte do município e também de seu *status* financeiro. A AF deve se ocupar em satisfazer as reais necessidades da população adstrita, tendo em vista que seu objetivo primaz é a garantia de acesso e uso racional de medicamentos, que se efetiva mediante uma gestão imbuída em atender às premissas dispostas na PNM e na PNAF, mediante o cumprimento das atividades consideradas centrais para a AF com destreza e competência (BRASIL, 1998, 2004b).

Percebeu-se em M7 escassez na força de trabalho da AF. A contratação de apenas um profissional farmacêutico para suportar todas as atividades é inaceitável e esperado que o mesmo não consiga dar conta de todas as frentes necessárias da AF. Por outro lado, esta gestão foi a de maior tempo de permanência no cargo (15 anos), e a expectativa era que este período contribuísse para um melhor desenvolvimento das ações da AF local, em atividades que, a princípio, não dependeriam de número de farmacêuticos disponíveis.

As inconformidades encontradas foram as mesmas percebidas em outros municípios com gestores com menor tempo no serviço. Enquanto se manteve a configuração de uma gestão falha em seus processos, a população de M7 figurava como adjuvante no contexto de racionalização do uso de medicamentos e a gestão da AF era um polo passivo.

Considerando todos os aspectos apontados no Quadro 15 e corroborando com alguns estudos, essa população deve deambular por municípios adjacentes, quiçá para a capital do Estado, em busca do tratamento medicamentoso prescrito, ou em casos excepcionais, custear o próprio tratamento. Essa conjectura remete a iniquidades no Sistema que decorre da gestão Inadequada da AF e favorece a judicialização (CARVALHO; LEITE, 2014; GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

Uma vez que a análise do desempenho da Gestão da AF Municipal é o escopo deste trabalho, não se pode conhecer quais os medicamentos demandados judicialmente ou em processos administrativos. No entanto, esperar-se-ia para M7, imerso na conjuntura aqui exposta, um significativo aumento de solicitação de medicamentos por via judicial ou administrativa, essencialmente de itens básicos.

#### 6.4.8 - Município M8

O município M8 é uma cidade de grande porte com 603.442 habitantes com predominância do sexo feminino, e desta população (310.644), 66% em idade fértil. Do conjunto de municípios, M8 apresentou o maior percentual de população alfabetizada (89%) que pode explicar o melhor IDH da seleção estudada 0,756. Habitantes com idade acima de 60 anos somavam 9% da população e residentes de zona rural 0,33% do total de habitantes (BRASIL, 2010p, 2010q, 2013t).

O índice *gini* calculado para M8 foi de 0,4953, reflexo da desigualdade existente no país. Considerando o porte do município, foi identificado baixo percentual de arrecadação de impostos na receita líquida do município (23,8%), no entanto foi observado o menor percentual de dependência das transferências intergovernamentais dentre os demais municípios (59,90%). Em 2013 o município contava com 734 equipamentos de saúde de gestão municipal e 44 farmacêuticos lotados no quadro funcional (BRASIL, 2010f, 2013u).

A cobertura de eSF foi de 53% e a taxa de mortalidade infantil de 10,8. Ainda que com uma alta taxa de mortalidade infantil, verificou-se uma significativa diminuição da mesma no decorrer dos últimos dez anos (2003-2013) acompanhada pelo aumento na cobertura de ESF. Ratificando as considerações anteriormente apontadas, é provável que positivas mudanças no sistema de saúde de M8 possam ter contribuído para esse desfecho (BRASIL, 2013i, 2013k, 2013n; LISBOA et al., 2015).

Quanto à organização da AF Municipal, seu panorama é exposto no Quadro 19. O Município apresentou a maior pontuação geral dentre os municípios investigados e totalizou 209 pontos que lhe atribui a classificação de gestão *Regular*.

Quadro 19 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M8 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M8
<b>De que forma está organizada a AF no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF não constava no organograma da SMS nem no Plano Municipal de Saúde, mas elaborava normativas legais do Município para o desempenho da AF.</li> <li>▪ Existia Serviço de Vigilância Epidemiológica; CFT com participação de farmacêutico, médico, dentista e enfermeiro, com regularidade nas reuniões. Disponha de REMUME e disponibilidade do FTN para os profissionais de saúde.</li> <li>▪ A equipe executora da AF era formada por farmacêutico, agente administrativo e conduzida por farmacêutico nos últimos dois anos. Mais da metade de todas as unidades municipais de saúde contavam com farmacêutico na dispensação, e dos farmacêuticos do quadro funcional da SMS mais da metade atuavam na dispensação.</li> <li>▪ Apenas o consumo histórico era adotado como critério para programação de medicamentos.</li> <li>▪ A licitação por pregão presencial e a dispensa de licitação eram as modalidades de compras adotadas pela AF, ambas com emissão de parecer técnico e cadastramento de fornecedores. Ocorreram compras emergenciais de medicamentos pelo aumento de demanda das necessidades e suspensão de contratos.</li> <li>▪ Existia CAF com presença de farmacêutico responsável com cumprimento das BPA e elaboração de normativas técnicas (POP) para o armazenamento. Na CAF havia local destinado aos medicamentos a serem descartados, o recolhimento era feito por empresa terceiriza, mas não havia um plano para descarte. A AF possuía logística estrutura para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico, (citados: tuberculose, hanseníase, tabagismo, leishmaniose, esquistossomose e diabetes). O Município não dispensava medicamentos do Componente Especializado. Não havia recebimento nem distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.</li> <li>▪ O plano estadual para AFB atendia as necessidades do município</li> </ul>
<b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Segundo o gestor da AF o Município e Estado aportavam os valores mínimos pactuados para o financiamento da AF Municipal, mas Governo Federal aportava menos do que o valor mínimo pactuado.</li> <li>▪ O gestor não soube precisar os valores gastos nas compras emergências de medicamentos.</li> </ul>
<b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Coordenação da AF Municipal era responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial e mantinha contato regular com o judiciário como um procedimento específico.</li> <li>▪ A gestão da AF não soube informar quando começaram as demandas de medicamentos e nem quantas tiveram no último ano. O montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais e processos administrativos foi maior do que os valores dispensados para compras de medicamentos da lista municipal. Estes recursos foram providos do Teto Municipal de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.</li> <li>▪ A gestão não precisou qual modalidade de licitação era adotada para aquisição dos medicamentos demandados judicialmente ou por via administrativa.</li> <li>▪ A dispensação ocorria por paciente com emissão de recibo de entrega.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

A gestão da AF de M8 apresentou a maior pontuação nos Componentes Insumos e Atividades (138pt e 45pt, respectivamente) se comparado com os demais municípios. Contudo, ratificou as mesmas fragilidades no gerenciamento das demandas judiciais e processos administrativos antes apontadas, corroborando com a afirmação de que para que haja o melhor desempenho da AF em todos os seus processos (que estão interligados), estes devem ser executados com igual destreza e respeito aos aspectos éticos inerentes à execução da profissão farmacêutica. Neste sentido, dois aspectos, de distintos componentes, sobressaem a gestão de M8 e merecem ser elucidados (KAUFFMANN *et al.*, 2009; SANTOS; MATOS, 2014).

Primeiramente, a ausência de um plano formal para o descarte de medicamentos, embora na CAF Municipal houvesse lugar reservado para os medicamentos impróprios ao uso e posteriormente conduzidos por empresa terceirizada para incineração (sem periodicidade para o recolhimento). De acordo com a Resolução nº 306 de 2004 da ANVISA, cabe aos serviços relacionados com o atendimento à saúde o gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (RSS), incluindo todos os procedimentos adotados e destinação segura dos respectivos produtos, à partir de um planejamento estruturado (BRASIL, 2004a).

O gerenciamento de RSS parece ser um desafio não somente para M8 mas para toda sociedade brasileira, que se traduz em importante tema para discussão, monitoramento e aprimoramento da saúde pública. Em levantamento bibliográfico Medeiros *et al* elencaram somente dez programas de descarte de medicamentos no Brasil. É provável que possa existir um número maior, mas ou não estão disponíveis em meio impresso ou em meio eletrônico de domínio público, ou ainda, se concretizam como rotinas semelhantes a M8, sem uma estruturação formal (FALQUETO; KLIGERMAN; ASSUMPÇÃO, 2010; MEDEIROS; MOREIRA; LOPES, 2015).

Não obstante, é notório que a população mantém como cultura “farmácias caseiras”, sem a preocupação da garantia das especificidades do medicamento, e ainda, que desconhece as formas adequadas para o descarte desses produtos, quando inutilizáveis. Almeida e colaboradores propuseram em uma unidade básica do Município de São Paulo (SP) um recolhimento voluntário dos medicamentos impróprios ao uso. A exitosa experiência partiu de ações e de educação permanente dos farmacêuticos responsáveis com agentes comunitários de saúde, demais técnicos da ESF e comunidade do território, resultando em regressivas quantidades de medicamentos acondicionados nos domicílios para destinação adequada ao descarte (ALMEIDA *et al.*, 2012; PINTO *et al.*, 2014).

Outro ponto que merece destaque foi o contato regular com o judiciário e emissão de parecer técnico das demandas judiciais e processos administrativos no município de M8. É evidente que a constituição formal de um NAT jus auxiliou tecnicamente o Judiciário nas solicitações. Todavia, o que realmente validou este auxílio foi o contato formal e informal junto ao Judiciário, extrapolando os muros ainda existentes entre saúde e direito (UCKER *et al.*, 2016).

Diferentes municípios têm experimentado os arranjos institucionais formados a partir do contato regular com o Judiciário, promovendo agilidade nos processos tanto judiciais como administrativos, reconhecimento do fluxo da RAS, redução de compras desnecessárias, segurança nos deferimentos das solicitações e isenção e interferências por escritórios privados de advocacia. Salvo o fato, corriqueiro em outros municípios, de que em M8 o montante mobilizado para atendimento às demandas foi maior que para aquisição de medicamentos da REMUME, a interlocução direta com o Judiciário é prática que deveria ser adotada em todos os municípios brasileiros, com interface, essencialmente, da gestão da AF (ASENSI, 2015; CALFO; SILVEIRA, 2014b; VENTURA *et al.*, 2010).

#### 6.4.9- Município M9

A cidade M9 é um município de médio porte com 30.732 habitantes, 10% da população residia em zona rural, havia equivalência entre os sexos, e da população feminina (15.443), 64% estava em idade fértil. Aproximadamente 84% da população era alfabetizada e cerca de 10% era idosa. O IDH calculado para o município foi de 0,654 e o índice *gini* 0,4615 (BRASIL, 2010g, 2010o).

O município que apresentou cobertura em eSF de 92% e alta taxa de mortalidade infantil (12,1), a mesma estimada para toda a Região Sudeste. Contava com 15 unidades de saúde de gestão municipal e apenas um (1) farmacêutico para atender todas as demandas da AF. M9 não apresentou grande capacidade de arrecadação de impostos que compunham o orçamento municipal da saúde (8,14%); conseqüentemente, foi verificada alta dependência das transferências intergovernamentais (84,12%). Somente os recursos transferidos da União para a saúde, em 2013, foram equivalentes a 87,21% do total de transferências intergovernamentais (BRASIL, 2010r, 2013v, 2013w, 2013x).

Mais uma vez, um município com total cobertura de ESF destoa de alguns estudos que têm ratificado a relação positiva entre esse indicador e a taxa de mortalidade infantil. Como também abordado anteriormente, alguns autores têm avaliado a assistência em municípios com ampla cobertura de ESF, tendo em vista a vinculação de incentivos financeiros por parte do Governo Federal para implantação das equipes de saúde. Para além da discussão de sobreposição de modelos assistenciais, cabe também uma reflexão sobre as competências e habilidades requeridas para os profissionais no novo modelo de cuidado, que tem como base a formação de vínculos entre o usuário e toda equipe de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2011; HENRIQUE; CALVO, 2008; ROSA; LABATE, 2005).

Quanto à análise da gestão da AF exposta no Quadro 20 e classificada como *Inadequada* por atender somente a 29% do total de indicadores, esta remete para a incipiência do gestor da AF e para o não reconhecimento por parte dos gestores do Município quanto à necessidade de formação de uma equipe executora para a AF Municipal.

Quadro 20 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M9 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M9
<b>De que forma está organizada a AF no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF não constava no organograma da SMS nem no Plano Municipal de Saúde. O Município não elaborava normativas legais para AF.</li> <li>▪ Não existia Serviço de Vigilância Epidemiológica, CFT nem REMUME, embora disponibilizasse o FTN para os profissionais de saúde.</li> <li>▪ Não existia equipe para executar a AF. O município dispunha apenas de um profissional farmacêutico no quadro funcional, e este conduzia a AF nos últimos seis meses. A AF não adotava procedimentos operacionais para o desempenho de suas atividades. Não havia farmacêutico em nenhuma unidade de saúde.</li> <li>▪ O consumo histórico e dados epidemiológicos eram os critérios adotados para a programação dos medicamentos.</li> <li>▪ A aquisição era feita por dispensa de licitação com emissão de parecer técnico. Ocorreram compras emergenciais de medicamentos, mas o gestor não soube precisar os motivos.</li> <li>▪ Não havia CAF nem cumprimento de BPA. A AF possuía logística estruturada para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, tabagismo e saúde da mulher), mas não acontecia a prescrição nem dispensação de medicamentos do Componente Especializado.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se havia recebimento e distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.</li> <li>▪ Havia local destinado aos medicamentos a serem descartados e recolhimento regular, mas não existia um plano para descarte.</li> <li>▪ O plano estadual para AFB atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar os valores aportados Município e Estado para o financiamento da AF.</li> <li>▪ Informou que Governo Federal aportava o mínimo pactuado.</li> <li>▪ O gestor desconhecia os valores gastos nas compras emergências de medicamentos.</li> </ul>
<b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Coordenação da AF Municipal era responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos.</li> <li>▪ A gestão da AF não soube informar quando começaram as demandas de medicamentos e nem quantas tiveram no último ano, mas relatou que existe uma reserva orçamentária para esta despesa.</li> <li>▪ A aquisição dos medicamentos demandados judicialmente ou por via administrativa acontecia por dispensa de licitação. O gestor relatou que em todos os casos era necessário um parecer técnico.</li> <li>▪ Para a dispensação destes medicamentos era necessário o laudo, prescrição e parecer do serviço social e recibo de entrega.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria

O município M9 não possuía no CNES nenhuma unidade hospitalar de média tampouco de alta complexidade. A AB era o único nível de atenção à saúde no município, formatada nos dois modelos, a saber ESF e ambulatórios de especialidades biomédicas (média complexidade). Para Ferttonani *et al*, a coexistência dos dois modelos de atenção sofre influências de uma rede multifatorial envolvendo financiamento, hegemonia do modelo biomédico em detrimento do modelo generalista, inquietudes da população, formação dos profissionais de saúde na concepção do usuário como protagonista de seu cuidado, e por fim, decisões micro e macro políticas dos gestores locais. Este contexto é importante para entender a complexidade que envolve a AF em municípios que adotam simultaneamente os dois modelos, como M9 (BRASIL., 2012a; FERTONANI et al., 2015).

Com base no modelo de atenção instituído na cidade, esperava-se que ao menos um (1) farmacêutico compusesse a única equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), instituída para suportar as eSF e favorecer a resolubilidade no cuidado, e desta forma o gestor da AF estaria mais disponível para se dedicar na organização e estruturação da AF Municipal auxiliado por outros profissionais como técnicos de farmácia ou administrativos (BRASIL, 2013i).

O MS tem proposto um modelo para a organização da AF na AB suportada pelos princípios da Farmacoepidemiologia, da Farmacovigilância e da Gestão. Neste modelo esquemático dois eixos de atuação se desdobram, a saber: o primeiro versaria essencialmente sobre as atividades centrais da AF, exceto a dispensação. Neste eixo, denominado de “*Sistema de Apoio*” são requeridas toda a estrutura (recursos físicos, materiais e financeiros) e insumos necessários à execução das diferentes atividades. E o segundo eixo, versaria sobre o cuidado direto ao usuário de medicamentos. Nomeado de “*Ponto de Atenção*”, esse eixo parte da dispensação dos medicamentos com promoção do uso racional e educação permanente para profissionais e usuários, envolvendo discussão de casos, reuniões com as eSF, auxílio na construção de projetos terapêuticos individuais, visita domiciliar e atividades de promoção da saúde. Este seria o modelo desejável para a organização da AF em todo município que elegeisse a AB como a principal porte de entrada do SUS e ordenadora do cuidado dentro da RAS (BRASIL, 2009c; COSTA et al., 2014a).

Poucos municípios brasileiros têm experimentado com êxito mudanças na organização da AF que remetem ao modelo supracitado, com inserção do farmacêuticos nas eSF, interação com outros atores responsáveis pelo cuidado, reconhecimento das principais dificuldades, instituição de plano de ação com metas para o aprimoramento, avaliação e monitoramento das atividades centrais da AF, minimizando impactos de desabastecimento, desperdícios

financeiros e prejuízos no acesso e uso dos medicamentos (HOEPFENER, 2013; NAKAMURA et al., 2013).

