



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
EM SAÚDE DA FIOCRUZ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM
SAÚDE

**AÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE E O ACESSO A MEDICAMENTOS NA ERA DO
eGOV: a informação como elemento estruturante**

TATIANA SANJUAN GANEM WAETGE

Rio de Janeiro
2020

TATIANA SANJUAN GANEM WAETGE

**AÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE E O ACESSO A MEDICAMENTOS NA ERA DO
eGOV: a informação como elemento estruturante**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Carlos José Saldanha Machado.

Rio de Janeiro
2020

TATIANA SANJUAN GANEM WAETGE

**AÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE E O ACESSO A MEDICAMENTOS NA ERA DO
eGOV: a informação como elemento estruturante**

Aprovado em _____ de _____ de _____.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Carlos José Saldanha Machado

Prof. Dr. Carlos Augusto Gabrois Gadelha

Prof. Dr. Patrícia Tieme Lopes Fujita

Prof. Dr. José Carvalho de Noronha

Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Sousa Júnior

AGRADECIMENTOS

Gratidão. Esse é o meu sentimento que compartilho com todas as pessoas queridas em que convivo.

Agradeço à Deus, pela possibilidade e oportunidade da vida.

Agradeço à minha família, pais e irmãos, por me fazerem quem sou. Aos meus filhos, Clarice e Joaquim, razão e força que busco diariamente com exemplos, mostrar a importância dos estudos, do compromisso, da responsabilidade e do amor. Ao meu marido Daniel, pelo incentivo permanente ao meu crescimento e compreensão a toda ausência.

A Estela, minha guardiã diária e babá, por todo silêncio e cafezinhos providenciados nas horas em que mais precisei.

Meus queridos amigos de jornada PPGICS por tornarem essa caminhada mais leve, colaborativa e interplanetária, especialmente aquelas em que estiveram mais presentes: Fê, Dani, Cati, Rê e Flávia.

Meus queridos amigos do trabalho por compreenderem minha ausência e enxergarem a importância desse projeto.

Ao meu orientador prof. dr. Carlos Saldanha pela caminhada conjunta e desafios apresentados.

Aos professores e colaboradores do PPGICS por toda dedicação e cuidado a nós nesse percurso.

À Fiocruz, minha dupla morada, que me dá a oportunidade e o desafio de ser ao mesmo tempo servidora e estudante.

E por fim, a esse Sistema que é Único, grandioso e humanitário, ao qual trabalhamos, estudamos e dedicamos nossos esforços diários – o SUS!

Não há democracia com fome, nem desenvolvimento com pobreza, nem justiça na desigualdade.

Papa Francisco, 2019.

RESUMO

Esta pesquisa sistematiza, caracteriza e avalia a problemática do acesso à informação e à comunicação como um dos instrumentos de implementação do acesso às políticas públicas de assistência farmacêutica (AF), com base na perspectiva teórica da Sociologia da Ação Pública e da Construção Social da Tecnologia. O objetivo foi de avaliar, entre os meses de fevereiro e julho de 2019, a disponibilização das informações nos *websites* das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do Ministério da Saúde (MS), e a potencialidade dessas informações, para fomentar o acesso à política de medicamentos essenciais no Sistema Único de Saúde. Apesar do fato da política da AF ter institucionalizado uma demanda social por meio da democratização de acesso a medicamentos essenciais para o conjunto da população brasileira, a tese a ser demonstrada consiste na afirmação de que se trata de uma política pública que ainda não incorporou a informação como elemento crítico para se alcançar o pleno acesso a medicamentos, sendo apenas mais um dado de realidade dentre os diversos aspectos críticos das políticas públicas no país, tais como: 1) as formas de comunicar as informações técnico-operacionais para o cidadão pelos operadores da política (gestores, técnicos e profissionais de saúde); 2) a complexidade operacional de parte dos governos federal e estaduais para que o cidadão tenha acesso aos medicamentos que precisam, e 3) os limites estaduais diversos na operacionalização dos instrumentos da política de AF. Os estados de cada uma das cinco regiões geográficas do país analisados foram escolhidos a partir de dados de acesso à política de assistência farmacêutica pelo cidadão e do acesso à internet, dos estados, e do governo federal. Através de uma metodologia qualitativa, a política pública do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica foi avaliada à luz dos marcos legais que a regem, de governo eletrônico e da lei de acesso à informação, com foco na facilidade do acesso e na abrangência do conteúdo das informações, quando disponibilizadas, nas páginas eletrônicas das SES e do MS por meio de grades de leitura (formulário) construídas para a verificação de forma, conteúdo e linguagem de comunicação das mesmas. Com base na perspectiva teórica acolhida na pesquisa, conclui-se pela necessidade de uma ampla revisão crítica do modelo e da forma como a política de AF vem sendo implementada à fim de atender a todo e qualquer cidadão, garantindo o direito à saúde constitucionalmente instituído.

Palavras-chave: Ação Pública; Políticas Públicas; Governo eletrônico; Acesso à informação e comunicação; Acesso à saúde; Medicamentos Essenciais; Medicamentos Especializados.

ABSTRACT

This research systematizes, presents and evaluates a problem of access to information and communication, as one of the instruments of implementation of access to public pharmaceutical assistance (PA) policies, based on the theoretical perspective of the sociology of public action and the social construction of health. Technology The objective was to evaluate, between February and July 2019, the availability of information on the *websites* of the State Secretariats of Health (SES) and the Ministry of Health (MS), and the potentiality of this information to foster access to policy. Despite the fact that the policy of PA has been institutionalized a social demand through the democratization of access to essential medicines for the whole of the Brazilian population, and a demonstration will be considered in the statement that it deals with of a public policy that has not yet incorporated information as a critical element to achieve full access to medicines, being just another fact of reality among the various aspects of public policy in the country, such as: 1) as forms of communication as technical information- operational for use by policy users (managers, technicians, and health professionals); 2) the operational complexity on the part of federal and state governments for the citizen to have access to the necessary medicines; and 3) the different statistical limits of operationalization of PA policy instruments. The states of each of the five geographic regions of the country analyzed were chosen from data on access to pharmaceutical care policy by the citizen and internet access, states and federal government. Through a qualitative methodology, a public policy of the Specialized Pharmaceutical Assistance Component was evaluated in the light of the governing legal frameworks, the electronic government and the information access law, focusing on ease of access and comprehensiveness of information content, when available on SES *websites* and in MS through reading notes (form) built to verify their form, content and communication language. Based on the welcoming theoretical perspective of the research, conclude that there is a need for a comprehensive review of the review and how PA policy has been implemented in order to serve any citizen, affecting the constitutionally established right to health.