Percebe-se que o desafio revelado por M9 teve seu início em questões basais, de arranjos organizacionais, captação e capacitação de recursos humanos, infraestrutura adequada à necessidade do serviço (ressalta-se a ausência de CAF no município), ausência de normativas legais para execução da AF, bem como elaboração e divulgação de procedimentos operacionais. Entraves semelhantes a grande parte dos municípios investigados neste estudo, e outros já reportados na literatura (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011; CANABARRO; HAHN, 2009; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Cabe ressaltar que é possível, dentro do financiamento da AF, a mobilização de até 15% da soma dos recursos financeiros municipais e estaduais para adequação de espaço físico, aquisição de equipamentos e mobiliário destinados a execução das atividades da AF. Neste sentido seria interessante investigar se esses recursos de fato estão empreendidos ou se há desconhecimento destes fundos pelos municípios (BRASIL, 2013h), o que no entanto, foge ao escopo deste estudo.

#### 6.4.10- Município M10

O último censo revelou que a cidade M10 agregava 21.349 habitantes, que a caracteriza como município de médio porte. Aproximadamente 80% de sua população era alfabetizada, 11% idosos, havia predomínio do sexo feminino com 10.541 mulheres, e destas, 63% em idade fértil. Moradores de área rural contabilizavam cerca de 24% do total de habitantes. O IDH calculado para o município foi 0,654 e o índice *gini* 0,4615, segundo IBGE o percentual de pobreza subjetiva na população incidia em mais de 50% dos habitantes (BRASIL, 2010h).

A RAS municipal ofertava aos munícipes 32 unidades de saúde, 100% de cobertura de ESF e uma (1) unidade hospitalar de média complexidade. Ainda assim, apresentou alta taxa de mortalidade infantil (16,8). Das internações ocorridas em 2013 (1.324) 7% foram por condições sensíveis à AB e da mortalidade geral dos residentes de M10 (132), 34% decorreram das mesmas condições patológicas, tratáveis na AB. Esses indicadores podem indicar a qualidade e o desempenho da RAS do município, essencialmente na organização e condução AB, tendo em vista a cobertura universal por eSF (BRASIL, 2013c, 2008, 2013i, 2013y, 2013z, 2013aa).

Quanto ao panorama da AF, apresentado no Quadro 21, nota-se inconformidades vigentes na estruturação e condução da AF Municipal, que deferiu somente em 9% dos indicadores propostos no presente estudo. Em um escalonamento de efetividade da gestão da AF, M10 foi o penúltimo município no conjunto investigado, sendo seu desempenho classificado como Gestão *Inadequada*.

Quadro 21 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M10 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M10
<b>De que forma está organizada a AF no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF não constava no organograma da SMS nem no Plano Municipal de Saúde. O Município não elaborava normativas legais específicas para AF.</li> <li>▪ O gestor da AF não soube informar se existia Serviço de Vigilância Epidemiológica no Município. Não havia CFT nem REMUME nem disponibilidade do FTN para profissionais de saúde.</li> <li>▪ A equipe executora da AF era composta de farmacêutico, psicólogo, nutricionista, cuidador de idosos e conduzida pelo único farmacêutico do quadro funcional do Município, atuante no cargo no último ano.</li> <li>▪ Apenas o critério consumo histórico era adotado para programação de medicamentos.</li> <li>▪ A modalidade de compras de medicamentos adotada era a licitação por pregão, sem emissão de parecer técnico.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se no último ano ocorreram compras emergenciais de medicamentos.</li> <li>▪ Havia CAF, mas sem cumprimento de BPA ou normas similares. A AF não possuía logística estruturada para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se o Município dispensava medicamentos do Componente Estratégico, relatou que havia prescrição e dispensação de medicamentos do Componente Especializado da AF, mas não soube precisar quais.</li> <li>▪ O Município recebia e dispensava medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios, mas a AF não gerenciava sobre essa atividade.</li> <li>▪ A CAF era o local destinado ao recolhimento de medicamentos a serem descartados, mas AF não tinha um plano de descarte.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se o plano estadual para AFB atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar os valores aportados pelo Município, Estado e Governo Federal para o financiamento da AF Municipal.</li> <li>▪ O gestor desconhecia os valores gastos nas compras emergências de medicamentos.</li> </ul>
<b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Coordenação da AF Municipal era responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos.</li> <li>▪ A gestão da AF não soube informar quando começaram as demandas de medicamentos, quantas tiveram no último ano, nem o montante financeiro necessário para atender essas solicitações. Estes recursos foram mobilizados de reserva orçamentária municipal.</li> <li>▪ A aquisição destes medicamentos era realizada por pregão, sem emissão de parecer técnico ou outro procedimento específico.</li> <li>▪ A dispensação ocorria por paciente com emissão de recibo de entrega e considerava o receituário médico por três meses.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria

A gestão da AF de M10 atingiu 29 pontos no somatório dos Componentes examinados. O Componente “*Atividades*” foi o de menor pontuação dentre todos os municípios investigados. Da totalidade de pontos requeridos para o cumprimento deste Componente (70 pontos), alcançou somente quatro (4) pontos, equivalentes a 5% de atendimento aos indicadores. Cabe ressaltar que a plena execução do Componente “*Atividades*” decorre de resultados satisfatórios dos indicadores do Componente Insumos, que neste município foi insignificante, pontuando apenas onze (11) pontos, dos 190 esperados, equivalentes também a 5% dos indicadores.

A equipe executora da AF relatada pelo gestor era formada por “*farmacêutico, psicólogo, nutricionista e cuidador de idosos*”. Uma multidisciplinaridade muito peculiar a formação de um NASF. Sem dúvida que as atribuições, intervenções e monitoramento inerentes à AF requerem uma equipe multiprofissional, mas esperar-se-ia que essa equipe fosse capaz de produzir resultados compatíveis com a formação de seus integrantes. Lamentavelmente, isso pareceu não se refletir no caso M10 (BRASIL, 2004b).

Foi relatado apenas um (1) local específico para a dispensação de medicamentos (*Farmácia Municipal*), somente a retenção da segunda via do receituário era considerada como controle sobre a dispensação. Dos três farmacêuticos lotados no quadro funcional do Município, somente um (1) realizava a dispensação de medicamentos em apenas uma (1) das 32 unidades de saúde municipais. O gestor não soube informar se havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico da AF; paradoxalmente, relatou que havia dispensação do CEAF, sem especificar quais as normas que a gestão adotava para o gerenciamento destes medicamentos e se os médicos do Município possuíam prática na prescrição do elenco CEAF. Quanto ao armazenamento, embora a CAF contasse com dois (2) profissionais farmacêuticos, não havia elaboração nem cumprimento de BPA, plano para descarte e tampouco organização na logística para distribuição de medicamentos no município.

Percebeu-se um descumprimento das responsabilidades municipais definidas pela PNM. O município de M10 não avançou na plena execução da AF, na instituição de sua própria lista de medicamentos, na inserção da AF no Plano Municipal de Saúde, e desta forma, na eleição de suas prioridades, e ainda, na capacitação dos integrantes da equipe, especialmente do gestor da AF para condução competente. Até mesmo o Tribunal de Contas do Estado de M10, em relatório socioeconômico do município, apontou inadequações nas atividades de programação, aquisição e armazenamento (BRASIL, 1998; RIO DE JANEIRO, 2014).

Diante do cenário apresentado, o Município M10 foi selecionado para integrar o Programa de Qualificação da AF no SUS (Qualifar-SUS), tendo sua primeira parcela transferida para ao Fundo Municipal de Saúde em maio de 2013, período da coleta de dados desta pesquisa. Tendo em vista que o referido programa tem como foco estabelecer e fomentar adoção de boas práticas para a organização da logística da AF de modo a favorecer o acesso eficiente a medicamentos essenciais à população, seria importante o retorno a esse município, para a avaliação do desempenho após a inserção no Programa (BRASIL, 2013a).

#### 6.4.11- Município M11

M11 foi o município com maior IDH identificado na seleção (0,764); sua distribuição de renda (índice *gini*) não foi de tal maneira equitativa (0,466), o limite superior de incidência de pobreza foi estimado em até 19% da população. É um município de grande porte, com 206.728 habitantes, de maioria alfabetizada (87%), com predominância do sexo feminino e, desta população (104.296 mulheres), 67% em idade fértil. A população de idosos era equivalente a 7% dos habitantes e a população rural foi estimada em 2% (BRASIL, 2010i).

De acordo com o CNES M11 contabilizava 615 estabelecimentos de saúde de gestão municipal, tendo em vista a limitação do cadastro, que permite a entrada de uma mesma unidade em diferentes níveis de atenção, e ao término a incorporação de todas as entradas como sendo de unidades diferentes. Uma vez isolado o erro, verificou-se que o número de unidades básicas de saúde e de ESF, era 50. Além dessas unidades, M10 contava, ainda com cinco (5) unidades hospitalares. Foram implantadas no município 25 eSF, equivalentes a 40% de cobertura de ESF. E a taxa da mortalidade infantil, embora alta, acompanhou a tendência da região (12,1) (BRASIL, 2013c, 2013i, 2013k, 2013n).

A congruência no envio da informação do número de estabelecimentos de saúde é de responsabilidade da gestão municipal, que deve cadastrar adequadamente e alimentar os sistemas de informação do MS com seus dados epidemiológicos. De igual modo, verificou-se que M10 não transmitiu os dados financeiros do 1º ao 5º bimestre de 2013, fato que impossibilitou a verificação de aplicação dos recursos mínimos em ASPS, mas não interferiu na verificação nos repasses financeiros por parte da União para o FMS; os mesmos foram efetuados sem interrupção (BRASIL, 2013ab, 2013ac).

Os sistemas de informação em saúde ajudam os gestores no planejamento, plano de ação e estabelecimento de metas, que subsidiarão a gestão. Alguns estudos reportados na literatura têm apontado dificuldades da gestão municipal, essencialmente em municípios de pequeno porte, no manejo e gerenciamento de dados dos principais sistemas. M10, apesar de município de grande porte, parece padecer da mesma dificuldade antes vista em outros municípios (VIDOR, 2004; VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011).

A gestão da AF apresentada no Quadro 8, como *Inadequada*, valeu-se do cumprimento de 22% dos indicadores propostos no estudo. Sua contextualização descrita do quadro a seguir (Quadro 22) mostra que os maiores desafios estão diluídos nos três componentes investigados, apesar do Componente “Atividades” ter sido o único a ultrapassar o ínfimo percentual de 30% dos indicadores.

Quadro 22 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M11 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M11
<b>De que forma está organizada a AF no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF não constava no organograma da SMS nem no Plano Municipal de Saúde. O Município não elaborava ou dispunha de normativas legais para AF.</li> <li>▪ Não existia Serviço de Vigilância Epidemiológica no Município, CFT, REMUME nem o FTN era disponibilizado aos profissionais de saúdes.</li> <li>▪ A equipe executora da AF era composta de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, auxiliares de farmácia e conduzida por farmacêutico nos últimos seis meses.</li> <li>▪ Apenas o consumo histórico era adotado como critério para programação de medicamentos.</li> <li>▪ A modalidade aquisição de medicamentos adotada era a licitação por pregão, com emissão de parecer técnico. O gestor não soube informar se no último ano ocorreram compras emergenciais de medicamentos.</li> <li>▪ Existia CAF com farmacêutico, mas não soube dizer se seguiam BPA ou normas similares. A AF possuía logística organizada para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes, DST AIDS, saúde mental, saúde da mulher) e ainda, prescrição e dispensação de medicamentos do Componente Especializado da AF, de acordo com PDCT.</li> <li>▪ A gestão não soube informar se o Município recebia e dispensava medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.</li> <li>▪ A CAF era o local destinado ao recolhimento de medicamentos a serem descartados, mas a AF não tinha um plano de descarte, nem o recolhimento era regular.</li> <li>▪ Plano Estadual para AFB atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar os valores aportados pelo Município, Estado e Governo Federal para o financiamento da AF Municipal.</li> <li>▪ O gestor desconhecia os valores gastos nas compras emergências de medicamentos.</li> </ul>
<b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Coordenação da AF Municipal era responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos.</li> <li>▪ A gestão da AF não soube informar quando começaram as demandas de medicamentos, quantas tiveram no último ano, nem o montante financeiro necessário para atender essas solicitações. Também desconhecia de onde provinham os recursos necessários para a aquisição destes medicamentos.</li> <li>▪ Os medicamentos eram comprados por pregão, com emissão de parecer técnico.</li> <li>▪ A dispensação ocorria por paciente com emissão de recibo de entrega e somente o gestor da AF realizava esta atividade.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

O município M11 não possuía CFT nem lista de medicamentos essenciais, embora tenha sido relatado que compunham a equipe da AF médicos, enfermeiros e farmacêuticos e que para os processos de aquisição eram incluídos na lista “*medicamentos da lista municipal*”. Percebe-se que existe um desconhecimento com relação ao entendimento das contribuições que cada profissional pode ofertar para AF local e quais critérios deveriam ser considerados para que determinado medicamento fosse incluído na lista municipal de compras.

Essencialmente, a AF tem como princípio a constante meta de segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, que prediz acompanhamento e avaliação da utilização. Desta forma todos os profissionais envolvidos na assistência integram a AF, quer seja local ou regional. A princípio, o relato do gestor não foi de todo equivocado, mas a avaliação de como essa inclusão acontecia em M11, mostrou que na prática os princípios estabelecidos pela PNM e PNAF não foram contemplados. Não houve relatos de ferramentas que monitorassem essas atividades, tanto para o acompanhamento das prescrições quanto para o monitoramento da dispensação de medicamentos (BRASIL, 1998, 2004b).

Existem evidências de inclusão de medicamentos nas listas de compras, que não pertencem às respectivas REMUME, devido à solicitação de médicos e cirurgiões dentistas, sem a avaliação crítica ou a inclusão na REMUME de medicamentos com denominação de marca, contrariando um princípio da CFT (ASSUNÇÃO; SANTOS; BLATT, 2013; PRIMO et al., 2015).

Questões inerentes à avaliação comparativa baseada em evidências ficam à margem das decisões, mesmo em cidades que possuam formalmente CFT em suas respectivas SMS, e mais ainda, em municípios que não possuam Serviço de Vigilância Epidemiológica, como M11. Como esperado, se há inconformidades na primeira atividade que norteia as demais, todo o ciclo fica comprometido (SANTANA et al., 2014b).

Na atividade de programação somente um critério era considerado (*consumo histórico*), que não representava a real necessidade da população e ainda favorecia o desabastecimento. Não existia emissão de parecer técnico nos processos de aquisição, muito menos, outros critérios adicionais, como por exemplo a cadastro de fornecedores. Talvez isso tenha contribuído para o desconhecimento do gestor sobre compras emergenciais e o montante mobilizado pelo Município para aquisição de medicamentos judicializados ou solicitados por processos administrativos, sendo que cabia a este gestor o gerenciamento destes medicamentos. E por fim, independentemente da presença de farmacêutico na CAF e do gestor ter relatado que uma das normativas do Município para as atividades da AF era BPA, o gestor não soube especificar quais práticas eram adotadas para o armazenamento.

Tais considerações remetem para a imperícia da gestão da AF de M11, que mesmo tendo pontuado em alguns indicadores plenamente ou parcialmente, mostrou que a análise das práticas não convergia para o esperado.

#### 6.4.12- Município M12

A cidade M12 é um município de grande porte, com aproximadamente 469.332 habitantes, de predominância do sexo feminino (242.575) com maioria em idade fértil (64%); 9% dos habitantes têm idade acima de 60 anos e o município não possuía população rural. O IDH foi o pior dentre os municípios de mesmo porte (0,684), assim como o índice *gini* 0,5664 demonstrado pelo elevado percentual de pobreza subjetiva, incidente em até 65% da população. Teve a menor participação de impostos municipais no orçamento da saúde, se comparado com outros municípios de grande porte (11,13), não declarou a participação das despesas com medicamentos no bimestre da pesquisa (BRASIL, 2010j, 2013ad).

A RAS de M12 contava cinco (5) hospitais, dentre média e alta complexidade, 103 UBS, cobertura por ESF de 19% através na implantação de 31 eSF e 31 farmacêuticos no quadro funcional do município.

A gestão da AF teve seu desempenho avaliado como *Deficiente* por atender 30% dos indicadores para efetividade. O Componente que mais contribuiu para esse desfecho foi Insumos, que proporcionalmente respondeu a um quantitativo menor de indicadores, somente 27%, o cenário da gestão é apresentado no Quadro 23.

Quadro 23 – Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M12 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M12
<b>De que forma está organizada a AF no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF não constava no organograma da SMS nem no Plano Municipal de Saúde. O Município não elaborava ou dispunha de normativas legais para AF.</li> <li>▪ Não existia Serviço de Vigilância Epidemiológica no Município, CFT nem REMUME. O gestor não soube informar se o FTN era disponibilizado para os profissionais de saúde.</li> <li>▪ A equipe executora da AF era composta auxiliar de farmácia, agente administrativo e conduzida por farmacêutico nos últimos seis meses. Todos os farmacêuticos do quadro funcional do Município atuavam na dispensação, menos da metade das unidades municipais de saúde possuíam farmacêutico.</li> <li>▪ O consumo histórico era o único critério adotado para programação de medicamentos.</li> <li>▪ A modalidade de aquisição de medicamentos adotada era o registro de preços, com emissão de parecer técnico. Não ocorreram compras emergenciais de medicamentos.</li> <li>▪ Existia CAF com farmacêutico, mas não havia cumprimento de BPA ou normas similares. A AF possuía logística estrutura para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes, DST AIDS, saúde mental, saúde da mulher), e ainda, prescrição e dispensação de medicamentos do Componente Especializado da AF (imunoglobulina), mas não soube informar quais as normas técnicas adotadas para esse atendimento.</li> <li>▪ O Município recebia e dispensava medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios, mas a AF não gerenciava essa atividade, cabia ao gabinete do Secretário de Saúde.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se AF tinha um plano de descarte e recolhimento regular de medicamentos.</li> <li>▪ O plano Estadual para AFB não atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar os valores aportados pelo Município, Estado e Governo Federal para o financiamento da AF Municipal.</li> </ul>
<b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar quem era o responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos.</li> <li>▪ A gestão da AF não soube informar quando começaram as demandas de medicamentos, quantas tiveram no último ano, nem o montante financeiro necessário para atender essas solicitações. Afirmou que os recursos necessários para a aquisição destes medicamentos provinham de reserva orçamentária.</li> <li>▪ Os medicamentos eram comprados pela modalidade de registro de preços, com emissão de parecer técnico pelo serviço de farmácia.</li> <li>▪ A dispensação ocorria por paciente com emissão de recibo de entrega.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

A despeito dos demais aspectos negativos descritos no cenário da gestão da AF de M12, que muito se assemelharam a alguns municípios do conjunto investigado, a permissividade do recebimento e distribuição de medicamentos pela população civil, empresas ou laboratórios, mediada pelo gabinete do Secretário de Saúde, talvez tenha sido o mais nocivo problema para AF Municipal investigado neste estudo. Outro ponto também intrigante foi o desconhecimento do gestor sobre sua responsabilidade na gestão de medicamentos demandados judicialmente ou por processos administrativos. A hipótese mais viável é que esta seria feita pelo gabinete do Secretário.

Ademais, foi relado que o Município não possuía Serviço de Vigilância Epidemiológica, para apreensão do perfil nosológico da cidade e possíveis contribuições da formulação e definição de prioridades na organização dos serviços e ações de saúde; também não existia CFT, para avaliação e definição de medicamentos a serem incorporados na lista municipal para atender as necessidades terapêuticas da população, e conseqüentemente ausência da lista municipal de medicamentos, REMUME, pontos centrais para interface com o gerenciamento de medicamentos doados.

O recebimento de medicamentos doados pode trazer prejuízos sanitários, se não forem considerados aspectos inerentes a garantia da segurança. Miranda propôs um fluxo obrigatório de triagem dos medicamentos doados a fim de evitar danos à saúde da população e desperdícios de recursos financeiros públicos para proceder adequadamente ao descarte dos medicamentos recebidos e que estariam impróprios ao uso. Como esperado, qualquer gerenciamento envolvendo medicamentos deveria compor o âmbito da AF, e não outro departamento ou setor da SMS, que possivelmente não teria o mesmo cuidado, tanto pela habilidade técnica quanto por conhecimentos tácitos (MIRANDA, 2014).

Um outro viés na perspectiva de doação de medicamentos, trata-se da possibilidade do recebimento de amostras grátis (como a doação de medicamentos em M12 não era gerenciada pela AF, não foi possível saber se tratava-se também de medicamentos por amostras grátis). A ANVISA tem definido “*amostra grátis*” como um meio de propaganda da indústria farmacêutica para os prescritores, essencialmente médicos, e aponta que em ausência de CFT caberia à AF local a gerência desta apresentação, desde o armazenamento ao controle de dispensação. Sabe-se, ainda que a indústria farmacêutica se vale do “assédio” aos médicos para que estes adotem seus produtos, sem necessariamente oferecer vantagem terapêutica, e é comum essa relação advir desde o período universitário (BRASIL, 2009d; PALÁCIOS; REGO; LINO, 2008).

Estudo sobre o recebimento de amostras grátis em unidades de ESF de um município de grande porte do estado da Paraíba revelou que 90% das unidades possuíam amostras grátis na dispensação. Apesar da instituição da REMUME local, a prescrição de medicamentos não selecionados era frequente, descaracterizando a missão da instituição de lista de medicamentos essenciais, e ainda, favorecendo a não adesão ao tratamento, quando da indisponibilidade da amostra grátis, o que obrigava o paciente a arcar com a compra. Outro estudo, no município do Rio de Janeiro, apontou que 82% dos médicos entrevistados relataram desconhecer os riscos causados pelo descarte inadequado das amostras grátis, indicando mais um problema para gestão da AF (ASSIS; SIMÕES; FRANÇA, 2012; SOUZA, 2014).

Por fim, a estreita relação entre solicitação de medicamentos prescritos por médicos com indícios de associação com indústrias farmacêuticas e advogados do setor privados, e ocorrência de demandas judiciais ou processos administrativos, caracterizaria conflitos éticos e práticas nocivas ao sistema de saúde. A permissividade de doação por indústrias e laboratórios mediadas pelo gabinete do secretário de saúde de M12 poderia favorecer a judicialização neste município, conforme apontado na literatura (CAMPOS NETO et al., 2012; CHIEFFI; BARATA, 2010).

Em M12 três possibilidades puderam ser consideradas: (1) existência de solicitação de medicamentos judicializados ou por processos administrativos devido ao “assédio” aos prescritores pelas indústrias farmacêuticas (esta condição ratificaria estudos já reportados na literatura); (2) as solicitações seriam “suprimidas” justamente pelo fato da possibilidade de obtenção de amostras grátis nas unidades públicas de saúde; (3) os gastos em compras de medicamentos judicializados seriam menores, devido a dispensação de amostras grátis.

### 6.4.13- Município M13

A população de M13 foi estimada em 22.366 habitantes, com predominância do sexo masculino; 10% da população possuía mais de 60 anos de idade, os residentes de zona rural somavam 40% dos habitantes, e da população feminina (11.078), 64% estavam em idade fértil. Cerca de 76% dos munícipes eram alfabetizados, o IDH calculado para a cidade foi 0,647 e índice *gini* 0,4602. M13 é um município pobre, cujo percentual da população que considera não obter o suficiente para viver incide em mais de 60%. O menor percentual de participação de arrecadação de imposto do conjunto de municípios foi nesta cidade (1,66%), que também apresentou o maior percentual de dependência das transferências intergovernamentais (91,19%) (BRASIL, 2010k, 2013ae).

A RAS de M13 contava com um (1) hospital de média complexidade, 32 unidades de AB, cinco (5) eSF implantadas, equivalente a 76% de cobertura de ESF. O maior percentual, do conjunto de municípios, com despesas em medicamentos em relação às despesas totais de saúde (4,27%) e a segunda menor taxa de mortalidade infantil (BRASIL, 2013d, 2013af) ocorreu em M13.

O Município contava com seis (6) farmacêuticos em seu quadro funcional, embora somente um (1) compusesse a equipe executora da AF, auxiliado por agentes administrativos. A gestão AF foi classificada como gestão *Deficiente* por atender 36% dos indicados, equivalentes a 117 pontos no somatório total, o Componente com maior pontuação foi Insumos, com 108 pontos, e os de maior dificuldade foram a Organização das demandas judiciais e processos administrativos, com (-7) pontos, seguido do Componente Atividades com 16 pontos.

O cenário da Gestão da AF de M13 está apresentado no quadro 24.

Quadro 24 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M13 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M13
<b>De que forma está organizada a AF no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF constava no organograma da SMS e no Plano Municipal de Saúde. O Município elaborou normativas legais para AF.</li> <li>▪ Existia Serviço de Vigilância Epidemiológica, CFT, REMUME e disponibilização de FTN para os profissionais de saúde.</li> <li>▪ A equipe executora da AF era composta agente administrativo conduzida por farmacêutico, que não soube precisar seu tempo no cargo.</li> <li>▪ O consumo histórico era o único critério utilizado como parâmetro para programação de medicamentos.</li> <li>▪ Para a aquisição era adotada a modalidade registro de preços sem emissão de parecer técnico. Ocorreram compras emergências de medicamentos, por falta de estoque.</li> <li>▪ Existia CAF com farmacêutico, mas não havia seguimento de BPA ou normas similares. O gestor não soube informar se AF possuía logística organizada para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: hanseníase, tuberculose e diabetes), e prescrição com dispensação de medicamentos do Componente Especializado da AF, não soube informar quais medicamentos e os protocolos seguidos.</li> <li>▪ O Município recebia e dispensava medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios, mas a AF não gerenciava essa atividade.</li> <li>▪ AF possuía local reservado para recolhimento de medicamentos destinados ao descarte, mas esse procedimento não era regular e não havia plano de descarte.</li> <li>▪ O plano estadual para AFB atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor informou que o Município e Estado aportavam os valores mínimos pactuados para o financiamento da AF Municipal, mas o Governo Federal aportava menos do que o valor mínimo pactuado.</li> <li>▪ O gestor não soube informar os valores gastos nas compras emergências de medicamentos.</li> </ul>
<b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O Secretário Municipal de Saúde era o responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos.</li> <li>▪ A gestão da AF não soube informar quando começaram as demandas de medicamentos, quantas tiveram no último ano, nem o montante financeiro necessário para atender essas solicitações. Afirmou que os recursos necessários para a aquisição destes medicamentos provinham de reserva orçamentária ou eram custeadas pelo Estado.</li> <li>▪ O gestor não soube informar a modalidade de compras adotada para aquisição desses medicamentos, porém não havia emissão de parecer técnico ou outro procedimento específico.</li> <li>▪ O gestor desconhecia como acontecia a dispensação destes medicamentos.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

Um aspecto positivo da gestão da AF de M13 foram a institucionalização da CFT, a elaboração da REMUME e a disponibilização do FTN para os profissionais. Esses aspectos sugerem uma certa coordenação da AF com outros setores da SMS.

Não obstante, a análise da gestão demonstrou maior ingerência na “*Organização das demandas judiciais e processos administrativos*”. Como se não coubesse à AF essa atribuição, o gestor mostrou total desconhecimento de todas as atividades inerentes a esse manejo, assim como no gerenciamento do Componente “*Atividades*”.

Ainda que as motivações pelo acesso aos medicamentos por via judicial ou administrativa seja multifatorial, conforme descritos em inúmeros estudos de perfil das demandas, o comprometimento da gestão não somente da AF mas também do executivo em monitorar, acompanhar e traçar estratégias que possam minimizar o impacto financeiro, social e terapêutico é indispensável para adoção de novas formas de conduta da gestão pública (BARREIRA, 2012; MACHADO et al., 2011; MARÇAL, 2012; TEIXEIRA, 2011).

No que concerne à avaliação e monitoramento dessas demandas, Pepe e colaboradores propuseram uma lista de indicadores (disponível em meio eletrônico e público) que expressam as características do fenômeno em diferentes dimensões, aplicáveis em qualquer esfera pública e que permitem um olhar de forma a indicar caminhos estratégicos para o melhor enfrentamento desse crescente e constante desafio. Esta ferramenta poderia, e deveria, ser aplicada por todos os gestores municipais (PEPE; VENTURA, 2011).

É provável que algumas solicitações de medicamentos por via judicial ou por processos administrativos em M13 decorram das falhas nos procedimentos adotados nas atividades de programação de medicamentos, aquisição de medicamentos e armazenamento de medicamentos. O status *Inadequado* atribuído à gestão municipal da AF para o Componente “*Atividades*”, ratifica essa hipótese. Embora problemas também possam ocorrer na dispensação, devido à ausência do profissional farmacêutico, esta atividade parece contribuir pouco à instauração de demandas judiciais, frente às atividades anteriores (LUIZA et al., 2007).

A adoção de apenas um critério para nortear a programação de medicamentos, não é suficiente para refletir a necessidade e as condições de compras. Sabe-se que a composição de diferentes critérios, que utilizam dados epidemiológicos, consideram o local e as circunstâncias para o armazenamento, permitem o ajustamento e controle histórico sobre o consumo dos medicamentos e oferta de serviços de saúde, e ajudam a estruturar um melhor planejamento e utilização de recursos públicos. E ainda, minimizam os riscos com

desabastecimentos e compras emergenciais de medicamentos (JÚNIOR; CAMUZI, 2014; OLIVEIRA et al., 2014).

Outro aspecto negativo identificado na gestão da AF era adoção de apenas uma modalidade de compras (*tomada de preços*) sem emissão de parecer técnico e outro critério adicional para a realização da atividade. No município ocorreram compras emergenciais, e o gestor não soube precisar o montante financeiro mobilizado para o cumprimento desta aquisição. Esta instauração pode ter sido provocada justamente pelos problemas apontados na programação e na aquisição, e ainda, elevou os gastos com medicamentos no município.

Sabe-se que a modalidade adotada permite a prorrogação do contrato firmado em até 12 meses da instauração da ata de registro de preço, se houver concordância por parte dos fornecedores. Se tratando de municípios de médio porte, onde a variação populacional é grande (20.001 – 100.000 habitantes) o ideal seria o agrupamento de diferentes municípios com perfis populacionais semelhantes para formação de consórcios, e desta forma a aquisição se assemelharia à de municípios de grande porte (JÚNIOR; CAMUZI, 2014).

A literatura tem reportado experiências exitosas na formação de consórcios intermunicipais, que têm favorecido a gestão da AF, otimizado recursos humanos e financeiros e diminuído a incidência de desabastecimento. Vieira e Zucchi sinalizam que aumento de poder de negociação frente a uma escala maior de itens e quantidades de medicamentos diminuem consideravelmente os gastos em medicamentos por habitantes. Logo o consórcio deveria ser uma ferramenta mais utilizada nos municípios brasileiros com perfis semelhantes a M13 (AMARAL; BLATT, 2011; SILVA, 2011b; VIEIRA; ZUCCHI, 2011).

#### 6.4.14- Município M14

O município M14 é uma cidade de médio porte, que contabilizava no último censo 29.081 habitantes. Destes 81% eram alfabetizados, 22% residentes de zona rural, 13 % idosos. Da população total, havia predomínio do sexo feminino (14.861), sendo 61% em idade fértil. O IDH calculado para a cidade foi de 0,702 e índice *gini* de 0,4909 (BRASIL, 2010l).

Quanto à organização dos serviços municipais de saúde, os munícipes podiam contar com 28 UBS, cobertura de 100% de ESF mas não havia hospital na cidade. A taxa de mortalidade infantil foi a menor encontrada em toda a seleção do estudo (2,5). O município possuía baixa capacidade de arrecadação de impostos que compunham o orçamento da saúde (4,77%), assim mesmo aplicou mais que o percentual mínimo estabelecido em ASPS (17%), e sua maior despesa em saúde foi empregada na AB, cerca de 93,67% dos recursos financeiros (BRASIL, 2013d, 2013i, 2013ag, 2013ah).

O Quadro 25 apresenta o cenário da gestão da AF, que foi classificada como *Inadequada* em todos os Componentes, sua pontuação final foi de apenas 25 pontos, equivalentes a 7% de atendimento aos indicadores de efetividade.

Quadro 25 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M14 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M14
<b>De que forma está organizada a AF no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O Município não inseriu a AF no organograma da SMS e não elaborava normativas legais para a AF.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se o Plano Municipal de Saúde contemplava a AF, e se existia Serviço de Vigilância Epidemiológica, CFT, REMUME e disponibilização de FTN para os profissionais da saúde.</li> <li>▪ A equipe executora da AF era composta de dois farmacêuticos e conduzida por um desses havia seis meses. Em apenas uma unidade municipal de saúde dispunha de farmacêutico na dispensação.</li> <li>▪ O gestor não soube informar qual critério utilizava para a programação de medicamentos.</li> <li>▪ A aquisição de medicamentos era por licitação, mas não soube precisar a modalidade e não havia emissão de parecer técnico. Não ocorreram compras emergências de medicamentos.</li> <li>▪ Existia CAF com farmacêutico, mas não havia seguimento de BPA ou normas similares. Gestor não soube informar se AF possuía logística estruturada para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se havia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico e do Componente Especializado da AF.</li> <li>▪ Não era permitido o recebimento e distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.</li> <li>▪ AF possuía local reservado para recolhimento de medicamentos destinados ao descarte, mas esse procedimento não era regular e também não havia plano de descarte.</li> <li>▪ O plano estadual para AFB atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar: os valores aportados pelo Município, Estado e Governo Federal pactuados para o financiamento da AF Municipal.</li> </ul>
<b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar a quem compete o cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos no Município.</li> <li>▪ A gestão da AF não soube informar: quando começaram as demandas de medicamentos, quantas tiveram no último ano, o montante financeiro necessário para atender essas solicitações, de onde provinham esses recursos, a modalidade de compras, se existia procedimentos específicos para esta atividade, nem como acontecia a dispensação destes medicamentos.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

O discurso revelado pelo gestor da AF de M14 destoou do comumente esperado em várias questões, e colocou em pauta a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados à população. O alto índice de respostas “*não soube informar*” (65% das perguntas do questionário), instigaram ainda mais pela busca nos bancos de dados secundários de domínio público elementos que pudessem subsidiar a análise desta gestão (BRASIL, 1998; COSTA et al., 2014b).

Embora o gestor tenha dito que a AF não estava inserida no Plano Municipal de Saúde de M14, essa afirmação foi confrontada com a consulta ao referido Plano. O poder executivo de M14 não somente incluiu a AF, como também, traçou metas e identificou os problemas. A AF foi inserida no capítulo de “*intervenção prioritária*” (grifo do autor) do Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2010-2013, tendo como meta “*a garantia do acesso da população aos medicamentos essenciais com segurança e qualidade*”. Para isso três frentes foram estabelecidas: a primeira remete a toda logística da AF, a segunda à ampliação do acesso e a terceira a revisão das práticas prescritivas (BAIXO GUANDU, 2010).