Keywords: Public Action; Public policy; Electronic government; Access to information and communication; Health access; Essential Medicines; Specialized Medicines.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fases da pesquisa	60
Figura 2 - Etapas da terceira fase da pesquisa	64
Figura 3 - Formulário de verificação - Roteiro A.....	73
Figura 4 - Formulário de verificação - Roteiro B.....	77
Figura 5 - Fatores críticos ao acesso de medicamentos - OMS.....	87
Figura 6 - Modelo de acesso a medicamentos WHO e MSH (2000)	92
Figura 7 - Modelo de acesso a medicamentos Bigdeli <i>et al.</i> (2013)	93
Figura 8 - Ranking do mercado farmacêutico mundial (2013, 2018 e 2023).....	96
Figura 9 - Execução orçamentária da Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde (2012 – 2019).....	100
Figura 10 – Estruturação da Política Nacional de Saúde / Política Nacional de AF.....	106
Figura 11 - Cobertura atual do CEAF (2018).....	114
Figura 12 - Organização dos grupos de medicamentos – CEAF.....	116
Figura 13 - Etapas de execução do CEAF.....	118
Figura 14 - Convergências na sociedade da informação	128
Figura 15 - Órgãos públicos federais, por tipo de serviço disponibilizado no <i>website</i> (2017)	140
Figura 16 - Órgãos públicos estaduais, por tipo de serviço disponibilizado no <i>website</i> (2017)	141
Figura 17 - Proporção de usuários de internet no Brasil	144
Figura 18 - Domicílios com acesso à internet por regiões do país (2017)	145
Figura 19 - Indivíduos que utilizaram o eGOV nos últimos 12 meses –.....	146
Figura 20 - Proporção de usuários de internet por tipo de informações.....	147
Figura 21 - Relações entre governos, empresas e cidadãos.....	151
Figura 22 - Linha do tempo das realizações de eGOV no âmbito federal (2000 - 2018).....	154
Figura 23 - Arquitetura da estratégia de Saúde Digital do Brasil.....	162
Figura 24 - Página inicial – Ministério da Saúde	167
Figura 25 – Página da Assistência Farmacêutica – Min. da Saúde	168
Figura 26 - “Assistência Farmacêutica > Sobre a AF” - Min. da Saúde	169
Figura 27 – Página do Componente Especializado - Min. da Saúde.....	170
Figura 28 – Página inicial - SES/TO	173
Figura 29 – “Início > Atenção à Saúde” - SES/TO	174
Figura 30 – Página da Assistência Farmacêutica - SES/TO.....	175
Figura 31 – Página do Componente Especializado - SES/TO	176
Figura 32 - Página inicial – SES/RR	178
Figura 33 - “Rede de atendimento > Central de AF” - SES/RR	179
Figura 34 - “Home > Medicamentos do SUS” - SES/RR	179
Figura 35 – “Rede de Atendimento > Central de AF” - SES/RR.....	180
Figura 36 - Página inicial – SES/SP	182
Figura 37 – Página “Medicamentos” e “Medicamentos do CEAF” – SES/SP	183
Figura 38 - “Medicamentos do CEAF > O que é?” – SES/SP	184
Figura 39 - “Medicamentos do CEAF > Onde encontrar?” – SES/SP	185
Figura 40 - “Página inicial (> <i>Menu</i>) e (> Informação em Saúde)” - SES/RJ.....	187
Figura 41- “Medicamentos > Lista de Medicamentos” - SES/RJ	188
Figura 42 - “Medicamentos Especializados > Como ter acesso” – SES/RJ.....	189

Figura 43 - “Medicamentos Especializados” (> Locais de cadastro) e (> Perguntas frequentes) – SES/RJ	190
Figura 44 - Página inicial – SES/PB.....	192
Figura 45 – Página da Assistência Farmacêutica – SES/PB	193
Figura 46 - “Assistência farmacêutica > Assistência farmacêutica no SUS” – SES/PB.....	194
Figura 47 - “Assistência farmacêutica > Lista de medicamentos” – SES/PB	195
Figura 48 - Página inicial – SES/BA	197
Figura 49 - Página da Assistência Farmacêutica – SES/BA	198
Figura 50 - Página do Componente Especializado – SES/BA	199
Figura 51- Página inicial – SES/SC.....	201
Figura 52 - Campo de busca no Portal de serviços do Poder Executivo de SC – SES/SC	202
Figura 53 - “Portal de serviços > Solicitar medicamentos do CEAF” – SES/SC	203
Figura 54 - Página do Componente Especializado – SES/SC	204
Figura 55 - Página inicial – SES/RS.....	206
Figura 56 - “Medicamentos” – SES/RS	207
Figura 57 – Página do Componente Especializado – SES/RS	208
Figura 58 - “Medicamentos > Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional” – SES/RS	209
Figura 59 - Página inicial – SES/DF	211
Figura 60 – “Medicamentos” – SES/DF	212
Figura 61 - “Assistência Farmacêutica” – SES/DF	213
Figura 62 - “Componente Especializado da Assistência Farmacêutica” – SES/DF.....	214
Figura 63 - Página inicial – SES/MT	216
Figura 64 - “Superintendência de Assistência Farmacêutica > Principal” – SES/MT	217
Figura 65 - “Superintendência de AF > Quem somos” – SES/MT.....	218
Figura 66 - “Superintendência de AF > Farmácia” – SES/MT	219
Figura 67 - “Superintendência de AF > Farmácia > Lista de documentos pessoais” – SES/MT	220

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Construção Social da Tecnologia e Análise de Política: características comparadas	57
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gasto com medicamentos por esfera de governo – valores liquidados (2010 -2016) (em R\$ bilhões)	99
Gráfico 2 - Orçamento da Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde (2012 – 2019) .	99

LISTA DE TABELAS

TABELAS

Tabela 1- Indicador de acesso ao CEAF (valor aprovado (\$)) e acesso à internet (%).....	79
Tabela 2 - Dados socioeconômicos	81
Tabela 3 - Nível de escolaridade da população brasileira	82

LISTA DE SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNMAF	Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DECIIS	Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde
DGITS	Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologia
DOU	Diário Oficial da União
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
eGOV	Política de Governo Eletrônico
G2C	Government to Citizen
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAI	Lei de Acesso à Informação
LFO	Laboratórios Farmacêuticos Oficiais
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PDP	Parceria para o Desenvolvimento Produtivo
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
Pnaum	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde

PPGICS	Programa de Pós-graduação de Informação e Comunicação em Saúde
Qualifar-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica Racional de Medicamentos
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SCOT	Construção Social da Tecnologia
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Problemática e objeto de análise	15
1.2 Perguntas, objetivos e a tese a ser demonstrada	32
1.3 Estrutura e organização dos capítulos	33
2 CAPÍTULO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	36
2.1 Ação Pública e a Construção Social da Tecnologia	36
2.1.1 Ação Pública e Políticas Públicas	38
2.1.2 Rupturas com as políticas públicas	43
2.1.3 Os atores na ação pública.....	44
2.1.4 Modelos de análise para o estudo da ação pública	47
2.1.5 Os instrumentos da ação pública.....	49
2.1.6 Construção Social da Tecnologia.....	55
2.1.6.1 Construção Social da Tecnologia e Políticas.....	56
2.2 Percurso Metodológico	59
2.2.1 Fases da pesquisa.....	60
2.2.1.1 Fase 1: Definição do objeto de análise	61
2.2.1.2 Fase 2: Busca, revisão bibliográfica e identificação dos principais instrumentos legais.	62
2.2.1.3 Fase 3: Análise dos <i>websites</i>	63
2.2.1.3.1 Etapa 1: Verificação de pertinência.....	64
2.2.1.3.2 Etapa 2: Levantamento das técnicas de avaliação de <i>websites</i> de eGOV	64
2.2.1.3.3 Etapa 3: Elaboração dos instrumentos de verificação (roteiro de leitura dos <i>websites</i>)	65
2.2.1.3.4 Etapa 4: Escolha dos estados a serem estudados.....	77
2.2.1.3.5 Etapa 5: Caracterização sócio econômica das regiões e nível educacional dos estados.....	81
2.2.1.3.6 Etapa 6: Descrição da técnica, critérios e realização da avaliação dos <i>websites</i>	83
3 DIREITO À SAÚDE E O ACESSO A MEDICAMENTOS	85
3.1 Acesso a serviços de saúde e o acesso a medicamentos: Conceitos e características....	85
3.2 Características do mercado farmacêutico	94
3.3 A política de Assistência Farmacêutica recente no Brasil e os medicamentos essenciais	103
4. SOCIEDADE, POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERNET	125
4.1 Direito à informação e a sociedade informacional.....	125