A despeito do tempo do gestor no cargo e o período de coleta de campo da Pesquisa Mude, as questões apontadas no Plano Municipal de Saúde pareceram que não foram cumpridas parcial ou totalmente. Em município com 100% de cobertura de ESF, implantação de onze (11) eSF e um (1) NASF, esperar-se-ia uma integração do(s) farmacêutico(s) junto às equipes, reconhecendo sua responsabilidade sanitária por determinada população adstrita. No entanto, não se pode esperar avanços em cuidados farmacêuticos, no que se refere a resultados terapêuticos efetivos, se existiam inabilidades na gestão técnica da AF, que impediam o progresso às frentes estabelecidas e aos desfechos desejáveis no planejamento municipal de saúde (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; LENZI; GARCIA; PONTAROLO, 2011).

Quanto aos repasses do financiamento da AF pelo Governo Federal, o gestor também não soube informa-los. Em consulta ao banco SAGESUS foram identificados todos os repasses federais para o Bloco AF diretamente ao Fundo Municipal de Saúde. É importante ressaltar que não houve repasse financeiro do Governo Federal referente ao Programa Farmácia Popular, indicando que não havia em M14 o referido Programa. (BRASIL, 2013ac).

Desta forma, infere-se que a população de M14 possuía apenas duas formas de acesso a medicamentos: através da dispensação em unidades municipais de saúde e por compra direta. Ainda que o elenco do Programa Farmácia Popular extrapole o conjunto medicamentos dispostos na RENAME, e se distancie do conceito de essencialidade, não há dúvidas que o referido programa tem possibilitado maior acesso a medicamentos, que podem estar

indisponíveis em unidades públicas de saúde (SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011; YAMAUTI; BARBERATO-FILHO; LOPES, 2015).

Em relação às informações dos repasses estaduais, estes não foram passíveis de verificação, pela indisponibilidade da informação da SES do respectivo Estado quanto ao financiamento do bloco da AF, sendo possível somente a verificação de todos os repasses tributários mensais, que compuseram o orçamento da saúde de M14 (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Por fim, argumenta-se que, a favor da conclusão da incipiência da gestão em M14, está a falta de informações. O modelo lógico adotado neste estudo e os indicadores propostos foram estruturados de acordo com a legislação vigente que norteia as atribuições para a AF, aliado à estudos de avaliação de desempenho da gestão da AF. Cada questão foi estrategicamente formulada de forma a contemplar essencialmente as atividades da AF, considerando sua descentralização para os municípios. Neste sentido, todos os indicadores, quando não atendidos integralmente, expressaram a ineficiência da gestão, conforme visto em M14.

#### 6.4.15- Município M15

M15 é uma cidade de médio porte, com 30.768 habitantes, com predominância do sexo feminino (15.481), 61% em idade fértil, os idosos somavam 14% da população e residentes de zona rural 30% dos habitantes. Aproximadamente 81% dos munícipes eram alfabetizados, o IDH calculado foi de 0,721 e o índice *gini* 0,5291. Embora o rendimento mensal médio das famílias, tanto da zona rural quanto da zona urbana, fosse menor que o salário mínimo de 2013, segundo o IBGE, 67% dos habitantes consideravam que possuíam o suficiente para viver. A RAS de M15 contava com 50 UBS, 1 hospital de média complexidade mas nenhuma eSF. Apesar de terem sido credenciadas treze eSF pelo Governo Federal e cadastradas pelo gestor municipal cinco eSF, nenhuma equipe foi implantada (BRASIL, 2010m, 2013d, 2013i).

Alguns gestores municipais consideram que os incentivos aportados pelo governo federal são insuficientes para sustentar a ESF, ainda mais, se aliados à uma baixa capacidade de arrecadação de impostos próprios. Neste sentido, alguns municípios têm privilegiado adesão por contratação de agentes comunitários de saúde (ACS), sem vinculação a eSF, devido ao financiamento desta estratégia estar vinculada ao PAB Variável, ou seja, um recurso adicional. M15 apresentou 100% de cobertura de ACS no período investigado. Os repasses financeiros do Governo Federal referentes ao PAB Variável foram maiores que o do PAB Fixo, ratificando a tendência já reportada na literatura (BRASIL, 2011b, 2013ai; MENDES; MARQUES, 2014).

Quanto à gestão da AF de M15, o Quadro 26 destaca o cenário organizativo da AF Municipal frente às questões norteadoras do estudo. A gestão foi classificada como *Deficiente*, por ter atendido satisfatoriamente somente 30% dos indicadores propostos para mensurar a efetividade.

Quadro 26 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M15 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M15
<p><b>De que forma está organizada a AF no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O Município não inseriu a AF no organograma da SMS e no Plano Municipal de Saúde. Gestor não soube informar se o Município elaborava normativas legais para a AF.</li> <li>▪ Não existia Serviço de Vigilância Epidemiológica, CFT nem disponibilização de FTN para os prescritores. Mas existia REMUME.</li> <li>▪ A equipe executora da AF era composta de médicos, enfermeiros, dentistas e conduzida por farmacêutico nos últimos seis meses. Apenas duas unidades municipais de saúde dispunham de farmacêutico na dispensação. Dos farmacêuticos lotados no quadro funcional do Município, somente dois realizavam dispensação de medicamentos.</li> <li>▪ Os dados epidemiológicos e consumo histórico eram os critérios adotados para programação de medicamentos.</li> <li>▪ A aquisição de medicamentos era feita por licitação, sem especificar a modalidade e não havia emissão de parecer técnico. Ocorreram compras emergências de medicamentos, no último ano, devido à falta de estoque.</li> <li>▪ Existia CAF com farmacêutico e cumprimento das BPA ou normas similares. Município não possuía logística organizada para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Existia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: saúde mental, hipertensão e diabetes, saúde da mulher, tabagismo, asma e rinite), mas não havia prescrição nem dispensação de medicamentos do Componente Especializado da AF.</li> <li>▪ Não era permitido o recebimento e distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se havia plano para descarte.</li> <li>▪ O plano estadual para AFB atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<p><b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor afirmou que o Município aportava mais do que o valor mínimo pactuado para o financiamento da AF. E que gastou mais em compras de medicamentos emergenciais do que na aquisição dos medicamentos da REMUME.</li> <li>▪ O gestor não soube informar os valores aportados pelo Estado e pelo Governo Federal.</li> </ul>
<p><b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A gestão da AF Municipal era responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos. Era realizada análise técnica das prescrições dos demandantes, contato preliminar com a defensoria pública contato regular com o judiciário e emissão de parecer técnico.</li> <li>▪ O gestor não soube informar quando começaram as demandas de medicamentos, quantas tiveram no último ano, nem o montante financeiro necessário para atender essas solicitações, no entanto relatou que os recursos provinham da reserva orçamentária municipal.</li> <li>▪ Os medicamentos eram adquiridos por licitação, sem especificar a modalidade.</li> <li>▪ A dispensação ocorria por paciente com emissão de recibo de entrega e somente o gestor da AF realizava esta atividade.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

A gestão da AF de M15 alcançou no somatório geral 97 pontos. A parcela que mais contribuiu para esse desfecho foi de 46 pontos referente ao Componente *Insumos* seguida de 26 pontos alcançada na *Organização das Demandas e Processos Administrativos* e por fim 25 pontos obtidos no Componente *Atividades*.

A observação de cada eixo de análise revelou que nenhum foi plenamente atendido. Os que mais se aproximaram do atendimento satisfatório aos respectivos indicadores foram os eixos: recursos físicos e materiais (60%) do Componente *Insumos* e atividades da AF (86%) da *Organização das Demandas e Processos Administrativos*.

No tocante ao gerenciamento dos recursos físicos e materiais, o que pareceu ter sido o maior desafio para que M15 alcançasse o desempenho completo foi a organização para a distribuição de medicamentos. O gestor relatou que não havia normativas para essa atividade, independentemente da existência de CAF e do relato de cumprimento de BPA.

Tal como as demais atividades do Ciclo da AF, a distribuição busca garantir o acesso da população à medicamentos com a qualidade e segurança preservadas desde a saída da CAF às unidades dispensadores. Mediante logística adequada, que inclui transportes apropriados a cada especificidade que envolve o medicamento, roteiro que otimize o tempo de trajeto entre as unidades e regularidade na entrega para continuidade no abastecimento (BRASIL, 2009a; NELLY et al., 2003d).

A garantia da estabilidade dos medicamentos é altamente influenciada por diferentes fatores, inerentes às condições de armazenamento e distribuição. Fatores como temperatura e luminosidade devem ser controlados também durante todo o período de transporte, para todos os medicamentos, até mesmo àqueles que possuam recomendação para armazenagem e transporte em temperatura ambiente<sup>3</sup>. Tanto o calor, quanto o esfriamento ou congelamento causam danos aos fármacos de ordem intrínseca; por isso, a gestão da AF deve se responsabilizar pela manutenção e garantia da invariabilidade intrínseca de cada item dispensado (BRASIL, 2012; MAIO; SILVA, 2014).

Muitos medicamentos da RENAME, como por exemplo o maleato de enalapril, têm como recomendação o armazenamento e distribuição em temperatura ambiente. No entanto, pode ser facilmente degradado em condições ambientais adversas, como nas temperaturas do verão brasileiro. Vê-se a importância do controle da temperatura também na fase de transporte. Outrossim, o controle de impactos durante o trajeto também deve ser observado pela gestão da AF (ENCINA, 2012; LIMA; SANTOS; LIMA, 2007).

---

<sup>3</sup> De acordo com a Comissão Permanente de Revisão da Farmacopeia Brasileira (CPRFB, 1988) considera-se temperatura ambiente 15°C-30°C.

Ainda visto no Componente Insumos, a gestão da AF considerava os dados epidemiológicos e consumo histórico para programar a aquisição de medicamentos, o gestor não soube especificar a modalidade de compras e as realizava sem emissão de parecer técnico. A ocorrência de compras emergências, por desabastecimento, pode ter sido provocado por diferentes causas, dentre elas processo equivocado na programação. Uma vez que no Município não havia Serviço de Vigilância Epidemiológica, questiona-se a fidedignidade dos dados utilizados pelo gestor da AF para a programação.

Por último, e bastante grave, foi o ato da dispensação de medicamentos solicitados por via judicial ou processos administrativos ser caracterizado como mera entrega de um “*bem de consumo*”, mediante a emissão de recebido de entrega para o paciente. Essa atividade foi relatada como sendo exclusiva do gestor da AF, e seria um excelente momento para dar início a um processo de acompanhamento farmacoterapêutico, ao monitoramento das ações judicializadas ou ainda à avaliação destas ações, por intermédio dos indicadores propostos por Pepe *et al* (LACERDA et al., 2013; PEPE; VENTURA, 2011).

#### **6.4.16- Município M16**

Trata-se de um município de médio porte, com 65.001 habitantes predominantemente do sexo masculino, e cerca de 65% das mulheres em idade fértil (31.810). A maior parte da população era alfabetizada (84%), habitantes com mais de 60 anos equivaliam a 7% e moradores de zona rural 8% do total populacional. O IDH calculado para a cidade foi de 0,686, o índice *gini* 0,47502. O rendimento mediano mensal por habitante, em 2013, equivalia respectivamente a 65% e 50% do salário mínimo dos moradores da zona urbana e rural (BRASIL, 2010n).

O percentual de dependência das transferências intergovernamentais de M16 foi de 76,02%, a capacidade de arrecadação própria de impostos foi de 14,90%, com aplicação em ASPS de 18%. A rede municipal de saúde contava com 28 UBS, 43% de cobertura ESF e 100% de cobertura por ACS (BRASIL, 2013d, 2013i, 2013aj).

Quanto ao perfil da gestão da AF, este foi classificado como *Inadequado* pelo atendimento de apenas 19% dos indicadores propostos para a efetividade. Seu cenário está apresentado no Quadro 27.

Quadro 27 - Cenário retrospectivo da Gestão da AF em M16 segundo indicadores propostos neste estudo, 2017

Questão Norteadora	Contextualização de M16
<b>De que forma está organizada a AF no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A AF não constava no organograma da SMS nem no Plano Municipal de Saúde. Município não elaborava normativas legais para a AF.</li> <li>▪ Não existia Serviço de Vigilância Epidemiológica, CFT, REMUME nem disponibilização de FTN para os profissionais de saúde.</li> <li>▪ Para a realização das atividades AF o Município dispunha apenas de um farmacêutico, que era o gestor da AF há seis meses. Nenhuma unidade possuía farmacêutico na dispensação.</li> <li>▪ Apenas o critério de consumo histórico era considerado para programação de medicamentos.</li> <li>▪ O registro de preços com emissão de parecer técnico era a modalidade de compra adotada pela gestão, sem outro critério adicional. Não ocorreram compras emergências de medicamentos.</li> <li>▪ Existia CAF com farmacêutico, mas sem seguimento de BPA ou normas similares. O Município não possuía logística estrutura para distribuição dos medicamentos, com rotas e periodicidade de entrega.</li> <li>▪ Existia dispensação de medicamentos do Componente Estratégico (citados: hipertensão, diabetes, saúde da mulher e saúde mental). Assim como prescrição e dispensação de medicamentos do Componente Especializado, mas não foi especificado quais medicamentos e os protocolos seguidos.</li> <li>▪ Não era permitido o recebimento e distribuição de medicamentos doados pela população civil, empresas ou laboratórios.</li> <li>▪ O gestor não soube informar se havia plano para descarte.</li> <li>▪ Plano Estadual para AFB atendia as necessidades do município.</li> </ul>
<b>A gestão da AF apresenta dificuldades financeiras para o cumprimento das atividades de sua responsabilidade?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O gestor não soube informar os valores aportados pelo Município, Estado e Governo Federal para o financiamento da AF Municipal.</li> <li>▪ O gestor desconhecia os valores gastos nas compras emergenciais de medicamentos.</li> </ul>
<b>De que forma se faz a gestão de medicamentos por demandas judiciais no município?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos cabia à assessoria de gabinete da Prefeitura.</li> <li>▪ O registro de preços com emissão de parecer técnico era a modalidade de compra adotada pela gestão, sem outro critério adicional.</li> <li>▪ O Município gastou mais com a compra de medicamentos judicializados do que com a aquisição de medicamentos pactuados.</li> <li>▪ A dispensação ocorria por paciente com emissão de recibo de entrega.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

Classificada como *Inadequada*, a gestão da AF de M16 mostrou ter maiores dificuldades no manejo do Componente Insumos. Neste alcançou somente 8% dos indicadores, e os maiores desafios concentraram-se no eixo de análise “Adequações às Normas”, respectivamente na ausência de REMUME, normativas legais e exclusão da AF no Plano Municipal de Saúde. A inexistência de tais documentos repercutiu negativamente no desempenho das atividades subsequentes da AF, conforme abordado nos casos anteriores.

Essencialmente, a ausência de lista de medicamentos elaborada especificamente para atender à população é de todas a mais nociva, devido ao emitente risco de práticas prescritivas que não satisfaçam as demandas terapêuticas adequadamente e por prováveis desvantagens de custo-efetividade para o sistema de saúde local (BONFIM, 2015).

Ademais, a institucionalização de uma lista norteadora carece de mudanças organizacionais e de responsabilização dos atores envolvidos no processo. O processo de elaboração da lista de medicamentos essenciais deve ser compreendido como um procedimento técnico, político e social, para que os desafios normalmente enfrentados tanto na elaboração e especialmente na adesão dos profissionais sejam minimizados. Magarinos-Torres *et al.*, atestou a baixa de adesão dos médicos nas cinco regiões do país. Para os participantes da pesquisa, independentemente de ter tido contato com alguma lista oficial, os mesmos não a consideravam como parâmetro para suas escolhas prescritivas, demonstrando fragilidades na interlocução entre a AF, demais setores e atores da SMS (MAGARINOS-TORRES *et al.*, 2014b; SANTANA *et al.*, 2014a).

No que concerne à avaliação, monitoramento ou orientação dos itens prescritos em M16, a gestão da AF demonstrou ser ineficiente; nenhuma unidade de saúde dispunha de farmacêutico. No entanto, um ator chave para a promoção do URM e potente aliado para as ações da AF, se houvesse integração, seria o ACS, cuja a cobertura em M16 era de 100% (BRASIL, 2013e).

A interação entre o gestor da AF com os ACS poderia ser uma estratégia potencialmente contributiva para o cuidado farmacêutico, na ausência do mesmo em tempo integral na equipe. O ACS é o profissional da AB de maior contato com o usuário do medicamento, para além das apreensões de necessidades sanitárias do seu território, ele é capaz de perceber as necessidades inerentes do cotidiano de cada paciente (BRASIL, 2011b; CANABARRO; HAHN, 2009).

Alguns municípios têm experimentado com êxito essa parceria, que auxilia o farmacêutico e demais profissionais da AB na detecção precoce de problemas relacionados com uso de medicamentos. Em um município de médio porte no estado do Rio Grande do

Sul, com apenas um farmacêutico no quadro do município, os ACS foram treinados para percepção e orientação quanto a guarda correta dos medicamentos nos domicílios, tendo em vista que, durante as visitas domiciliares foram encontrados 43% de medicamentos expostos à luz, 39,6% à unidade, 42% ao alcance de crianças e 67,9% estavam desacompanhados de suas respectivas bulas. Em outro estudo, realizado na cidade de Palmas, 68% dos ACS consideravam que eles deveriam orientar as família quanto ao URM, especialmente durante as visitas com usuários idosos e acamados (LASTE et al., 2012; SOUSA, 2014).