4.2 Sociedade brasileira e Internet: quão inclusivo somos?.....	138
4.3 Informação e serviços públicos prestados eletronicamente – a política de eGOV no Brasil	149
4.3.1 Estruturação formal da política de Governo Eletrônico no Brasil	153
5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS <i>WEBSITES</i> DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE	166
5.1 MINISTÉRIO DA SAÚDE	166
5.2 REGIÃO NORTE.....	172
5.2.1 Secretaria Estadual de Saúde/Tocantins.....	172
5.2.2 Secretaria Estadual de Saúde/Roraima	177
5.3 REGIÃO SUDESTE	181
5.3.1 Secretaria Estadual de Saúde/São Paulo	181
5.3.2 Secretaria Estadual de Saúde/Rio de Janeiro	186
5.4 REGIÃO NORDESTE	191
5.4.1 Secretaria Estadual de Saúde/Paraíba	191
5.4.2 Secretaria Estadual de Saúde/Bahia	196
5.5 REGIÃO SUL	200
5.5.1 Secretaria Estadual de Saúde/Santa Catarina.....	200
5.5.2 Secretaria Estadual de Saúde/Rio Grande do Sul	206
5.6 REGIÃO CENTRO-OESTE	210
5.6.1 Secretaria Estadual de Saúde/Distrito Federal	210
5.6.2 Secretaria Estadual de Saúde/Mato Grosso	215
5.7 Análise global e comparativa dos <i>sites</i> descritos	221
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	230
REFERÊNCIAS	234
APÊNDICES.....	260
ANEXOS.....	267

1 INTRODUÇÃO

Apresentaremos nesta introdução a problemática de pesquisa com seus elementos constituintes (direito à saúde, à informação, à comunicação, o Governo eletrônico (eGOV), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)), a motivação inicial que nos levou a estudá-la, as perguntas a serem respondidas, a tese a ser demonstrada, a estruturação e organização dos capítulos, e os objetivos da pesquisa.

1.1 Problemática e objeto de análise

Acesso a serviços públicos de saúde (medicamentos) e acesso à informação são dois temas de políticas públicas associados ao direito humano à saúde.

O processo de construção histórica dos direitos humanos e da saúde apresenta importantes marcos que instituíram a saúde como um direito. Em nível internacional, a saúde enquanto problema público foi estabelecido em 10 de dezembro de 1948, em Paris, quando a Assembleia Geral das Nações Unidas “[...] estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos”, na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948).

Assim, a Declaração Universal dos Direitos Humanos é um documento marco na história dos direitos humanos, elaborada por representantes dos Estados nacionais de diferentes origens jurídicas e culturais, inspirando as constituições de muitos Estados e democracias depois da Segunda Guerra Mundial. Em seu artigo 1º dispõe que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. Já nesse período ressaltando a importância do **acesso às ações e políticas públicas**, dispõe no seu artigo 21.2. que “todo ser humano tem igual **direito de acesso ao serviço público** do seu país” (ONU, 1948, p. 11, grifo nosso).

Posteriormente, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em 1978, foi formulada a Declaração de Alma Ata, na qual expressou como “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”, enfatizando o entendimento da saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a

ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1978, p. 2). Salienta a saúde como um direito humano fundamental, e a “mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (WHO, 1978, p. 3). Para tanto, estabelece que “os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais”, colocando a desigualdade do estado de saúde dos povos, assim como dentro dos países, como “política, social e economicamente inaceitáveis” (WHO, 1978, p. 3). Desse modo, mundialmente, e de forma gradativa, de acordo com as demandas e inscrições legais de cada sociedade, os sistemas de saúde foram sendo estabelecidos e configurados em consonância com as suas particularidades sociais, culturais, econômicas e políticas.

No Brasil, a partir dos anos 1970, com as ações de importantes movimentos sociais, especialmente da Saúde Coletiva (NUNES, 1994; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998) e da Reforma Sanitária (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; MENICUCCI, 2014), consagrou-se na Constituição Federativa de 1988 (art. 196) a saúde enquanto direito social, assim como a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988). De forma mais abrangente estabelece (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” (BRASIL, 1988). Para Noronha e Pereira (2013) este “é um artigo programático, não impositivo, sempre permanente. Trata-se de um princípio de justiça normativa que quer ser aplicada e torna-se referencial como uma política de direitos” (NORONHA; PEREIRA, 2013, p. 21).

Essa institucionalização modifica centralmente o direito ao acesso da população brasileira à saúde, ausente até então das Constituições anteriores da República. Para Hochman e Faria (2013), a Reforma Sanitária Brasileira foi além de uma mera reorganização do sistema de saúde, “[...] ocorreu numa perspectiva de ampliação dos direitos de cidadania, do acesso aos bens públicos e da qualidade e equidade da proteção social. Foi sobre uma forte estrutura de valores e normatividades que o [Sistema Único de Saúde] SUS se estabeleceu a partir dos anos 1990, profundamente associada à democratização do país” (HOCHMAN; FARIA, 2013, p. 303). A reforma sanitária foi um movimento que reuniu a participação de diversos e diferentes atores sociais:

[...] a categoria médica, as associações médicas, o movimento popular em saúde, os partidos de esquerda, então na clandestinidade, o apoio da Igreja por meio das comunidades eclesiais de base e vários parlamentares, que passam a ter significativa atuação no Congresso. Esse movimento, portanto, conseguiu colocar em pauta uma proposta bem definida e clara de reforma da saúde (MENICUCCI, 2014, p. 80).

“Uma trajetória que tem produzido enraizamento social e político e forte institucionalidade” (HOCHMAN; FARIA, 2013, p. 303).

Com base nos princípios constitucionais foi criado o SUS (artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988) (BRASIL, 1988), regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e complementado pela Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b). Essas leis têm passado por diversas alterações em seus textos, com edições de leis e decretos que vêm promovendo alterações ou inclusões nas mesmas, confirmando a ideia de um SUS em construção normativamente, alinhado às políticas sociais. Como exemplo de atualizações temos, respectivamente, a alteração e regulamentação da lei 8.080/90, a edição da Lei 12.401 de 28 de abril de 2011 “[...] para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2011a), e do Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011 “[...] 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” (BRASIL, 2011b). Assim, a inscrição da saúde enquanto normativa legal (Constituições, leis, decretos, códigos) é o reconhecimento político da saúde enquanto um direito decorrente da ação pública de um conjunto de atores sociais. “Portanto, a nacionalização da saúde e seus efeitos sobre os estados foram, desde sua gênese, processos negociados e diferenciados” (HOCHMAN; FARIA, 2013, p. 305).

A saúde, enquanto direito juridicamente inscrito, determina as obrigações legais a serem seguidas em todos os níveis de governo (lei nº 8.080/90). Contudo, embora de vital importância, a inscrição legal não é suficiente, como tem sido demonstrado por diversos autores. Desse modo, no Brasil, nem sempre a determinação jurídica/legal se constitui na efetivação do direito. Para que se tenha acesso a serviços públicos de qualidade, eficientes, em tempo oportuno, é preciso uma adequada e efetiva implementação, conforme apresentado por Coutinho (1999):

Tal como no caso dos direitos civis e políticos, mas de modo ainda mais intenso, o que se coloca como tarefa fundamental no que se refere aos direitos sociais não é o simples reconhecimento legal-positivo dos mesmos, mas a luta para torná-los efetivos. A presença de

tais direitos nas Constituições, seu reconhecimento legal, não garante automaticamente a efetiva materialização dos mesmos. Esse é, em particular, o caso do Brasil. Mas, embora a conversão desses direitos sociais em direitos positivos não garanta sua plena materialização, é muito importante assegurar seu reconhecimento legal, já que isso facilita a luta para torná-los efetivamente um dever do Estado (COUTINHO, 1999, p. 13).

Para além dos aspectos legais, e influenciando essa inscrição, tem-se registrado, ao longo do tempo, modificações das condições de saúde das populações humanas que colocam desafios para ações públicas dos governos em suas três instâncias da federação brasileira (municipal, estadual e federal). Ao longo dos últimos anos o perfil epidemiológico no Brasil tem assim se caracterizado:

Como exemplos de sucesso podem-se destacar as reduções observadas nas Taxas de Mortalidade Infantil (TMI), na taxa de desnutrição em crianças e a ocorrência das doenças imunopreveníveis. Em outra direção, temos visto o reaparecimento, nas duas décadas passadas, de problemas como o cólera e a dengue, que além de exporem as deficiências ambientais urbanas em nosso país, tornam parcelas importantes da população vulneráveis a doenças que deveriam estar superadas, amplificando a já alta carga de doenças da população. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p. 91)

A saúde, na qualidade de política pública, congrega complexos e difíceis aspectos. Estes aspectos, como abordado, são constituídos da inscrição legal da saúde e da sua efetiva implementação enquanto direito, e das próprias transformações sociais ao longo do tempo, como o intenso processo de urbanização (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p. 91). Representadas pela predominância ou pela ausência de determinadas doenças, as transformações das condições de melhoria da saúde das populações se devem, principalmente, aos avanços científicos e tecnológicos (vacinas, diagnósticos, medicamentos) e às melhorias das condições de vida (moradia, alimentação, renda, saneamento), dentre outros.

Aqui, temos o que se caracteriza como **polarização epidemiológica**, que se dá pela ocorrência concomitante de elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas e da incidência e prevalência de doenças infecciosas e parasitárias. Estas últimas ainda com elevada taxa de mortalidade se comparadas com as de países desenvolvidos e de outros países da América Latina (ARAÚJO, 2012).

Dada a ampla extensão territorial do Brasil e as marcadas diferenças geográficas e socioeconômicas, há uma distribuição desigual de agravos nas diferentes regiões do país. É possível encontrar regiões com padrões de saúde comparáveis aos dos países

desenvolvidos e regiões com índices de mortalidade comparáveis aos dos países mais pobres do hemisfério sul (polarização geográfica). O Brasil é um país de alta desigualdade de renda, inclusive quando comparado a outros países da América Latina, região do planeta onde a desigualdade é mais pronunciada (PNUD, 2016). Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea (2016) sobre a “Distribuição espacial de indicadores socioeconômicos selecionados no Brasil” mostram de forma geral que a maior proporção de analfabetos se concentra nos municípios das regiões Nordeste e Norte, além do norte do estado de Minas Gerais. As menores coberturas da Estratégia de Saúde da Família distribuíram-se por todo o território, porém com predominância nas regiões Norte e Sul do Brasil, além do sertão do Nordeste e do estado de São Paulo. Os municípios mais urbanizados predominaram na região Sudeste. Os municípios com maior desigualdade na renda domiciliar per capita, medida pelo índice de Gini¹, mostraram concentração nas regiões Norte e Nordeste (GARCIA; SILVA, 2016).

Todos esses elementos fazem do Brasil um país com grandes desafios para a instituição de políticas públicas de saúde. Assim, “por suas características de país continental (8,5 milhões de km²), com tudo o que isso significa em termos de diversidade e complexidade, o Brasil defronta-se com desafios bastante peculiares no que tange à formulação de políticas de desenvolvimento social” (LAMPREIA, 1995, p. 11).

Desse modo, o Brasil apresenta uma convergência de características que impõe desafios em áreas das políticas públicas que vão além da saúde, como os desníveis nos indicadores de mortalidade e morbidade entre diferentes grupos populacionais, dentro de uma mesma região, estado ou cidade; expressão das desigualdades de renda, da carência, de alimentação, moradia, saneamento, educação e, também, da **dificuldade de acesso** aos serviços de saúde (ARAÚJO, 2012). Em diversos trabalhos Bermudez (2003, 2007, 2008, 2011, 2012, 2014) destaca a exclusão social nos serviços de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, em que grupo e populações vulneráveis e necessitadas são atingidas (BERMUDEZ, 2014). “Iniquidade, desequilíbrio, desigualdades no acesso a serviços básicos e essenciais, extrema concentração de renda e as injustiças decorrentes são dramas que todos os países de renda baixa e média enfrentam em seu dia a dia [...]” (BERMUDEZ, 2014, p. 17). O tema, contudo, vem

¹ O Índice de Gini é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um, sendo o valor zero representa a situação de igualdade. O valor um está no extremo oposto, concentração da riqueza (IPEA, 2004).

sendo cada vez mais discutido sob os aspectos do desenvolvimento social e econômico, e atingem mesmo os países de renda alta (BERMUDEZ, 2014). Gadelha (2019) destaca que “a saúde é um bem indissociável do desenvolvimento nacional. Além de constituir um direito essencial de cidadania, constitui uma fonte de geração de valor e de riqueza social e econômica” (GADELHA, 2019, *on-line*).

Por isso, ainda que tenhamos tido um avanço no aparato legal, o Brasil reúne uma complexidade de fatores que operam como importante desafio para o enfrentamento da redução dessas desigualdades, cuidado e manutenção da saúde da população brasileira, seja em seu nível individual ou coletivo. Desse modo, dado a multicausalidade e complexidade inerente aos problemas da saúde no âmbito coletivo, requer para seu enfrentamento, a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde, em “articulação entre o Estado e o setor produtivo” (GADELHA, 2019, *on-line*), em consonância com os princípios e diretrizes do SUS², e integrada a outras ações que impactam nas condições de vida da população.

As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças — assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países — acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde (CARVALHO, 2013, p. 19).

Como exposto, o cumprimento dos direitos sociais, especialmente no campo da saúde, depende da adequada e efetiva implementação das políticas públicas. Sem isso, não é possível aos cidadãos a efetivação dos seus direitos. Nesse contexto, Giovanella e Fleury (1996) retratam as dificuldades inerentes à complexidade da implementação das políticas públicas, ao referir que para a execução de uma lei, por exemplo, são necessárias correlações de forças, acordos e negociações superiores às necessárias para a sua promulgação (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Para tanto, “[...] as políticas públicas para a saúde devem articular o avanço do conhecimento tecnológico com o desenvolvimento produtivo nacional e com a promoção das condições de saúde da nossa população [...]”. De acordo com Gadelha *et al.* (2016), a estreita articulação desses objetivos promove além dos efeitos da

² Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Capítulo II – Dos princípios e diretrizes, art. 7º (BRASIL, 1990).

retroalimentação positiva entre as dimensões apresentadas, como “principalmente para garantir a efetividade das próprias políticas, evitando que fragilidades em qualquer uma delas tornem inviável alcançar os propósitos almejados nas outras duas” (GADELHA *et al.*, 2016, p. 9). “Portanto, adotar a abordagem dos determinantes sociais significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e admitir que ela depende de ações que, muitas vezes, não têm relação com o setor Saúde” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p. 45).

Embora tenhamos um sistema de saúde em que os planos privados coexistam de forma complementar, e de forma crescente desde 1944³, atualmente em média apenas 24,2% da população brasileira possui tal cobertura (ANS, 2019). Essas taxas apresentam números decrescentes nos últimos anos, em função da crise econômica, com importantes variações regionais de cobertura. Cabe destacar, que a oferta de planos de saúde está diretamente associada ao nível de renda *per capita* familiar. Porém,

como a atenção à saúde é mediada politicamente buscando suprir uma necessidade social, o valor de uso desses planos está condicionado pelo padrão de financiamento público, seja pela magnitude e qualidade da oferta de serviços do SUS, seja pela orientação da política econômica, em especial a política fiscal e os incentivos governamentais (OCKÉ-REIS, 2012, p. 51).

Ainda, além da amplitude da sua cobertura, o SUS é responsável pela alta complexidade do sistema, isto é, por cirurgias especializadas, transplantes de órgãos, hemodiálise e medicamentos de alto custo, que, em sua imensa maioria, não são cobertos pelos planos de saúde.

Por inúmeros fatores predominantemente de natureza política que resultam na não realização dos direitos legalmente instituídos no Brasil, dentre eles as barreiras de acesso ao sistema público de saúde, observa-se um processo de “judicialização da saúde”⁴. Esta, consiste na provocação do poder judiciário para o cumprimento do direito constitucional à saúde, na busca por tratamento medicamentoso e outras situações que envolvam serviços de saúde, como leitos para internação, procedimentos cirúrgicos, fórmulas nutricionais, assistência domiciliar, equipamentos, etc.

³ Em 1944, o Banco do Brasil constitui sua caixa de aposentadoria e pensão - Cassi, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação (ANS, 2018), em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em 03/02/2018.