Inquestionavelmente, a contratação de mais farmacêuticos para a conformação da equipe executora da AF extrapola a atuação do gestor da AF, mas as inconsistências em atividades centrais, que poderiam evidenciar a importância da AF no contexto municipal, foram impressionantemente desfavoráveis a qualquer pleito do gestor executivo do município. A AF deveria ser capaz de produzir e reproduzir resultados que interferissem positivamente e modificassem a situação de saúde da população, quer seja em M16 ou em outro município assemelhado.

## 7. NOTAS FINAIS

### 7.1. HÁ SEMELHANÇAS OU DIFERENÇAS NA GESTÃO DA AF NESTES MUNICÍPIOS?

As semelhanças foram nas incongruências e inadequações percebidas na avaliação dos processos inerentes às atividades da AF, especialmente àquelas conhecidas como centrais. As diferenças são pouco notáveis, mas destacadas como ponto relevante para a gestão.

A matriz utilizada para a análise dos dezesseis municípios permitiu descrever os processos de trabalho que envolviam a AF Municipal, seus atores, limitações, desafios e possíveis potencialidades. Com julgamento subjetivo agregou-se valores que permitiram uma classificação do desempenho de cada gestão e de grupo de atividades.

Cerca de  $\frac{1}{4}$  dos municípios não conseguiram pontuar em nenhum dos elementos elencados como essenciais para as atividades da AF. A mesma proporcionalidade foi notada quanto ao conhecimento dos repasses financeiros referentes ao Bloco de financiamento da AF Básica. Esses pontos iniciais reforçam a hipótese de uma gestão desarticulada com os demais gestores de suas respectivas secretarias, ainda mais se considerarmos o conhecimento a respeito dos respectivos Planos Municipais de Saúde.

Uma questão unânime a todos foi a falta de farmacêuticos nas unidades de saúde e na atividade de dispensação de medicamentos; quando estes existiam não estavam em número suficientes para atender a demanda necessária. Há de se considerar que, para que haja a efetivação dos direitos constitucionais muito relatados nos documentos jurídicos, deve-se também incluir a assistência que o profissional farmacêutico pode prestar à população.

As dificuldades enfrentadas por farmacêuticos nas unidades, possivelmente, são ainda maiores quando não há elaboração ou utilização de listas que norteiem as prescrições, o que foi evidenciado em 56% dos municípios estudados. Este é um problema que leva à pouca racionalidade nas condutas terapêuticas e ausência de parâmetros para os processos de programação e aquisição de medicamentos.

Partindo da hipótese de Santos-Pinto (2013), as inadequações constatadas nos municípios selecionados favorecem a ocorrência de mais demandas judiciais e processos administrativos por medicamentos. Independentemente da classificação final muitos municípios incidem nas mesmas fragilidades e incipiências no processo de gerir a AF local (ESHER; SANTOS; LUIZA, 2014; PINTO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015).

O Quadro 28 apresenta as principais semelhanças e diferenças no conjunto de municípios quanto ao estabelecimento de itens considerados como essenciais para a condução das atividades centrais da Assistência Farmacêutica Municipal.

Quadro 28 - Súmula dos principais resultados dos Casos

GESTÃO DA AF	MUNICÍPIOS		GESTÃO AF	ORG	PL	CFT	LME	FTN	PROG	AQS	ARMZ	DISTR	DISP	DESC	\$FED	\$EST	JUD
REGULAR	1º	M8 209pt	✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓			✓	✓	
	2º	M1 190pt	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	
DEFICIENTE	3º	M4 156pt	✓	✓		✓				✓		✓		✓	✓	✓	
	4º	M13 117pt	✓	✓	✓	✓	✓	✓							✓	✓	
	5º	M12 99pt	✓							✓		✓					
	6º	M2 98pt	✓								✓	✓					
	7º	M15 97pt	✓				✓		✓		✓						
INADEQUADA	8º	M9 94pt	✓						✓	✓		✓					
	9º	M6 88pt	✓				✓				✓	✓					
	10º	M3 84pt	✓	✓								✓		✓	✓		✓
	11º	M11 71pt	✓							✓							
	12º	M16 61pt	✓							✓							
	13º	M5 51pt	✓														
	14º	M7 37pt	✓														
	15º	M10 29pt	✓														
16º	M14 25pt	✓															

Fonte: Elaboração própria. Nota: GESTÃO AF=Gestor Farmacêutico. ORG=AF no Organograma da SMS. PL=AF no Plano Municipal de Saúde. CFT=Instituição de CFT no Município. LME= Instituição de Lista Municipal de Medicamentos Essenciais. FTN=Disponibilidade do Formulário Terapêutico Nacional aos profissionais de saúde. PROGR=Adoção de critérios compostos para programação de medicamentos. AQS=Adoção de critérios normativos para aquisição de medicamentos. ARMZ=Adoção de boas práticas de armazenamento de medicamentos. DISTR=Adoção de logística estruturada para distribuição de medicamentos. DESC=Adoção de estrutura e logística para descarte de medicamentos. \$FED= Conhecimento dos repasses federais para a AF Municipal. \$EST= Conhecimento dos repasses estaduais. JUD= Melhor posicionamento quanto a escala para organização da AF para cumprimento das demandas judiciais no município

## 7.2. – CONCLUSÃO

A realização deste estudo buscou analisar a gestão da AF, quanto a insumos, atividades e organização no cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial e processos administrativos.

Estima-se que os objetivos foram cumpridos. Considera-se, no entanto, que o segundo objetivo específico, relativo à análise das contas municipais, não foi completamente explorado, em função da falta de informações. Os documentos dos TCE e do Portal da Transparência das respectivas SES, que seriam importantes para a análise, só existiram para um dos estados da Região Sudeste. Nesse sentido, optou-se por reduzir as análises dos municípios dos demais estados, de modo a permitir algum nível de comparabilidade.

As questões norteadoras foram respondidas pelo desenho do estudo. Os principais resultados mostram um cenário desolador quanto à gestão da AF, referente aos Componentes Insumos, Atividades e Organização para atendimento a demandas judiciais nos municípios selecionados. Gestão *Inadequada* foi constatada em 56% dos municípios, *Deficiente* em 31% e, *Regular* em 12%. Nenhum município teve gestão *Satisfatória*.

Considera-se estes resultados preocupantes, frente aos quase 15 anos de vigência da PNM e 10 anos da PNAF, à época do trabalho de campo. Os problemas da gestão municipal da AF vêm sendo apresentados e discutidos há alguns anos, mas é fato que a resolução dos mesmos não vem sendo abordada suficientemente. É fato também que os problemas oriundos da judicialização vêm intensificando a malha de problemas estruturais dos municípios, sem ofertar, principalmente naqueles menores e com muitas deficiências, oportunidades de superação.

O trabalho mostrou que são os recursos humanos em AF a possível chave para melhoria dos serviços e da gestão. Como variáveis que influíram na qualidade dos serviços, foram evidenciados o tempo de exercício da gestão, o número de farmacêuticos e a composição da equipe. Estes resultados remetem para a necessidade de um amplo questionamento a respeito do papel que os farmacêuticos da gestão municipal vêm exercendo no Brasil e das possibilidades de mudança do quadro.

Outro importante aspecto evidenciado diz respeito à indigência municipal, em aspectos referentes à sustentabilidade dos municípios, que não possuem, de fato, condições de existência sem ajuda financeira dos entes estadual e federal. Ora, sem independência é de se questionar a responsabilidade pela assistência ao munícipe e à eticidade da opção pela intensa tendência de municipalização hoje existente no Brasil.

O estudo sofreu limitações. A falta de informações completas nos questionários do Eixo (4) da Pesquisa MUDE deixaram lacunas que impossibilitaram a explicação de algumas questões levantadas no estudo. Os demais bancos secundários também ofereceram algumas dúvidas – por exemplo, os paradoxos referentes às informações em saúde. Municípios com amplas coberturas de serviços apresentavam baixo desempenho de importantes indicadores de saúde. Esta realidade remete a dúvidas: (1) quanto à adequação dos indicadores para traçar o perfil municipal, (2) quanto à responsabilidade dos municípios em apresentar dados fidedignos (3) quanto à responsabilidade de esferas superiores de gestão no monitoramento dos indicadores para repasses financeiros.

Como desafios e perspectivas, entende-se que é a postura dos gestores, tanto municipal como da AF, onde reside uma real possibilidade de mudança neste quadro bastante desolador. Entende-se que os farmacêuticos e profissionais envolvidos na AF municipal não estão desempenhando seu trabalho de forma adequada ou ética, o que precisa mudar. Entende-se também que a mudança não vem sozinha. Não está atrelada à capacitação *per si*, mas ao compromisso individual exigido a todos os profissionais da AF.

## REFERÊNCIAS

- ADVOCIA GERAL DA UNIÃO - AGU. **Intervenção judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais.**, 2012. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015
- ALBUQUERQUE, F. J. B. DE et al. Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 28, n. 3, p. 363–370, set. 2011.
- ALENCAR, T. DE O. S.; NASCIMENTO, A. A. DO. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3939–3949, 09PY - 2011 2011.
- ALMEIDA, T. A. P. L. et al. Ações para descarte adequado de medicamentos não utilizáveis na UBS/ESF Vila Renato: coordenadoria regional de saúde sudeste – município de São Paulo. p. 4–4, 2012.
- AMARAL, S. M. S. DO; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 4, p. 799–801, ago. 2011.
- ANGONESI, D.; RENNÓ, M. U. P. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3883–3891, 09PY - 2011 2011.
- ARAÚJO, A. F. DA S. Judicialização da saúde em Minas Gerais: novas estratégias de enfrentamento: a criação do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 3, n. 2, p. 73, 20 set. 2014.
- ARAÚJO, A. DA L. A. DE; FREITAS, O. DE. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 1, mar. 2006.
- ARRUDA-BARBOSA, L.; DANTAS, T. M.; OLIVEIRA, C. C. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para buca de serviços de saúde pelo usuário. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 24, n. 4, p. 347–354, 2011.
- ASENSI, F. Responsabilidade solidária dos entes da federação e “efeitos colaterais” no direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 16, n. 3, p. 145, 30 dez. 2015.
- ASSIS, L. C.; SIMÕES, M. O. DA S.; FRANÇA, I. S. X. DE. A saúde pública e a indústria farmacêutica: implicações bioéticas na produção do cuidado. **Rev. bras. ciênc. saúde**, v. 16, n. 3, out. 2012.
- ASSIS, S. G. DE et al. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO, M. C. DE S.; ASSIS, S. G. DE; SOUZA, E. R. DE (Eds.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2005. p. 105–132.
- ASSUNÇÃO, I. A. DE; SANTOS, K.; BLATT, C. R. Relação municipal de medicamentos essenciais: semelhanças e diferenças. **Rev. ciênc. farm. básica apl**, v. 34, n. 3, set. 2013.

- BAIXO GUANDU, P. M. **Plano Municipal de Saúde 2009-2013**. Secretaria Municipal de Saúde Baixo Guandu, , 2010. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=32&codTpRel=01>>. Acesso em: 7 out. 2016
- BALBINO, E. C.; BALBINO, MI. L. C. O descarte de medicamentos no Brasil: Um olhar socioeconômico e ambiental do lixo farmacêutico. **Âmbito Jurídico**, v. 86, n. XIV, 2011.
- BARATELA, D. F.; SOUSA, M. S. O custo do fornecimento de medicamentos no Brasil. **Âmbito Jurídico**, v. XVII, n. nº 124, 2014.
- BARREIRA, S. C. DE F. **Direito à saúde e judicialização de medicamentos: a experiência de Niterói**. Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro, RJ: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2012.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. DO C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207–1220, 06PY - 2010 2010.
- BARROSO, L. R. **Relatório do Ministro Luis Roberto Barroso na Audiência Pública (2009) sobre os efeitos da judicialização na saúde**. Brasília, DF: [s.n.]. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Luis\\_Roberto\\_Barroso.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Luis_Roberto_Barroso.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2016.
- BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação do judiciário**. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/Saude\\_-\\_judicializacao\\_-\\_Luis\\_Roberto\\_Barroso.pdf](http://pfdc.pgr.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/Saude_-_judicializacao_-_Luis_Roberto_Barroso.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2016.
- BELTRÃO, M. **Consórcio permite a prefeituras de AL economia de gastos na saúde pública**, 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2016/02/consorcio-permite-prefeituras-de-al-economia-de-gastos-na-saude-publica.html>>. Acesso em: 30 out. 2016
- BITTENCOURT, R. A. **Avaliação da assistência farmacêutica no município de Uruguaiana - RS**. Pelotas, RS: Universidade Federal de Pelotas - RS, 2014.
- BLATT, C. R.; CAMPOS, C. M. T.; BECKER, I. R. **Gestão da Assistência Farmacêutica: módulo 4: unidade 3: programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos [recurso eletrônico]**. Florianópolis, SC: Editora UFSC, 2011.
- BOING, A. et al. A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para gestão do sistema de saúde. **Rev. direito sanit**, v. 14, n. 1, p. 82–97, 06PY - 2013 2013.
- BONFIM, J. R. F. DE A. Análise da prescrição de fármacos não constantes da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do município de São Paulo, 2008-2013. p. 763–763, 2015.
- BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 1971.
- BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. 1973.

BRASIL. 8.080. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. set 1990.

BRASIL. LEI Nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 1993.

BRASIL. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2006, p. 43–51.

BRASIL (ED.). **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. 2a. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2007a.

BRASIL. **Situação do Relatório Anual de Gestão**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>>. Acesso em: 15 jul. 2016a.

BRASIL. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2010 b.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Itaquaquecetuba**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352310&search=sao-paulo|itaquaquecetuba>>. Acesso em: 15 mar. 2016c.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Coração de Jesus**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=311880&idtema=16&search=minas%ADgerais%7Ccoracao%ADde%ADjesus%7Csintese%ADdas%ADinformacoes1/1>>. Acesso em: 15 mar. 2016d.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Serro**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=316710&idtema=16&search=minas%ADgerais%7Cserro%7Csintese%ADdas%ADinformacoes%AD1/1>>. Acesso em: 15 mar. 2016e.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Contagem**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=311860&idtema=16&search=minas%ADgerais%7Ccontagem%7Csintese%ADdas%ADinformacoes1/1>>. Acesso em: 15 mar. 2016f.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Tanguá**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=330575&idtema=16&search=rio%ADde%ADjaneiro%7Ctangua%7Csintese%ADdas%ADinformacoes1/1>>. Acesso em: 15 mar. 2016g.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Silva Jardim**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=330560&idtema=16&search=rio%ADde%ADjaneiro%7Csilva%ADjardim%7Csintese%ADdas%ADinformacoes1/1>>. Acesso em: 15 mar. 2016h.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Macaé**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=330240&idtema=16&search=rio%ADde%ADjaneiro%7Cmacae%7Csintese%ADdas%ADinformacoes%AD1/1>>. Acesso em: 15 mar. 2016i.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Belford Roxo**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330045&search=rio-de-janeiro|belford-roxo|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 15 mar. 2016j.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Ibatiba**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=320245&search=espírito-santo|ibatiba|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 15 mar. 2016k.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Baixo Guandu**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=320080&idtema=16&search=espírito%ADsanto%7Cbaixo%ADguandu%7Csintese%ADdas%ADinformacoes%AD1/1>>. Acesso em: 15 mar. 2016l.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Alegre**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=352400&idtema=16&search=sao%ADpaulo%7Citupeva%7Csintese%ADdas%ADinformacoes1/1>>. Acesso em: 15 mar. 2016m.

BRASIL. **Cidades@ Informações Completas\_Viana**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=320510&search=espírito-santo|viana|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 15 mar. 2016n.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2011 a, p. 1.

BRASIL. (ED.). **Política Nacional de Atenção Básica**. 1a edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Transferência Fundo a Fundo Detalhamento de Bloco Competência Bloco: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA Ano: 2013**. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 20 dez. 2016a.

BRASIL. **CNES - Estabelecimento por tipo - São Paulo**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/esrbps.def>>. Acesso em: 11 jan. 2016b.

BRASIL. **CNES - Estabelecimento por tipo - Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabrj.def>>. Acesso em: 11 jan. 2016c.

BRASIL. **CNES - Estabelecimento por tipo - Espírito Santo**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/atences.def>>. Acesso em: 11 jan. 2016d.

BRASIL. **CNES - Recursos Humanos\_ES**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02es.def>>. Acesso em: 11 jan. 2016e.

BRASIL, A. N. DE V. S. Resolução - RDC n ° 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. . 2004 a.

BRASIL, A. N. DE V. S. Resolução - RDC n ° 44, de 17 de agosto de 2.009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. . 2009 a.

BRASIL, C. N. DE S. DE S. **A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde**. Brasília, DF: [s.n.].

BRASIL., [CONSTITUIÇÃO (1988)] (ED.). Capítulo III - Da Organização dos Estados. In: **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**. Série Textos básicos. 35a. ed. [atualizada em 2012] ed. Brasília: Centro de Documentação e Informação, Edições Câmara, 2012b.

BRASIL, M. DA S. Portaria nº 3.916/GM, 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 1998, p. 18–22.

BRASIL, M. DA S. Portaria nº 176/GM de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 1999, p. 22.

BRASIL, M. DA S. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. mai 2004 b, p. 52–53.

BRASIL, M. DA S. Portaria nº 2.084 de 26 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o elenco mínimo obrigatório de medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2005, p. 71–73.