⁴ O termo “judicialização” de forma geral é utilizado segundo Maciel e Koerner (2002) para definir “a obrigação legal de que um determinado tema seja apreciado judicialmente” (MACIEL; KOERNER, 2002, p. 115), ou, ainda, a “submissão de determinada causa à análise judicial” (CASTRO; GONTIJO; PINTO, 2015, p. 230). A “judicialização da saúde” compreende a provocação e a atuação do Poder Judiciário em prol da efetivação da assistência médica e/ou farmacêutica (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008). O termo, contudo, é utilizado por diversos autores.

Diversos estudos têm sido conduzidos para compreensão do fenômeno da judicialização da saúde nas diferentes esferas de governo⁵. Uma revisão sistemática realizada em 2015 aponta um crescimento importante de ações judiciais para o acesso a medicamentos a partir de 2005 (GOMES; AMADOR, 2015), que se mantém até hoje, sobrecarregando e criando distorções no sistema público de saúde.

É sabido que um contingente importante da população que necessita de serviços públicos de saúde não os consegue ou tem seu direito retardado, dentre outros, pelas dificuldades de acesso, expressos em complexidades operacionais, na ausência ou inadequação - da infraestrutura, da falta de cobertura/atendimento/serviços e das informações (informações incompletas, linguagem inadequada ou de difícil acesso), que se traduzem em barreiras. Essas limitações interferem no processo democrático, conforme dispõem Jambeiro, Sobreira e Macambira (2012):

Em suma, só é possível participar daquilo que se conhece. O cidadão que desconhece as ações e as informações governamentais não tem instrumentos para interferir na gestão pública, ainda que lhe seja dada a oportunidade. O governo que não promove o acesso nem põe em debate público suas ações e informações, está dificultando o exercício da democracia (JAMBEIRO; SOBREIRA; MACAMBIRA, 2012, p. 6).

Segundo Costa (2017) a burocracia pública ocupa importante posição na vida dos cidadãos comuns, ao impactar na determinação da elegibilidade a benefícios sociais, mediando a relação das instituições com o aparelho de Estado. Desse modo, aponta que “essa pode ser uma dimensão radicalmente nova na compreensão do lugar da burocracia pública no Brasil. Estamos diante de uma burocracia pública vinculada à estrutura de proteção social consolidada nas últimas décadas no país e que interage diretamente com o cidadão” (COSTA, 2017, p. 3507).

⁵ Catanheide *et al.* (2016) aponta que a judicialização da saúde pode ser explicada em parte pelas dificuldades de acesso pelos usuários do SUS, tendo as demandas judiciais contribuído para incorporações de produtos nas listas oficiais da política de AF atual (CATANHEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016, p. 460). Dados do Tribunal de Contas da União (TCU) identificaram em torno de 6 mil ações judiciais para medicamentos no ano de 2010, chegando a 12 mil ações em 2014, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste. Além do número de ações, os valores financeiros envolvidos são expressivos: “a aquisição dos quarenta medicamentos de maior custo custou R\$ 431 milhões em 2013, o que equivale a 54% dos recursos totais transferidos aos estados, naquele ano, para a aquisição de medicamentos do CEAF” (TCU, 2016). Em termos de despesas pagas com ações judiciais exclusivas do MS para medicamentos do CEAF, foi de aproximadamente R\$ 5,5 milhões em 2018 (BRASIL, 2019b). Esse direcionamento das políticas pelo judiciário tem impactos na lógica e estruturação do sistema, ao forçar incorporações no SUS e priorizar recursos fora de planejamento de abrangência populacional em detrimento do individual.

Cabe ressaltar, contudo, que embora o termo “burocracia”⁶ apresente principalmente no Brasil uma conotação negativa, nas políticas públicas de saúde, estamos diante de diversos riscos inerentes ao uso indiscriminado e sem controle de produtos e serviços para a saúde, assim como dos aspectos econômico-financeiros pelo mau uso, desperdício ou desvios. Nessa conjuntura, “o sentido negativo creditado à burocracia, no entanto, não pode ser generalizado nem historicamente e nem no atual contexto brasileiro” (BARROS, 2016, *on-line*), que do ponto de vista histórico, quando elaborado o tipo ideal de burocracia por Max Weber, a “burocracia moderna era necessária para organizar e dar mais racionalidade aos processos produtivos impactados por novas tecnologias. Sem organização, tanto as instituições públicas (governamentais) como privadas (as indústrias) perderiam legitimidade e eficiência” (BARROS, 2016, *on-line*). Desse modo, a exigência de cumprimento de requisitos, regras e normas, que envolve o preenchimento de formulários e apresentação de documentos cadastrais e biomédicos, especialmente nas políticas de medicamentos especializados, traz consigo aspectos de segurança, controle e qualidade. O problema reside, quando as exigências ultrapassam a barreira do possível ou dificultam mormente o acesso aos serviços esperados.

Ainda, “destaca-se que o Brasil é o único país com mais de 200 milhões de habitantes em que há previsão de um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito a toda população, o que representa um imenso desafio” (BRASIL, 2018, p. 7). Nessa cobertura, enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), está incluída a Assistência Farmacêutica (AF), que visa à garantia do acesso a medicamentos e insumos para toda população.

Contemporaneamente, o acesso a medicamentos – elemento essencial nos cuidados de saúde - tem efeitos importantes sobre a situação de saúde individual e sobre a qualidade de vida da população, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto clínico e social, considerando, sobretudo o valor dos medicamentos envolvidos, e está relacionada à sua capacidade produtiva e renda. Desse modo, dentre as diversas políticas sociais, a política de AF requer atenção pela sua importância política, econômica, social, além da própria questão da saúde e bem-estar.

⁶ Do ponto de vista histórico, o sociólogo alemão Max Weber (1864-1920) elaborou um tipo ideal de burocracia, vendo-a não só como inevitável nas sociedades modernas, mas também como uma forma legítima de exercício de poder, com lideranças políticas com sensibilidade social que se aliariam a corpos técnicos especializados e treinados, com áreas de competência bem delimitadas, regras claras de atuação e altamente hierarquizados (BARROS, 2016, *on-line*).

No Brasil, os fluxos de acesso aos medicamentos pela população são variados. Como veremos mais à frente, a AF é organizada em componentes com importantes variações de financiamento, aquisição e gestão pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), e de acesso pela população, dentre outros, de modo que, para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), o acesso aos medicamentos se dá de forma mais complexa que os demais componentes. Assim, para ter acesso ao CEAF os pacientes necessitam do cumprimento de etapas estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do CEAF no âmbito do SUS⁷ (BRASIL, 2013a), agora incluída na Portaria de Consolidação (PRC) nº 02, de 28 de setembro de 2017⁸ (BRASIL, 2017a).

De forma geral, toda solicitação de medicamentos do CEAF deve passar por uma avaliação do cumprimento de critérios documentais e biomédicos atendendo à normativa da PRC nº 2/2017, Anexo XXIII, e como ao disposto nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)⁹ específicos de cada doença. Compreendem as etapas de execução do Componente Especializado: **solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação** da continuidade do tratamento, que estão detalhadas ao longo desse trabalho (BRASIL, 2017a, grifo nosso).

Este processo se faz necessário devido às características das doenças cobertas por esse componente, geralmente graves, crônicas e de alta especialização, assim como dos medicamentos fornecidos, com potencial de gravidade pelo uso inadequado/inapropriado e o custo dos mesmos, dentre outros, visando desse modo maior controle e segurança do sistema e pacientes. De acordo com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC)¹⁰ sobre os Protocolos Clínicos,

⁷ O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), inicialmente regido de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013 (que normatiza sobre a execução do CEAF no âmbito do SUS) (BRASIL, 2013a), teve algumas alterações no seu texto pela Portaria nº 1.996, de 11 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013b) e, mais recentemente foi incluída na Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017, tendo seu texto mantido sem alterações no anexo XXVIII - Título IV - Trata das regras de Financiamento e Execução do CEAF no âmbito do SUS (art. 47 ao art. 112) (BRASIL, 2017a).

⁸ A sistematização que consolidou as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS sistematizou mais de 18.000 portarias, consolidando 749 delas, dividindo-as em 6 eixos temáticos, que foram publicadas no Diário Oficial da União nº 190-Suplemento, de 03 de outubro de 2017 (BRASIL, 2017b).

⁹ Os PCDTs são protocolos estabelecidos pelo MS que estabelecem claramente os critérios de diagnóstico e o algoritmo de tratamento de cada doença, com as doses adequadas dos medicamentos e os mecanismos para o monitoramento clínico.

¹⁰ A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec foi criada pela lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. A Conitec, assistida pelo Departamento de Gestão e

os *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)* são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas (CONITEC, 2018).

Por todas essas particularidades, há necessidade do conhecimento pelos profissionais envolvidos - gestores e profissionais de saúde (especialmente médicos e farmacêuticos) e dos pacientes, sobre os fluxos de acesso do CEAF para que estes não se configurem em barreiras de acesso para a referida política pública.

Desse modo, a ausência ou incompletude de informações sobre fluxos de acesso, com regras claras e bem estabelecidas; sobrepostas aos problemas estruturais dos serviços de saúde, em que faltam insumos que dificultam o atendimento integral aos pacientes; a não realização de exames necessários e exigidos nos protocolos clínicos como pré-requisito para a efetivação do direito ao acesso aos medicamentos do CEAF, se constituem como barreiras para os cidadãos que necessitam de tal política pública. A imposição de barreiras ao acesso às políticas públicas tende a contribuir para estagnação ou piora da situação de saúde da população que necessita de tal cobertura.

Assim, o **acesso à informação** se constitui como importante elemento, dentre tantos outros como: os organizacionais, estruturais, logísticos/operacionais, econômicos e de gestão, etc. para o cumprimento do **acesso às políticas públicas** já instituídas. Desse modo, a importância da informação para a saúde pode ser evidenciada conforme Cassimiro e Diós-Borges (2017), em que:

O acesso às informações adequadas sobre saúde para a promoção ao autocuidado tem sido elemento essencial no contexto demográfico e epidemiológico em todo o mundo. Com efeito, o envelhecimento da população conjugado à crescente prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis tem desafiado os sistemas de saúde a prover não só melhores cuidados quanto a incentivar que o cidadão seja cada vez mais ativo e consciente em relação à sua própria saúde (CASSIMIRO; DIÓS-BORGES, 2017).

Para tanto, em acordo com Araújo e Cardoso (2014), “as políticas públicas só se

constituem quando saem do papel e ganham visibilidade e são apropriadas, ou seja, convertidas em saberes e práticas pela população a que se destinam, sendo a comunicação inseparável deste processo” (ARAÚJO; CARDOSO, 2014, p. 22). Ainda, como dispõem Guimarães e Silva (2011), “as chamadas iniquidades em saúde pedem por intervenção, e o acesso à informação emerge como dimensão chave para o alcance de equidade em saúde” (GUIMARÃES; SILVA, 2011, p. 3551). Apesar do conceito de acesso à informação com equidade, Guimarães e Silva (2011) estabelecem:

O conceito de acesso equitativo à informação se configura, por vezes, como uma questão ética, por vezes, como uma questão política. Em ambas, acesso à informação não deve ser tomado como uma ação discreta, ou, um ato. Deve, antes, ser pensado como prática; tanto fonte como resultante de um processo de aprendizagem, implicado em relação de poder e embebido na cultura (GUIMARÃES; SILVA, 2011, pp. 3552-3553).

Nesse sentido, com o advento da internet, novos instrumentos têm se configurado na ação pública. Assim como o acesso aos serviços, as orientações para as políticas públicas via **tecnologia da informação e comunicação** (TICs)¹¹ devem ser alcançáveis e compreensíveis por gestores, profissionais e pela sociedade civil, superando o linguajar do corpo técnico. Por vezes, a linguagem técnica não possibilita sua apropriação pela sociedade, atuando como uma barreira, limitando as potencialidades de alcance da comunicação, e conseqüentemente, das possibilidades de acesso e participação por parte dos grupos interessados na política. Entendemos que a adequação dos **instrumentos de informação e comunicação** para a sociedade tende a favorecer sua compreensão e o uso adequado das políticas públicas. A partir de uma linguagem clara e adequada, compatível com o nível socioeducacional da população brasileira, além da promoção do acesso, permite-se o fortalecimento do controle social que tende ao enriquecimento do processo.

Nos países mais pobres e, também no Brasil, além da preocupação com o analfabetismo, problema que ainda persiste, emerge a preocupação com o alfabetismo, isto é, “com as capacidades e usos efetivos da leitura e escrita nas diferentes esferas da vida social” (RIBEIRO, 2011, não paginado). De acordo com Ribeiro (2011), esse conceito de alfabetismo é utilizado no meio educacional brasileiro como letramento, que corresponde ao *literacy*, do inglês, e dispõe:

¹¹ “Define-se TIC como o conjunto de tecnologias que suportam os sistemas informáticos e de comunicações que reduzem drasticamente o custo de armazenagem, processamento e difusão da informação” (computação – software, hardware, telecomunicações, microeletrônica, etc.) (MANTOVANE, 2012).

Em todo o mundo, a modernização das sociedades, o desenvolvimento tecnológico, a ampliação da participação social e política colocam demandas cada vez maiores com relação às habilidades de leitura e escrita. A questão não é mais apenas saber se as pessoas conseguem ou não ler e escrever mas também o que elas são capazes de fazer com essas habilidades (RIBEIRO, 2011, não paginado).

Dados do Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional no Brasil - INAF¹², revelam que em 2018, 29% da população brasileira foi classificada na categoria “analfabeta funcional”. A categoria “analfabeta funcional” significa que esta população encontra-se no nível de analfabetismo, que corresponde à condição dos que não conseguem realizar tarefas simples que envolvem a leitura de palavras e frases (analfabeto) ou no “nível rudimentar”, que corresponde à capacidade de localizar uma informação explícita em textos curtos e familiares (como, por exemplo, um anúncio ou pequena carta), ler e escrever números usuais e realizar operações simples, como manusear dinheiro para o pagamento. A outra categoria existente “funcionalmente alfabetizados” corresponde a 71% da população, e compreende os níveis básico (consideradas funcionalmente alfabetizadas, pois já leem e compreendem textos de média extensão, localizam informações mesmo que seja necessário realizar pequenas inferências, dentre outros) e, pleno (possuem habilidades não mais impõem restrições para compreender e interpretar textos em situações usuais) (AÇÃO EDUCATIVA; INSTITUTO PAULO MONTENEGRO, 2018).

Com a entrada das tecnologias digitais, emerge então, outra preocupação educacional, o uso das tecnologias, ou seja, a alfabetização e/ou o letramento digital¹³. O letramento digital, indica a apropriação tanto da “técnica, quanto ao uso social das práticas de leitura e de escrita presentes no computador-internet”¹⁴ (RIBEIRO, 2011, p. 63). A partir da definição de cibercultura - “conjunto de técnicas (materiais e intelectuais), de práticas, de atitudes, de modos de pensamento e valores que se

¹² O INAF orienta-se por uma concepção ampla de alfabetismo, que abarca não só habilidades de leitura, escrita e cálculo numérico, mas também as práticas de leitura, escrita, cálculo e representação numérica dos diversos segmentos sociais, em diversos contextos.