BRASIL, M. DA S. Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferências dos recursos para as ações e serviços de saúde, na forma de bloco de financiamento, com respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2007 b, p. 46–49.

BRASIL, M. DA S. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347 de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. de out 2007 c.

BRASIL, M. DA S. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. de abril 2008.

BRASIL, M. DA S. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. [s.l: s.n.].

BRASIL, M. DA S. Assistência Farmacêutica no NASF. In: **Caderno de Atenção Básica nº 27 - Diretrizes do NASF**. Brasília, DF: [s.n.]. p. 84–109.

BRASIL, M. DA S. Resolução nº 60, de 26 de novembro de 2009. Dispõe sobre a produção, dispensação e controle de amostras grátis de medicamentos e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 27 nov. 2009 d, p. 3.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_Índice Gini da renda domiciliar\_Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/giniuf.def>>. Acesso em: 20 set. 2016o.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_População residente\_MG**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>>. Acesso em: 20 set. 2016p.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_População alfabetizada segundo Região**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/alfuf.def>>. Acesso em: 20 set. 2016q.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_Farmacêutico\_RJ**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 20 set. 2016r.

BRASIL, M. DA S. Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2011 b, p. 1–38.

BRASIL, M. DA S. **Formulário Nacional da Farmacopeia Brasileira**. Brasília, DF: Anvisa, 2012.

BRASIL, M. DA S. Portaria nº 1.554/GM de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2013 g, p. 69–71.

BRASIL, M. DA S. Portaria nº 1.555/GM de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2013 h, p. 71–72.

BRASIL, M. DA S. **Histórico da Cobertura de Atenção Básica\_por município e competência**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 22 set. 2016i.

BRASIL, M. DA S. **Relatório Resumido da Execução Orçamentária - Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Brasília, DF: [s.n.]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6008-demonstrativos>>. Acesso em: 24 ago. 2016j.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_Óbitos Infantis\_Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def>>. Acesso em: 20 set. 2016k.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_Tuberculose\_SP**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/tubercsp.def>>. Acesso em: 20 set. 2016l.

BRASIL, M. DA S. **Histórico da Cobertura de Atenção Básica\_Iguape**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 22 set. 2016m.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_Nascidos Vivos\_Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 20 set. 2016n.

BRASIL, M. DA S. **SIOPS - Indicadores Municipais\_Iguape**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>>. Acesso em: 30 out. 2016o.

BRASIL, M. DA S. **Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal\_Iguape**. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/rel\\_LRF.php](http://siops.datasus.gov.br/rel_LRF.php)>. Acesso em: 30 out. 2016p.

BRASIL, M. DA S. **Transferências Fundo a Fundo - detalhamento de blocos: Bloco da Atenção Básica\_Ferraz de Vasconcelos**. Disponível em: <[http://sage.saude.gov.br/paineis/fundo/fundo\\_blocos\\_detalha\\_cpt.php?ufs=35&ibges=351570&co\\_bloco=1&cg=&tc=&rm=&qz=&qt=&re\\_giao=&tp\\_valor=1&pop=182544&ufcidade=Ferraz%20de%20Vasconcelos/SP&ano=2013#](http://sage.saude.gov.br/paineis/fundo/fundo_blocos_detalha_cpt.php?ufs=35&ibges=351570&co_bloco=1&cg=&tc=&rm=&qz=&qt=&re_giao=&tp_valor=1&pop=182544&ufcidade=Ferraz%20de%20Vasconcelos/SP&ano=2013#)>. Acesso em: 30 out. 2016q.

BRASIL, M. DA S. **SIOPS - Indicadores Municipais\_Coração de Jesus**. Disponível em:  
<<http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>>. Acesso em: 30 out. 2016r.

BRASIL, M. DA S. **SIOPS - Indicadores Municipais\_Serro**. Disponível em:  
<<http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php?escmun=3>>. Acesso em: 30 out. 2016s.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_MG\_tabnet**. Disponível em:  
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>. Acesso em: 20 set. 2016t.

BRASIL, M. DA S. **SIOPS - Indicadores Municipais\_Contagem**. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6137-indicadores-municipios>>. Acesso em: 30 out. 2016u.

BRASIL, M. DA S. **Histórico da Cobertura de Atenção Básica\_Tanguá**. Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 22 set. 2016v.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_RJ\_tabnet**. Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/pop/rj.def>>. Acesso em: 20 set. 2016w.

BRASIL, M. DA S. **SIOPS - Indicadores Municipais\_Tanguá**. Disponível em:  
<<http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php?escmun=3>>. Acesso em: 30 out. 2016x.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_óbito por causas evitáveis\_RJ**. Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10rj.def>>. Acesso em: 20 set. 2016y.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_mortalidade geral\_RJ**. Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10rj.def>>. Acesso em: 20 set. 2016z.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_morbidade hospitalar\_RJ**. Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrrj.def>>. Acesso em: 20 set. 2016aa.

BRASIL, M. DA S. **SIOPS - Indicadores Municipais\_Macaé**. Disponível em:  
<<http://siops.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 30 out. 2016ab.

BRASIL, M. DA S. **Transferencias Fundo a Fundo - detalhamento de blocos: Bloco da Atenção Básica\_Macaé**. Disponível em:  
<[http://sage.saude.gov.br/paineis/fundo/fundo\\_blocos\\_detalha\\_cpt.php?ufs=33&ibges=330240&co\\_bloco=4&cg=&tc=&rm=&qz=&qt=&re\\_giao=&tp\\_valor=1&pop=229624&ufcidade=Maca%C3%A9/RJ&ano=2013#](http://sage.saude.gov.br/paineis/fundo/fundo_blocos_detalha_cpt.php?ufs=33&ibges=330240&co_bloco=4&cg=&tc=&rm=&qz=&qt=&re_giao=&tp_valor=1&pop=229624&ufcidade=Maca%C3%A9/RJ&ano=2013#)>. Acesso em: 30 out. 2016ac.

BRASIL, M. DA S. **SIOPS - Demonstrativo com despesas com saúde\_Belford Roxo**. Disponível em:  
<<http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>>. Acesso em: 30 out. 2016ad.

BRASIL, M. DA S. **SIOPS - Indicadores Municipais\_Ibatiba**. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6137-indicadores-municipios>>. Acesso em: 30 out. 2016ae.

BRASIL, M. DA S. **Histórico da Cobertura de Atenção Básica\_Ibatiba**. Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 22 set. 2016af.

BRASIL, M. DA S. **Informações de Saúde\_ES\_tabnet**. Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atences.def>>. Acesso em: 20 set. 2016ag.

BRASIL, M. DA S. **SIOPS - Indicadores Municipais\_Baixo Guandu**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6137-indicadores-municipios>>. Acesso em: 30 out. 2016ah.

BRASIL, M. DA S. **Transferencias Fundo a Fundo - detalhamento de blocos: Bloco da Atenção Básica\_Alegre**. Disponível em: <[http://sage.saude.gov.br/paineis/fundo/fundo\\_blocos\\_detalha\\_cpt.php?ufs=32&ibges=320020&co\\_bloco=1&cg=&tc=&rm=&qs=&qt=&re\\_giao=&tp\\_valor=1&pop=32236&ufcidade=Alegre/ES&ano=2013#>](http://sage.saude.gov.br/paineis/fundo/fundo_blocos_detalha_cpt.php?ufs=32&ibges=320020&co_bloco=1&cg=&tc=&rm=&qs=&qt=&re_giao=&tp_valor=1&pop=32236&ufcidade=Alegre/ES&ano=2013#>). Acesso em: 30 out. 2016ai.

BRASIL, M. DA S. **SIOPS - Indicadores Municipais\_Viana**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>>. Acesso em: 30 out. 2016aj.

BRASIL, M. DA S. Resolução nº 31, de 29 de maio de 2014. Dispõe sobre o procedimento simplificado de solicitações de registro, pós-registro e renovação de registro de medicamentos genéricos, similares, específicos, dinamizados, fitoterápicos e biológicos, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**. 2014 a, p. 131.

BRASIL, M. DA S. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS**. Brasília-DF: [s.n.].

BRASIL, M. DA S. **Portal da Saúde. Manuais do Hórus**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/220-sctie-raiz/daf-raiz/ceaf-sctie/qualifarsus-raiz/horus/l2-horus/18705-manuais>>. Acesso em: 11 jan. 2016a.

BRASIL, M. DA S. **Portal da Saúde\_SUS - Departamento de Assitência Farmaceutica\_eixo educação**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/qualifar-sus/sctie-qualifarsus-eixo-educacao>>. Acesso em: 10 mar. 2016a.

BRASIL, M. DA S.; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**. 13 jun. 2013, p. 59.

BRASIL, M. DA S. S. DE C. E T. E. D. DE A. F. E I. E. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014**. Brasília-DF: Brasília: Ministério da Saúde., 2015b. v. 9 ed. re. atua.

BRASIL, P. et al. Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro — Preliminary Report. **The new england journal o f medicine**, v. 375, p. 2321–2334, 2016.

BRASIL, S. T. F. **Repercussão Geral no Recurso Extraordinário 855.178 Sergipe**., 3 maio 2015c. Disponível em: <[file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/texto\\_15319097113.pdf](file:///C:/Users/Ricardo/Downloads/texto_15319097113.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2016

BRASIL, S. T. F. **Repercussão Geral no Recurso Extraordinário 977.190 Minas Gerais**., 11 set. 2016b. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=12071365>>. Acesso em: 20 nov. 2016

BRASIL. CONSTITUIÇÃO 1988 (ED.). Da Organização do Estado - Capítulo II - artigos 20-24. In: **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**. Série Textos básicos. 35a. ed. Brasília: Centro de Documentação e Informação, Edições Câmara, 2012. p. 28–29.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. **Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. **Incentivo a assistência farmacêutica básica: o que é e como funciona**. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE (ED.). **Política nacional de atenção básica**. 1ª edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE; DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. [s.l: s.n.].

BRUNS, S. DE F.; OLIVEIRA, E. A. DE; LUIZA, V. L. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Rev. adm. pública**, v. 48, n. 3, p. 745–765, 00PY - 2014 2014.

CABRAL, I.; REZENDE, L. F. Análise das ações judiciais individuais para fornecimento de medicamentos em São João da Boa Vista. **Revista de Direito Sanitário**, v. 16, n. 1, p. 59–77, 2015.

CALFO, M. DE A.; SILVEIRA, E. C. Núcleo de Assessoria Técnica em ações de saúde: A experiência do estado do Rio de Janeiro. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. [s.l: s.n.]. p. 373–379.

CALFO, M. DE A.; SILVEIRA, E. C. Núcleo de Assessoria Técnica em ações de saúde: a experiência do estado do Rio de Janeiro. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro, RJ: [s.n.]. p. 373–379.

CAMERON, A. et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. **The Lancet**, v. 373, n. 9659, p. 240–249, jan. 2009.

CAMPOS NETO, O. H. et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 5, p. 784–790, 10PY - 2012 2012.

CANABARRO, I. M.; HAHN, S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 4, dez. 2009.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. DE; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Eds.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 27–59.

CARVALHO, M. N. DE; LEITE, S. N. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. **Interface comun. saúde educ**, v. 18, n. 51, p. 737–748, 12PY - 2014 2014.

CASTRO, A. V. et al. Avaliação do processo de reestruturação da assistência farmacêutica no município de Aracaju-SE. **Rev. ciênc. farm. básica apl**, v. 35, n. 3, 09PY - 2014 2014.

CASTRO, M. **Em cinco anos mais de R\$ 2,1 bilhões foram gastos com ações judiciais.**, 15 out. 2015. Disponível em: <<http://saudeamanha.fiocruz.br/judicializacao-na-saude/>>. Acesso em: 20 nov. 2016

CASTRO, A. L. B. DE et al. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2353–2366, nov. 2015.

CECCON, R. F. et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998-2008. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 177–183, 2014.

CHAGAS, V. O.; PROVIN, M. P.; AMARAL, R. G. Demandas Judiciais para acesso às ações e aos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Varia Scientia - Ciências da Saúde**, v. 2, n. 1, p. 67–79, 2016.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. DE C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 3, 06PY - 2010 2010.

CHIEFFI AL; BARATA RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 8, p. 1839–49, 08PY - 2009 2009.

CIPOLLE, R. J. et al. Identificação, Resolução e Prevenção dos Problemas Relacionados com a Terapêutica Farmacológica: a Responsabilidade do Farmaceutico. In: **O exercício do cuidado farmacêutico**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006a. p. 83–135.

CIPOLLE, R. J. et al. Um novo exercício profissional - o cuidado farmacêutico em seu contexto. In: **O exercício do cuidado farmacêutico**. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2006b. p. 1–39.

CIPOLLE, R. J. et al. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006c.

COELHO, T. L. et al. Legal and health variations in drug litigation injunctions granted in Minas Gerais. **Rev Saude Publica**, v. 48, n. 5, p. 808–816, 10PY - 2014 2014.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41–49, set. 2011.

COSTA, K. S. et al. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. In: BRASIL, M. DA S. (Ed.). . **Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1**. Brasília, DF: [s.n.]. p. 53–68.

COSTA, K. S. et al. Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção do SUS. In: BRASIL, M. DA S. (Ed.). . **Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1**. Brasília, DF: [s.n.]. p. 25–36.

COTTA, R. M. M. Políticas de saúde no Brasil e o desenho do Sistema Nacional de Saúde. In: **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa, MG, Brasil: Editora UFV, Universidade Federal de Viçosa, 2013. p. 87–110.

DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E.; SILVA, E. N. DA. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 232–245, 1 dez. 2015.

DEPRÁ, A. S.; RIBEIRO, C. D. M.; MAKSUD, I. Estratégias de instituições da sociedade civil no acesso a medicamentos para câncer de mama no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1517–1527, jul. 2015.

D'ESPÍNDULA, T. C. DE A. S. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 21, n. 3, p. 438–447, 12PY - 2013 2013.

DIAS, E. R.; SILVA JUNIOR, G. B. DA. Evidence-Based Medicine in judicial decisions concerning right to healthcare. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n. 1, p. 1–5, mar. 2016.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. DE C.; PENALVA, J. A. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 591–598, 02PY - 2014 2014.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacarídeos. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 3, p. 479–489, 03PY - 2012 2012.

DOLDAN, R. V.; COSTA, J. S. D. DA; NUNES, M. F. Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 491–498, dez. 2011.

DRESCH, R. L. Federalismo solidário: A responsabilidade dos entes federativos na área da saúde. In: SANTOS, L.; TERRAZAS, F. (Eds.). . **Judicialização da saúde no Brasil**. 1a edição ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

EMMERICK, I. C. M. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores**. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2006.

ENCINA, G. DOS S. L. **Avaliação da qualidade no transporte de medicamentos no Brasil**. Monografia de Conclusão Especialista em Tecnologias Industriais Farmacêuticas—Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Tecnologia em Fármacos - Farmanguinhos/FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2–3, mar. 2007.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). . **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012. p. 279–321.

ESHER, Â.; SANTOS, E. M.; LUIZA, V. L. Monitoramento e Avaliação. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). . **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2014. p. 163–174.

ESPÍRITO SANTO, S. DE C. E T. **Transferências Municipais\_ES**. Disponível em: <<https://transparencia.es.gov.br/Transferencias>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

EV, L. DA S.; GONÇALVES, C. B. C. Utilização de Medicamentos. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). . **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. [s.l: s.n.]. p. 119–134.

FALEIROS, D. R.; SILVA, G. D. DA. Gestão Racional da Assistência Farmacêutica: Farmácia de Minas. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). . **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. [s.l: s.n.]. p. 391–398.

FALQUETO, E.; KLIGERMAN, D. C.; ASSUMPÇÃO, R. F. Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3283–3293, out. 2010.

FAVERET, A. C. DE S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 371–378, 2003.

FEITOSA, A. DE V.; AQUINO, M. D. DE. Descarte de medicamentos e problemas ambientais: o panorama de uma comunidade no município de Fortaleza/CE. **Revista do Centro de Ciências Naturais e Exatas - UFSM**, v. 38, n. 3, p. 1590–1600, 2016.

FERRAES, A. M. B.; LUIZ, C. J. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **Rev. adm. pública**, v. 41, n. 3, p. 475–486, 06PY - 2007 2007.

FERREIRA, T. DE J. N.; SERRA, C. G. Perfil dos farmacêuticos atuantes nas unidades de atenção básica tradicionais e secundárias de saúde na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 92, n. 3, p. 149–154, 2011.

FERRO, A. DE M. et al. Uma abordagem econômica de processos judiciais de medicamentos impetrados contra um município do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 8, n. 1, p. 39–46, abr. 2016.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015.

FIGUEIREDO, T. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. s159–s166, 2013.

FIGUEIREDO, T. A.; SCHRAMM, J. M. DE A.; PEPE, V. L. E. Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 11, p. 2344–2356, nov. 2014.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: Uma Política Social. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

FOLHA DE SÃO PAULO. Entenda a judicialização da saúde e o debate do STF sobre acesso a remédios. 28 set. 2016.

FOLY, S. L. F.; MATTA, L. G.; SHIMODA, E. Judicialização do acesso a medicamentos no Município de Itaperuna-RJ: perfil das demandas. **Saúde e Transformação Social - UFSC**, v. 7, n. 2, p. 51–68, 2016.

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 213–219, fev. 2002.

GOMES, D. F. et al. Judicialization of health and public hearing convened by the Supreme Court in 2009: what has changed since then? **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, 2014.

GOMES, V. S.; AMADOR, T. A. Studies published in indexed journals on lawsuits for medicines in Brazil: a systematic review. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 3, p. 451–462, 03PY - 2015 2015.

GONÇALVES, R. F. et al. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2612–2620, dez. 2009.

GUERIN, G. D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3003–3010, nov. 2012.

GUERRA JR, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 15, n. 3, p. 168–175, mar. 2004.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 809–819, abr. 2008.

HOEPFENER, L. relato de experiência nos núcleos de apoio à saúde da família de Florianópolis - SC. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Ed.). . **Experiencias exitosas de Faramcêuticos no SUS**. 1. ed. Brasília, DF: [s.n.]. v. 1p. 26–27.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (ED.). **Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

JARAMILLO, N. M.; CORDEIRO, B. C. Assistência Farmacêutica. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). . **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2014. p. 27–50.

JÚNIOR, A. A. G.; CAMUZI, R. C. Logística Farmacêutica. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). . **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. [s.l: s.n.]. p. 89–118.

JÚNIOR, E. B. DA S.; NUNES, L. M. N. Avaliação da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no município de Petrolina (PE). **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 2, n. 37, p. 65–69, 2012.

KAUFFMANN, C. et al. Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul: profile of service users and access to medication. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 4, p. 777–785, dez. 2009.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 85–99, 03PY - 2008 2008.

LACERDA, J. B. et al. Perfil das demandas judiciais por medicamentos em municípios do estado da Bahia. **Rev. baiana saúde pública**, v. 37, n. 3, 2013.

LASTE, G. et al. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1305–1312, maio 2012.

LENZI, L.; GARCIA, C. G.; PONTAROLO, R. O Farmaceutico na Atenção Primária do SUS. **Visão Acadêmica**, v. 12, n. 2, 2011.

LIMA, D. M.; SANTOS, L. D.; LIMA, E. M. Perfil de estabilidade e liodisponibilidade dos comprimidos de maleato de enalapril de diferentes especialidades farmacêuticas. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. Suplemento VI, n. 2, p. 32–35, 2007.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A Saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. (Ed.). . **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, RJ : [Brasília, Brazil]: Editora Fiocruz ; Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2005. p. 27–58.

LIMA, R. D. N. et al. Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 24, 11 dez. 2012.

LIMA-DELLAMORA, E. DA C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2387–2396, 09PY - 2012 2012.

LIMA-DELLAMORA, E. DA C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Seleção ou padronização? Erros e acertos que podem (des)orientar o processo de escolha de medicamentos essenciais. **Rev. Bras. Farm.**, v. 95, n. 1, p. 415–435, 2014.

LIMA-DELLAMORA, E. DA C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. The medicine selection process in four large university hospitals in Brazil: Does the DTC have a role? **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 51, n. 1, p. 173–182, mar. 2015.

LISBOA, L. et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 711–720, out. 2015.

LOBATO, A. P. G. **O papel do farmacêutico e a assistência farmacêutica em unidades de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro, RJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014.

LUIZA, V. L. et al. **Acesso a medicamentos: iniciativas da agenda atual - debate**: Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ. Rio de Janeiro, RJ, 23 maio 2007. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=3346>>. Acesso em: 3 out. 2016

LUZ, T. C. B.; MOSEGUI, G. B. G. Epidemiologia e Assistência Farmacêutica. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. [s.l.: s.n.]. p. 307–323.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. DE F.; LIMA, L. D. DE (EDS.). O processo de Descentralização e Regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2012. p. 229–251.

MACHADO, M. A. DE Á. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 3, p. 590–598, 06PY - 2011 2011.

MACHADO, T. R. DE C. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 22, n. 3, p. 561–568, dez. 2014.

MAGARINOS-TORRES, R. et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3859–3868, 09PY - 2014 2014a.

MAGARINOS-TORRES, R. et al. Adesão às listas de medicamentos essenciais por médicos brasileiros em atuação no sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 323–330, set. 2014b.

MAGARINOS-TORRES, R.; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 188–196, jun. 2013.

MAIO, C. A. D.; SILVA, J. L. G. Armazenagem e distribuição de medicamentos na cadeia fria. **Latin American Journal of Business Management**, v. 5, n. 2, p. 115–133, 2014.

- MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327–338, fev. 2016.
- MANSUR, A. DE P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**, v. 99(2), p. 755–761, 2012.
- MARÇAL, K. K. DE S. **A Judicialização da Assistência Farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 e 2010**. Dissertação de Mestrado—Recife, Pernambuco: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 00PY - 2012 2012.
- MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Patient safety in primary health care: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1815–1835, set. 2014.
- MARSHALL, T. H. Cidadania e Classe Social. In: **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar Editores, 1967. p. 57–114.
- MARTINS, T. C. P. M. Legalidade da aquisição de medicamentos e insumos para tratamentos médicos mediante contratação emergencial. **Revista do TCE Minas Gerais**, v. 31, n. 3, p. 137–151, 2013.
- MEDEIROS, M. S. G.; MOREIRA, L. M. F.; LOPES, C. C. G. O. Descarte de medicamentos: programas de recolhimento e novos desafios. **Rev. ciênc. farm. básica apl**, v. 35, n. 4, dez. 2015.
- MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014.
- MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 109–123, 10PY - 2014 2014.
- MENDONÇA, J. M. DE. **Diagnóstico acerca do descarte de medicamentos no município de Nova Palmeiras - PB**. Monografia de Graduação em Química—Campina Grande, Paraíba: Universidade Estadual da Paraíba, 2016.
- MIRANDA, E. S. Assistência Farmacêutica em Desastres. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2014. p. 381–390.
- MOURA, A. C. Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. **Tempus Actas de Saúde Coletiva.**, v. 4, n. 3, p. 39–42, 2010.
- MUNCK, A. K. R. et al. Demandas judiciais de medicamentos em um município polo de Minas Gerais. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 14, n. 50, p. 5–12, 2016.
- NAKAMURA, C. A. et al. relato de experiência nos núcleos de apoio à saúde da família de Florianópolis - SC. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Ed.). **Experiências exitosas de Farmacêuticos no SUS**. 1. ed. Brasília, DF: [s.n.]. v. 1p. 17–20.
- NELLY, M. ET AL et al. (EDS.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003a.
- NELLY, M. ET AL et al. (EDS.). Programação de Medicamentos. In: **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003b. p. 155–174.

NELLY, M. ET AL et al. (EDS.). Dispensação Ambulatorial e Atenção Farmacêutica. In: **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003c. p. 239–285.

NELLY, M. ET AL et al. (EDS.). Armazenamento. In: **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003d. p. 197–237.

NICOLETTI, R. H. A. et al. (EDS.). **Sistema Único de Saúde**. 1a ed ed. Brasília: CONASS, 2007.

NICOLETTI, R. H. A.; CONASS (EDS.). **Assistência farmacêutica no SUS**. 1a ed ed. Brasília: CONASS, 2007.

OLIVEIRA, J. C.; LEITE, S. N. Operacionalizando a Assistência Farmacêutica no nível municipal. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). . **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. [s.l: s.n.]. p. 399–406.

OLIVEIRA, N. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica do Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista de Adm. em Saúde**, v. 16, n. 64, p. 1–8, 2014.

OLIVEIRA, L. C. F. DE; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. supl.3, p. 3561–3567, 11PY - 2010 2010.

OMS. **Who model lists of essential medicines**, abril 2015. Disponível em: <[www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/)>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**. Tóquio: [s.n.]. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VdQTV9z4zyAJ:www.cofybcf.org.ar/download/OMSaf.doc+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 23 set. 2016.

OSORIO-DE-CASTRO et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica Municipal em situações excepcionais: demandas judiciais e desastres - Projeto Mude AF - Relatório Final**. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz., fev 2014a.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. [s.l: s.n.].

PALÁCIOS, M.; REGO, S.; LINO, M. H. Promoção e propaganda de medicamentos em ambientes de ensino: elementos para o debate. **Interface comun. saúde educ**, v. 12, n. 27, p. 893–905, dez. 2008.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Rev Salud Publica (Bogota)**, v. 14, n. 2, p. 340–349, 04PY - 2012 2012.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405–2414, 08PY - 2010 2010.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. DE. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815–822, set. 2000.

PEPE, V. L. E.; VENTURA, M. (EDS.). **Manual de indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2011.

- PEREIRA, J. G. et al. Assistência Farmacêutica e Demandas Judiciais de Medicamentos: desafios teóricos-metodológicos. In: BAPTISTA, T. W. DE F.; AZEVEDO, C. DA S.; MACHADO, C. V. (Eds.). . **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. p. 349–376.
- PEREIRA, R. M. Planejamento, Programação e Aquisição: prever para prover. **Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**, v. 1, n. 10, p. 1–10, 2016.
- PINHEIRO, R. M. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, p. 15–22, 2010.
- PINTO, C. D. B. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 171–183, 2015.
- PINTO, G. M. F. et al. Estudo do descarte residencial de medicamentos vencidos na região de Paulínia (SP), Brasil. **Eng. sanit. ambient**, v. 19, n. 3, p. 219–224, set. 2014.
- PIOLA, S. F. et al. Financiamento Público da Saúde: uma história a procura do rumo. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA**, Texto para discussão nº1846. p. 1–46, 2013.
- PLASTER, C. P. et al. Reduction of cardiovascular risk in patients with metabolic syndrome in a community health center after a pharmaceutical care program of pharmacotherapy follow-up. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 48, n. 3, p. 435–446, set. 2012.
- PORTO, S. M.; LYRA JÚNIOR, D. P. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* v. 32, n. 3, p. 403–410, 2011.
- PREVEDELLO, P.; BUSATO, M. A. Analysis of the pharmaceutical assistance cycle in Romelândia, Santa Catarina, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 50, n. 1, p. 155–163, mar. 2014.
- PRIMO, L. P. et al. Atuação da comissão de farmácia e terapêutica em um hospital de ensino. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 48, n. 1, p. 27–32, fev. 2015.
- REIS, A. M. M.; PERINI, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. supl, p. 603–610, abr. 2008.
- REIS, T. M. DOS et al. Knowledge and conduct of pharmacists for dispensing of drugs in community pharmacies: a cross-sectional study. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 51, n. 3, p. 733–744, set. 2015.
- REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA; MACHADO, M. A. DE Á. A., Francisco de Assis Brandão, Cristina Mariano Ruas Faleiros, Daniel Resende Guerra Júnior, Augusto Afonso Cherchiglia, Mariângela Leal Andrade, Eli Iola Gurgel. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. [s.d.].
- RIO DE JANEIRO, T. DE C. **Estudo Socioeconômico dos Municípios do RJ\_Silva Jardim 2013**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabRJ.def>>. Acesso em: 11 jan. 2016.
- ROSA, W. DE A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, dez. 2005.

- SANTANA, R. S. et al. A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional. **Rev. adm. pública**, v. 48, n. 6, p. 1587–1603, 00PY - 2014 2014a.
- SANTANA, R. S. et al. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 3, p. 228–234, mar. 2014b.
- SANTANA, R. S.; CATANHEIDE, I. D. Relação Nacional de Medicamentos: uma construção permanente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 647–647, mar. 2015.
- SANTOS, L. Judicialização da saúde e a incompreensão do SUS. In: SANTOS, L.; TERRAZAS, F.; SANTOS, L. (Eds.). . **Judicialização da saúde no Brasil**. 1a edição ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014a. p. 125–160.
- SANTOS, M. G. Uso da contratação emergencial para o cumprimento de decisão judicial. **Revista do Direito Administrativo. FundaçãoVetúlio Vargas**, v. 167, n. set/dez, p. 165–162, 2014b.
- SANTOS, M. S. et al. Impacto da sustentabilidade econômico-financeira no desenvolvimento dos municípios da região da AMOSC. **Revista Economia e Desenvolvimento**, v. 26, n. 2, p. 56–73, 2014.
- SANTOS, V. DOS; MATOS, G. C. Ética e Assitência Farmaceutica. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). . **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro, RJ: [s.n.]. p. 177–186.
- SANTOS, W. G. DOS. Do laissez-faire repressivo à cidadania em recesso. In: **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Contribuições em ciências sociais. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979. p. 71–80.
- SANTOS-PINTO, C. D. B. **Demandas judiciais por medicamentos e estratégias de gestão da assistência farmacêutica em municípios do Estado de Mato Grosso do Sul**. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2013.
- SANTOS-PINTO, C. D. B. et al. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1056–1058, jun. 2013.
- SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. DO R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2963–2973, 06PY - 2011 2011.
- SAVASTRANO, C. et al. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Assistência Farmacêutica**Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, , jun. 2016. Disponível em: <[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/assist\\_farmaceutica/Pop\\_Assist\\_Farmaceutica\\_2016.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/assist_farmaceutica/Pop_Assist_Farmaceutica_2016.pdf)>
- SERVO, L. M. S. et al. Financiamento e Gasto Público de saúde: historico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F.; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (BRÉSIL) (Eds.). . **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.
- SILVA, H. P.; VIANA, A. L. D'ÁVILA. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização. In: IBAÑEZ, N. et al. (Eds.). . **Política e gestão pública em saúde**. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec Editora, 2011. p. 179–203.

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

SILVA, M. J. S. DA et al. Avaliação dos serviços de farmácia dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3605–3620, dez. 2013.

SILVA, R. M. DA. **Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica** Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, , 2011a.

SILVA, R. M. DA; CAETANO, R. Gastos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil, com medicamentos: uma análise do período 2002-2011. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 6, p. 1207–1218, 06PY - 2014 2014.

SILVA, R. M. DA; SARMENTO, F. W. Gerenciamento da Assistência Farmacêutica. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). . **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro, RJ: [s.n.]. p. 145–162.

SILVA, S. H. DA. A implementação da assistência farmacêutica básica no nível municipal do Estado do Rio de Janeiro na perspectiva de atores relevantes. p. xi,124-xi,124, 2011b.

SILVA, K. S. DE B. E et al. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 373–382, fev. 2010.

SOUSA, M. F. DE. **Perfil e ações dos agentes comunitários de saúde para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Município de Palmas-TO**. Dissertação de Mestrado—Brasília, DF: Universidade de Brasília, DF, 2014.

SOUZA, C. P. F. A. DE. **Análise do fluxo de amostras grátis de medicamentos nas unidades de saúde da AP 5.3 no Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2014.

SOUZA, I. S. DE; MURARO, C. C. As medidas judiciais utilizadas para recebimento de medicamentos e tratamentos de alto custo. **Âmbito Jurídico**, v. 95, n. XIV, 2011.

SOUZA, J. M. DE et al. Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. **Rev. ciênc. farm. básica apl**, v. 33, n. 1, 04PY - 2012 2012.

STAMFORD, A.; CAVALCANTI, M. Decisões judiciais sobre acesso aos medicamentos em Pernambuco. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 5, p. 791–799, 10PY - 2012 2012.

STEVANIM, M. A. DE P. **"judicialização da saúde: acesso à assistência farmacêutica no município de Campos dos Goytacazes**. Dissertação de Mestrado—Campos dos Goytacazes, RJ: Universidade Estadual do Norte Fluminense, 2015.

TANAKA, O. Y. A judicialização da prescrição medicamentosa no SUS ou o desafio de garantir o direito constitucional de acesso à assistência farmacêutica. **Rev. direito sanit**, v. 9, n. 1, p. 139–143, 06PY - 2008 2008.

TEIXEIRA, G. A. et al. Risk factors for neonatal mortality in the life of first week. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 4036, 7 jan. 2016.

TEIXEIRA, M. F. Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro. p. 71–71, 00PY - 2011 2011.

TEIXEIRA, R. M. V. **Indicadores de saúde materno-infantil: uma análise a partir do sistema de informação da atenção básica**. Dissertação de Mestrado—Fortaleza - CE: Universidade Federal do Ceará, 2012.

TIERLING, V. L. Implantação do HÓRUS nos municípios: contribuições para o monitoramento. p. 120–120, 00PY - 2013 2013.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TOLSTOJ, L.; ZINOVIEFF, K.; HUGHES, J. **Anna Karenina**. Richmond: Oneworld Classics, 2008.

UCKER, J. M. et al. Perfil dos medicamentos fornecidos via processo judicial na assistência farmacêutica do município de Santa Rosa/RS. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 127, 20 maio 2016.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417–437, 2003.

VENÂNCIO, S. I. et al. Avaliação do processo de dispensação de medicamentos aos portadores de hepatite C crônica em farmácias de componentes especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 701–710, dez. 2014.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis (Rio J.)**, v. 20, n. 1, p. 77–100, 00PY - 2010 2010.

VIDOR, A. C. **Sistema de Informação em Saúde: situação atual em municípios de pequeno porte**. Dissertação de Mestrado—Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, fev. 2011.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 2, ago. 2008.

VIEIRA, F. S. Assistência Farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 149, 2010.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 187–199, jun. 2016.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 2, p. 214–222, 04PY - 2007 2007.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 5, p. 906–913, out. 2011.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 73–84, mar. 2013.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Gestão da Assistência Farmacêutica: Análise da situação de alguns municípios. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 11–29, 2015.

WANMACHER, L. Seleção de Medicamentos. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Eds.). . **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. [s.l: s.n.]. p. 79–87.

WENZEL, D. E S.; BUONGERMINO, S. Prevalência do aleitamento materno no brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]**, v. 21, n. 2, p. 251–258, 2011.

YAMAUTI, S. M.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 8, p. 1648–1662, 08PY - 2015 2015.