¹³ “As pesquisas sobre letramentos têm apresentado divergências relacionadas aos conceitos, considerando, principalmente, quais práticas de letramento podem enquadrar-se nos modelos autônomo e/ou ideológico” (PINHEIRO, 2018, p. 604). “O que se quer dizer com alfabetização digital nos estudos de inclusão digital pode variar bastante tanto entre diferentes contextos disciplinares em que o termo aparece, como dentro de um mesmo trabalho complexo, realizado por um grupo de autores” (BUZATO, 2009, p. 4). Desse modo, “alfabetização digital estaria ligada ao uso técnico do computador e da internet, entre eles o uso do mouse e do teclado, decodificar ícones, símbolos, interfaces gráficas e programas” (RIBEIRO, 2011, p. 63). Já o letramento é mais abrangente ao levar em consideração os elementos contextuais e culturais desse ato (RIBEIRO, 2011; PINHEIRO, 2018).

desenvolvem juntamente com o crescimento do ciberespaço” (LÉVY, 1999, p. 17), Ribeiro (2011) dispõe que “os novos letramentos digitais exigem dos usuários a utilização crítica das tecnologias digitais, através da busca por informações, de sua compreensão ativa, transformando informação em conhecimento compartilhado” (RIBEIRO, 2011, p. 65). Do mesmo modo, que as habilidades de leitura e compreensão, as habilidades de uso do computador e da internet apresentam uma correlação direta com o nível de alfabetismo funcional. Pesquisas indicam que habilidades básicas como enviar e receber e-mails, fazer consultas e pesquisas na internet e navegação entre os *sites*, apresentam baixíssimo uso pelos analfabetos (1%), chegando a 48% nos alfabetizados plenos (ROSENDO; SCHLEGEL, 2012). A expansão da internet, tanto do crescimento de usuários quanto do uso por agentes políticos, tem alterado diversas relações sociais, inclusive políticas. Nesse sentido, Rosendo e Schlegel (2012) indica que diversos autores têm chamado atenção na diferença entre a participação democrática offline e online, sendo que esta última requer competências específicas de participação no mundo virtual da rede *World Wide Web* - WWW (ROSENDO; SCHLEGEL, 2012).

Para além desses aspectos, a importância da educação é referida como preditor do comportamento político do cidadão, em que a escolaridade é apontada como determinante crucial para atitudes como disposição de participar e apoio à democracia, assim como o nível das capacidades cognitivas, que tende a aumentar comportamentos democráticos. “Em sentido mais amplo, a participação dos cidadãos é a base para o autogoverno que diferencia a democracia de outros regimes políticos” (ROSENDO; SCHLEGEL, 2012, p. 8).

Todos esses dados revelam a preocupação dos usos democráticos, sociais e políticos da nossa sociedade, dado os baixos níveis de leitura e compreensão ainda presentes na população brasileira, e os desafios de uma comunicação adequada para a promoção e uso de políticas públicas para todos os cidadãos. Assim, deve-se objetivar uma comunicação acessível e compreensível a todos os interessados, de forma a criar condições em que o cidadão, profissional ou gestor, possa exercer sua cidadania de forma autônoma, apropriando-se das políticas públicas as quais tem direito. De acordo com Peixoto (2015),

as instituições responsáveis pelas políticas devem agir como espaços de facilitação, tomando a comunicação como princípio na estruturação do sistema de monitoramento. À medida que isso se torna cada vez mais recorrente, agrega-se eficiência na política, uma vez que vão

sendo potencializados os grupos de interesse e demais atores sociais quanto ao domínio conceitual, programático e técnico da política (PEIXOTO, 2015, p. 409).

Desse modo, partimos do entendimento de que, em um estado democrático de direito, a efetivação das políticas públicas perpassa, fundamentalmente, pela capacidade das tecnologias voltadas para os cidadãos de orientar e promover o acesso aos serviços públicos. Como dispõe Gadelha (2019), “a humanização do cuidado e a inovação tecnológica e social podem ocorrer em um novo e mesmo processo, gerando acolhimento, cidadania, emprego, renda, investimento e conhecimento estratégico para o futuro” (GADELHA, 2019, *on-line*).

Retomando a problemática do acesso à saúde, dada as dimensões apresentadas, temos, conforme apontado por Sanches e Ciconelli (2012), que o “problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 267). Não é possível, portanto, enfrentar os problemas de acesso à informação e à saúde, com ações isoladas: “a comunicação e a informação são respostas funcionais aos problemas de implementação e funcionamento do sistema de saúde, perspectiva esta que irá incidir também nas variáveis da participação popular” (OLIVEIRA, 2004, p. 57).

A política de Governo Eletrônico (eGOV) é uma estratégia dos governos para, por meio das tecnologias, promover a produção e disseminação de informações públicas para a sociedade em geral. De acordo com essa política, por meio do eGOV, a informação e a comunicação se materializam ao favorecer a redução da assimetria de informação existente entre os atores envolvidos nas políticas públicas e, nesse caso, também da política de medicamentos: gestores, profissionais de saúde, pacientes, dentre outros. Como já explorado, “o nível de informação em geral, o qual está relacionado com o nível educacional dos indivíduos, determina, de forma significativa, o acesso individual aos recursos sociais e, portanto, aos cuidados com a saúde” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 266). Essa relação de assimetria se constitui num dos desafios para a promoção da saúde, na qual se busca o equilíbrio no “estabelecimento de uma relação simétrica entre os profissionais e os grupos sociais que fomentem a participação social em saúde” (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2010, p. 5).

O ponto de partida deste trabalho surge com a consideração de que, em uma

sociedade democrática, as tecnologias voltadas ao cidadão devem se constituir como um instrumento facilitador da obtenção dos seus direitos constitucionais promovidos pelas políticas públicas. No Brasil, as políticas públicas são fundamentais para que os direitos se constituam e se efetivem. O caminho para que os anseios da sociedade sejam reconhecidos pelo poder público como direitos só acontece com a participação de diversos atores sociais. Assim, cada um de nós tem participação nesse processo, para que tenhamos garantido legalmente o acesso à saúde, à moradia, à educação, a transportes, à infraestrutura, ao trabalho, à previdência social, ao meio ambiente, à cultura. Para tanto, no contexto atual,

na perspectiva da democracia deliberativa, o valor do recurso da informação merece ser referenciado – hoje constituindo-se, propriamente, como um bem essencial. O processo deliberativo é indissociável de práticas regulares de discurso e estas, por sua vez, necessitam de informações para a sua construção e valorização: mais e melhor informação, ou uma maior facilidade de acesso à informação, são fatores de enriquecimento das práticas discursivas e, assim, conseqüentemente, também da deliberação que a partir delas se pode concretizar. A informação não é sinónimo de discurso e, só por si, ela não é suficiente para a produção de discurso, nem necessariamente um acréscimo de informação corresponde de forma automática a um nível superior de discurso(s), **mas parece indiscutível que a uma maior quantidade e qualidade de informação, e ao seu acesso mais facilitado, poderão corresponder novas e melhores possibilidades de comunicação pública;** e por meio desta, também, melhores condições para afirmar uma democracia mais solidamente estruturada numa base deliberativa (ESTÊVES, 2010, pp. 182-183, grifo nosso).

Em um país tão desigual¹⁵, ainda com a presença de doenças infectocontagiosas, característica de países subdesenvolvidos, e com as novas doenças crônico-degenerativas, torna-se um desafio a efetivação do direito à saúde no Brasil, sobretudo, nesse momento de incertezas em que a existência do Sistema Único de Saúde - SUS é provocada, com uma parcela significativa da população desempregada, seus planos de saúde suplementares encarecidos e a capacidade de pagamento restrita para fazer frente às suas necessidades. Não só para aqueles dependentes quase que exclusivamente de ações governamentais, mas para todos nós usuários do SUS em que a política de alta complexidade recai sobre o sistema, deve haver mecanismos que facilitem e possibilitem a entrada e a chegada de todo e qualquer cidadão, sobretudo os mais

¹⁵ Cabe destacar, que a “originalidade da transição demográfica no Brasil está definida pelas particularidades históricas onde ela se insere, permeadas pelos fortes desequilíbrios regionais e sociais. Nessa perspectiva ela é única, enquanto um processo global que atinge toda a sociedade brasileira, mas, ao mesmo tempo, múltipla, pois se manifesta diferentemente segundo as diversidades regionais e, principalmente, sociais” (BRITO, 2008, p.6).

pobres, nesses serviços.