YIN, R. K. Introdução: quando usar os estudos de casos como método de pesquisa. In: **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. ed. Porto Alegre (RS): Bookman, 2010a. p. 23–45.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre (RS): Bookman, 2010b.

YOKAICHIYA, C. M. et al. **Manual de estruturação de almoxarifados de medicamentos e produtos para a saúde, e de boas práticas de armazenamento e de distribuição** Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, , 2003. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=8310>>

ZAIRES, C. E. F. A relação entre a indústria farmacêutica e a assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a compra estadual e municipal de medicamentos no Rio de Janeiro. p. 197–197, 2008.

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO MUDE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Tempo no cargo atual:

Tempo de experiência em cargo de gestão:

### Gestão – 44 perguntas

AFG 1 Existem normativas legais para a AF específicas do município?

a.sim (SOLICITAR VISTA)      b.não      c.NSI

AFG 2 O município adota normas técnicas para as atividades de AF?

a. sim      b. não      c.NSI

AFG 3..Quais?

AFG 4 O município possui plano de AF?

a. sim (SOLICITAR VISTA)      b.não      c.NSI

AFG 5 A AF consta no organograma da SMS?

a. sim (SOLICITAR VISTA)      b.não      c.NSI

AFG 6 É feito monitoramento das atividades de AF?

a. sim de quais atividades?

b. não c. NSI

AFG 7 Que ferramentas de gestão são usados para tal?

AFG 8 O município recebe repasse em recursos ou em medicamentos do governo federal? (PODE SER ASSINALADA MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

a. recursos      b.medicamentos      ir para AFG 10      c. NSI

AFG 9 Qual o valor pactuado?

AFG 10 O plano estadual de AFB atende às necessidades do município?

a. sim      b.não      c. NSI

AFG 11 Qual o valor pactuado pelo município na CIB para financiamento da AFB?

AFG 12 Qual o valor pactuado pelo estado na CIB para financiamento da AFB?

AFG 13 O município atende a programas estratégicos da AF?

a. sim                                      b. não    ir para AFG 15                                      c.NSI    ir para AFG 15

AFG 14 Quais?

AFG 15 Existe prescrição e dispensação de medicamentos especializados no município?

a.sim                                      b.não    ir para AFG 17                                      c.NSI    ir para AFG 17

AFG 16 Que normativas o município segue na gestão de medicamentos especializados? (NÃO OFERECER ALTERNATIVAS, AGUARDAR A RESPOSTA E MARCAR)

a.PCDT                                      b.nenhuma                                      c.outra Especificar:                                      d. NSI

AFG 17 Que valor foi gasto pelo município com compras emergenciais no último ano?

AFG 18 O município teve demandas judiciais por medicamentos nos últimos 5 anos?

a.sim Quando começaram?(ano)                                      b.não    ir para AFG 23                                      c.NSI    ir para AFG 23

AFG 19 Quantas demandas judiciais ocorreram neste período?

AFG 20 Qual foi o montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais no último ano?

AFG 21 De onde vem os recursos para as demandas judiciais? (ex: reserva orçamentária?)

ESPERAR RESPOSTA!)

AFG 22 Como o município encaminha e processa as demandas judiciais? (NÃO OFERECER OPÇÕES; AGUARDAR E MARCAR QUANTAS OPÇÕES FOREM NECESSÁRIAS)

- a.nenhuma estratégia
- b.análise técnica das prescrições dos demandantes
- c.encaminhamento por via administrativa

d.contato preliminar com a defensoria pública e. contato regular com o judiciário

f.incorporação dos medicamentos demandados na lista municipal g. NSI

h.outros. Especificar:

AFG 23 O município teve processos administrativos por medicamentos nos últimos 5 anos?

a.sim Quando começaram?(ano) b.não ir para AFG 27 c.NSI ir para AFG 27

AFG 24 Quantos processos ocorreram neste período?

AFG 25 Qual foi o montante financeiro necessário para atender os processos administrativos no último ano?

AFG 26 De onde vem os recursos para os processos administrativos? (ex: reserva orçamentária? ESPERAR RESPOSTA!)

AFG 27 Nos últimos 5 anos (a partir de 2008), seu município passou por algum evento natural de grande importância ou impacto?

a.sim De que tipo? b. não c.NSI

AFG 28 Quais são as principais ameaças que você identifica no município?

AFG 29 Você tem acesso ao coordenador de defesa civil?

a. Sim b. Não ir para AFG 31 c. NSI ir para AFG 31

AFG 30 Esse contato ocorre com que periodicidade?

a.Semanal b.Quinzenal c.Mensal  
d.Trimestral e.Semestral f.Outro. Qual?

AFG 31 O município conta com um comitê de operações emergenciais (COE)? (REFERE-SE A'CO' DA ÁREA DE DESASTRES e NÃO OUTRO COMITÊ DA ÁREA DA SAÚDE)

a.Sim (SOLICITAR VISTA DO REGIMENTO, PLANO DE AÇÃO)

b. Não ir para AFG 34 c. NSI ir para AFG 34

AFG 32 Existe profissional representante da área de assistência farmacêutica no comitê?



- a.0 – 30%                      b.30 – 50%                      c.50 – 80%  
 d.80 – 100%                      e.NSI

AFG 38 Existe hospital seguro no município?

- a.Sim                      b.Não                      c.NSI

AFG 39 O município dispõe de recursos financeiros mobilizáveis para aquisição de excedente de medicamentos em situações de desastres?

- a.Sim                      b.Não                      c.NSI

AFG 40 Existe um marco legal no município voltado para desastres?

- a.Sim (SOLICITAR VISTA)      b.Não ir para AFG 44                      c.NSI ir para AFG 44

AFG 41 Qual o ano de publicação?

AFG 42 Este marco contempla aspectos relacionados a (LER OPÇÕES E MARCAR QUANTAS FOREM RESPONDIDAS):

- a.Assistência Farmacêutica  
 b.Solicitação de ajuda humanitária de medicamentos  
 c.Aumento da produção de medicamentos em caso desastre d. Descarte de medicamentos não utilizados  
 e.NSI

AFG 43 O município conta com orçamento definido para Assistência Farmacêutica em desastres?

- a.Sim SOLICITAR PLANO DE ALOCAÇÃO DE VERBAS EM OU OUTRA DOCUMENTAÇÃO CORRELATA  
 b.Não                      c.NSI

### **Recursos Humanos – 19 perguntas**

AFR 1 Que profissionais atuam na assistência farmacêutica no município? (NÃO OFERECER ALTERNATIVAS, AGUARDAR A RESPOSTA E MARCAR)

- a.médicos                      b.farmacêuticos                      c.enfermeiros  
 d.outros – Especificar:                      e.NSI

AFR 2 Quantos farmacêuticos atuam no nível central da SMS?

AFR 3 Quantos possuem curso de capacitação nos últimos 5 anos?

AFR 4 Quantos farmacêuticos atuam no almoxarifado central ou CAF da SMS?

AFR 5 Quantos farmacêuticos atuam em dispensação de medicamentos nas unidades de saúde da SMS?

AFR 6 Quantos, de todos os farmacêuticos na CAF e em dispensação, possuem curso de capacitação nos últimos 5 anos? Número

AFR 7 Quantas unidades de saúde possuem farmacêutico na dispensação? Número

AFR 8 Os médicos que atuam no SUS possuem prática na prescrição de (LER AS OPÇÕES E MARCAR QUANTAS FOREM NECESSÁRIAS):

a. medicamentos dos PCDT

b. medicamentos estratégicos

c. medicamentos da AB

d. outros – Especificar:

e. NSI

AFR 9 Quem é responsável pela gestão das demandas judiciais no município? (NÃO OFERECER ALTERNATIVAS)

a. Coordenação de AF

b. outra Quem?

c. Não há demandas judiciais

d. NSI

AFR 10 Quem é responsável pela gestão dos processos administrativos no município? (NÃO OFERECER ALTERNATIVAS)

a. Coordenação de AF

b. outra Quem?

c. Não há processos administrativos

d. NSI

AFR 11 Há equipes de profissionais de saúde capacitados para atendimento em caso de emergência sanitária?

a. Sim

b. Não ir para AFR 14

c. NSI ir para AFR 14

AFR 12 Qual o número de equipes?

AFR 13 Que profissionais compõem essa equipe?

- |            |               |                |
|------------|---------------|----------------|
| a.Médico   | b.Enfermeiro  | c.Farmacêutico |
| d.Técnicos | e.Outro. Qual | f.NSI          |

AFR 14 Há profissionais de saúde capacitados para atendimento em caso de emergência sanitária que fazem parte do quadro de funcionários do município?

- |       |       |       |
|-------|-------|-------|
| a.Sim | b.Não | c.NSI |
|-------|-------|-------|

AFR 15 Qual o percentual em relação a todos os profissionais de saúde do município?

AFR 16 Existem profissionais de saúde capacitados que atuem como voluntários no atendimento à população nas emergências sanitárias?

- |       |       |                  |       |                  |
|-------|-------|------------------|-------|------------------|
| a.Sim | b.Não | finalizar módulo | c.NSI | finalizar módulo |
|-------|-------|------------------|-------|------------------|

AFR 17 Dentre os profissionais de saúde capacitados qual o percentual de voluntários?

AFR 18 Estes profissionais passam por simulações periódicas?

- |       |       |                  |       |                  |
|-------|-------|------------------|-------|------------------|
| a.Sim | b.Não | finalizar módulo | c.NSI | finalizar módulo |
|-------|-------|------------------|-------|------------------|

AFR 19 Com que frequência estes profissionais fazem exercícios de simulação?

### **Seleção – 9 perguntas**

AFS 1 Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) no município?

- |       |       |               |       |               |
|-------|-------|---------------|-------|---------------|
| a.sim | b.não | ir para AFS 4 | c.NSI | ir para AFS 4 |
|-------|-------|---------------|-------|---------------|

AFS 2 Qual a periodicidade de reunião? (AGUARDAR RESPOSTA: MENSAL, SEMESTRAL, ANUAL, OU ESPECIFICAR)

AFS 3 Quem compõe a CFT? (NÃO OFERECER ALTERNATIVAS, AGUARDAR A RESPOSTA E MARCAR)

- |                         |                       |               |
|-------------------------|-----------------------|---------------|
| a.médicos               | b.farmacêuticos ..... | c.enfermeiros |
| d.outros – Especificar: | e. NSI                |               |

AFS 4 O município adota ou elabora lista de medicamentos essenciais?

- a.sim (SOLICITAR VISTA)                      b.não    ir para AFS 6                      c.NSI    ir para AFS 6

AFS 5 Qual (is)? (NÃO OFERECER ALTERNATIVAS, AGUARDAR A RESPOSTA E MARCAR; A RESPOSTA PODE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- a.Rename                                      b.Rememe                                      c.Remume  
d.nenhuma                                      e.outra: especificar:                      f.NSI

AFS 6 Existe documento que estabeleça o kit de medicamentos voltado para atender às necessidades no caso dos eventos que levem a emergências sanitárias mais frequentes no município?

- a.Sim (SOLICITAR VISTA)                      b.Não    ir para AFS 9                      c.NSI    ir para AFS 9

AFS 7 Fonte do documento (APENAS PREENCHER À VISTA DO DOCUMENTO)

- a.Desenvolvido pelo Município                      b.Desenvolvido pelo Estado  
c.Ministério da Saúde                      d.Outro    Qual?                      e.Documento não visualizado

AFS 8 Que profissionais ou instituições dispõem deste documento?

- a.Profissionais de saúde do SUS                      b.Profissionais de saúde da rede privada  
c.ONG    d.Defesa civil  
e.Voluntários                                      f.    Outro. Qual?                      e.    NSI

AFS 9 O município dispõe de cópia ou acesso online ao Formulário Terapêutico Nacional (FTN)?

- a.Sim (SOLICITAR VISTA).....b.Não                      c.NSI

### **Programação – 3 perguntas**

AFP 1 Que critérios são considerados para programação no município? (NÃO OFERECER ALTERNATIVAS, AGUARDAR A RESPOSTA E MARCAR)

- a.dados epidemiológicos                      b.pacientes cadastrados                      c.consumo histórico  
d.custo do tratamento                      e.orçamento                      f.se o medicamento é judicializado  
g.lista de medicamentos essenciais                      h.estoque                      i.    NSI

AFP 2 Existe uma planilha de medicamentos necessários em caso de desastres, com especificações e quantidades (estimativa)?

- a.Sim (SOLICITAR VISTA CÓPIA)
- b.Não finalizar módulo
- c.NSI finalizar módulo

AFP 3 Que informações/atividades são necessárias para a realização desta estimativa?

- a.Lista de medicamentos essenciais
- b.Lista de medicamentos pré-definida para ameaças mais freqüentes (Kit)
- c.Protocolos de atenção
- d.Necessidades identificadas na análise situacional inicial e. Dados de vigilância epidemiológica
- f.Outro. Qual?
- g.NSI

#### **Aquisição – 10 perguntas**

AFA 1 Qual é a modalidade de aquisição adotada no município? (LER OS ITENS, AGUARDAR A RESPOSTA E COMPLETAR)

- a.Em compras para suprir as unidades de saúde:
- b.Em demandas judiciais:
- c.Em desastre:

AFA 2 Há emissão de parecer técnico nas compras?

- a.sim Em quais das situações acima ?
- b.não
- c.NSI

AFA 3 O que é incluído na lista de compras? (AGUARDAR RESPOSTA E MARCAR QUANTAS OPÇÕES FOREM NECESSÁRIAS)

- a.medicamentos da lista municipal
- b.medicamentos fora da lista
- c.medicamentos judicializados
- d.NSI

AFA 4 Que critérios adicionais são usados durante o processo de compra? (AGUARDAR RESPOSTA E MARCAR QUANTAS OPÇÕES FOREM NECESSÁRIAS)

- a.elaboração de edital
- b.contrato de fornecimento
- c.cadastro de fornecedores
- d.nenhum
- e.outros Quais?
- F.NSI











## ANEXO B – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO MUDE DEMANDAS JUDICIAIS

### PROJETO GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL EM SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. MUDE AF INSTRUMENTO DEMANDAS JUDICIAIS: entrevista 23 perguntas

Tempo no cargo atual:

Tempo de experiência em cargo de gestão:

#### Gestão – 9 perguntas

DJG 1 O município teve demandas judiciais por medicamentos nos últimos 5 anos?

a.sim Quando começaram?(ano)

b.não ir para DJG 6

c.NSI ir para DJG 6

DJG 2 Quantas demandas judiciais ocorreram neste período?

DJG 3 Qual foi o montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais no último ano

DJG 4 De onde vem os recursos para as demandas judiciais? (ex: reserva orçamentária?)

DJG 5 Como o município encaminha e processa as demandas judiciais? (NÃO OFERECER OPÇÕES;  
AGUARDAR E MARCAR QUANTAS OPÇÕES FOREM NECESSÁRIAS)

a.nenhuma estratégia

b.análise técnica das prescrições dos demandantes

c.encaminhamento por via administrativa

d.contato preliminar com a defensoria pública

e.contato regular com o judiciário

f.incorporação dos medicamentos demandados na lista municipal

g.NSI

h.outros. Especificar:

DJG 6 O município teve processos administrativos por medicamentos nos últimos 5 anos?

a.sim Quando começaram?(ano)

b.não ir para DJG 6

c.NSI ir para DJG 6



- a.não se aplica
- b. igual a dos demais
- c.NSI
- d.de forma diferente Como?

DJA 8 Como é realizada a compra dos medicamentos de processos administrativos? (NÃO OFERECER OPÇÕES; AGUARDAR E MARCAR QUANTAS OPÇÕES FOREM NECESSÁRIAS)

- a.não se aplica
- b.igual a dos demais
- c.NSI
- d.de forma diferente Como?

### **Armazenamento – 2 perguntas**

DJZ 1 Como é realizado o armazenamento dos medicamentos judicializados? (NÃO OFERECER OPÇÕES; AGUARDAR E MARCAR QUANTAS OPÇÕES FOREM NECESSÁRIAS)

- a.não se aplica
- b.na CAF municipal
- c.NSI
- d.de forma diferente Como?

DJZ 2 Como é realizado o armazenamento dos medicamentos de processos administrativos? (NÃO OFERECER OPÇÕES; AGUARDAR E MARCAR QUANTAS OPÇÕES FOREM NECESSÁRIAS)

- a.não se aplica
- b.na CAF municipal
- c.NSI
- d.de forma diferente Como?

### **Utilização – 2 perguntas**

DJU 1 Como é realizada a dispensação dos medicamentos judicializados? (NÃO OFERECER OPÇÕES; AGUARDAR E MARCAR QUANTAS OPÇÕES FOREM NECESSÁRIAS)

- a.não se aplica
- b.nas unidades de saúde do município, por farmacêutico
- c.NSI
- d.de forma diferente Como?

DJU 2 Como é realizada a dispensação dos medicamentos de processos administrativos? (NÃO OFERECER OPÇÕES; AGUARDAR E MARCAR QUANTAS OPÇÕES FOREM NECESSÁRIAS)

- a.não se aplica
- b.nas unidades de saúde do município, por farmacêutico
- c.NSI
- d.de forma diferente Como?

### **Descarte – 1 pergunta**

DJD 3 Como é realizado o descarte de medicamentos judicializados que não foram dispensados?

## ANEXO C – MODELO LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DA AF MUNICIPAL PROPOSTO POR SANTOS PINTO & OSORIO DE CASTRO, 2013.