Cabe ao poder público em um Estado Democrático de Direito dispor de instrumentos para que a sociedade de modo geral possa usufruí-la e, assim, por meio desses instrumentos, ofertar informações compreensíveis, e outros mecanismos, capazes de reduzir a vulnerabilidade das dificuldades de acesso aos serviços públicos dos quais necessita. Trata-se de fornecer informações que permitam ao cidadão, usuário, profissional e gestor lidar com a complexidade operacional e instrumentos de controle (formulários, documentos, exames, critérios) necessários para o acesso aos serviços públicos e ao tratamento medicamentoso e restabelecimento da condição de saúde, evitando o agravamento, a piora e até de possibilitar o consumo de serviços mais complexos e mais custosos ao sistema público de saúde.

Na maioria das práticas brasileiras de prestação de serviços públicos por meios eletrônicos, o que ainda se percebe é a ausência de iniciativas de avaliação ou mecanismos de mensuração de seu desempenho quanto à conveniência para a sociedade (BRASIL, 2007a). Para Lotufo e Miranda (2007), essa prática se traduz em consequências, como:

A ausência de uma prática dessa natureza faz com que os governos tenham dificuldades na percepção do alinhamento das suas iniciativas com as necessidades reais de cidadãos, empresas e outros segmentos sociais. A inexistência de processos estruturados de avaliação impede igualmente o registro de informações e pareceres que possam melhorar e facilitar a vida do cidadão no que se refere à obtenção de serviços por meios eletrônicos, bem como a realização de análises comparativas, que qualifiquem de forma estruturada a evolução desses serviços. (LOTUFO; MIRANDA, 2007, p. 1160).

Em nossa trajetória acadêmica e profissional, enquanto profissional da saúde, gestora de uma política pública complexa, e, atualmente, como servidora de uma instituição centenária compromissada com a saúde pública, pudemos vivenciar e observar diariamente **a importância da informação e comunicação para a efetivação do direito ao acesso aos serviços públicos** e perceber as barreiras enfrentadas por todos nós cidadãos para a obtenção do acesso a políticas já instituídas, especificamente no campo dos medicamentos especializados.

Comprendemos, portanto, a responsabilidade da ciência alinhada a questões sociais, e a democracia no país fomentando do acesso à informação, aos serviços públicos e, nesse processo, na possibilidade de contribuir para a reformulação e/ou atualização de tecnologias de informação e comunicação. Dessa forma, é nosso objetivo

contribuir para a reflexão e o alinhamento entre o uso de tecnologias informacionais às necessidades e à oferta de políticas públicas nacionais.

1.2 Perguntas, objetivos e a tese a ser demonstrada

Tendo em vista o avanço institucional com a democratização da informação que foi incorporada à democratização da saúde, a contribuição dessa tese residiu na compreensão do papel da tecnologia da informação e comunicação, modalidade páginas eletrônicas das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde, na implementação da política do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Nesse sentido, coube-se perguntar: a) Em que medida a tecnologia digital da informação expressa ou traduz os fundamentos da legislação de acesso a medicamentos e sobre acesso à informação? b) Essas tecnologias são adequadas/apropriadas/eficazes para que o objetivo almejado de democratização das informações sobre a política de assistência farmacêutica seja alcançado? Em caso negativo, a que se deve essa realidade? c) A tecnologia da informação e comunicação enquanto instrumento de ação pública é adequada à realidade da população de um país com iniquidades e desigualdades acentuadas? d) Quais as potencialidades e limites do acesso a medicamentos sob a perspectiva da ação pública e da informação e comunicação em saúde?

Considerando as políticas públicas como construções sociais, de ação complexa, multifatorial, para tratamento de um problema de saúde pública, o objetivo geral e os objetivos específicos perseguidos nessa tese consistiram, respectivamente, em: a) Caracterizar o uso e as especificidades das tecnologias da informação e comunicação pelo Poder Público enquanto instrumentos fomentadores da promoção do acesso às políticas públicas de saúde; b) Analisar o processo de configuração da política pública do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Brasil, e a implementação do instrumento de acesso às informações técnico-operacionais dessa política pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde; c) Verificar a adequação entre forma e conteúdo do instrumento de acesso às informações da política dos medicamentos especializados (*websites*) às características socioeconômica e educacional da população brasileira e de cada Estado da federação observado; d) Contribuir para a melhoria da apresentação das informações quanto à forma e conteúdo das páginas eletrônicas de serviços públicos de saúde.

A despeito do fato da política da Assistência Farmacêutica ter institucionalizado uma demanda social por meio da democratização de acesso a medicamentos essenciais para o conjunto da população brasileira, a tese demonstrada consistiu na afirmação de que essa política pública ainda não alcançou plenamente os seus objetivos, em função de um conjunto de fatores. Dentro do escopo desse trabalho, três fatores merecem ser realçados: 1) a assimetria informacional sobre a política e fluxos de acesso entre os operadores da política (gestores e técnicos) e profissionais de saúde e pacientes/usuários, dada a complexidade operacional do CEAF; 2) as formas de comunicar as informações técnico-operacionais para o cidadão pelos operadores da política (gestores, técnicos); e 3) os limites diversos na operacionalização dos instrumentos da política de AF pelos estados da federação e pelo Ministério da Saúde.

1.3 Estrutura e organização dos capítulos

Esta tese está dividida em quatro capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

No primeiro capítulo apresentamos a Introdução na qual abordamos a configuração da saúde enquanto direito na arena internacional e especificamente no Brasil, dada as características próprias do país que impõe limitações à consecução efetiva do cumprimento desse direito constitucional. Os atributos da política pública de medicamentos especializados que traz implicações ao acesso, e os aspectos educacionais da nossa população para apropriação de informações da política por meios eletrônicos. Assim, apresentamos a problemática, as questões de pesquisa, a justificativa, o objeto de estudo e os objetivos gerais e específicos e, a estrutura geral da tese.

No segundo capítulo - Teórico-metodológico apresentamos o referencial teórico e percurso metodológico percorrido. O referencial teórico (Ação pública e políticas públicas) se dá a partir da revisão de literatura de dois campos de estudos principais: o campo das Políticas Públicas, e o da ciência da informação (Construção Social da Tecnologia) que nortearam o processo de produção de conhecimento científico. Desse modo, o principal referencial aborda as políticas públicas pelo prisma da **Sociologia da Ação Pública** de Lascoumes e Le Galès (LASCOURMES; LE GALÈS, 2007, 2012a, 2012b) que perpassa toda tese, sendo o fio condutor da mesma, devido a suas

características de inclusão e abrangência no estudo dos diversos atores envolvidos nas etapas de tomadas de decisão da política pública. Complementarmente, apresentamos a teoria da **Construção Social da Tecnologia** (BIJKER; HUGHES; PINCH, 1987; MACHADO, 2006; PINCH; BIJKER, 1984). Ambas refutam a ideia de autonomia e de neutralidade das Políticas Públicas e da Ciência e da Tecnologia, respectivamente, posicionando-se de forma contrária à tecnocracia. Com base nessa fundamentação teórica são apresentados os elementos, as etapas e processos da vida de uma política pública específica, além da própria estrutura política do seu país formulador, que sustentam o entendimento da mesma enquanto processo complexo, dinâmico, participativo e como arena de disputa de poder, sobretudo na etapa da implementação das políticas. A etapa da implementação é destacada na avaliação das políticas que pode se dar por meio dos seus instrumentos, na qual caracterizam-se os *websites*. Convém ressaltar que a escolha do referencial teórico da sociologia da ação pública visa promover a compreensão do processo de construção das políticas públicas de saúde como direito social, com potencial para a promoção da cidadania na consecução dos direitos à saúde, assegurados constitucionalmente, com foco na política de acesso ao tratamento medicamentoso no sistema público de saúde brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com o debate internacional.

Com base na configuração do referencial teórico, definimos o percurso metodológico percorrido e as técnicas/métodos de análise utilizadas, que se subdividiu em 3 etapas principais para o alcance dos objetivos: fase 1 - Definição do objeto de análise; fase 2 - Busca e revisão bibliográfica e, fase 3 - Análise de *websites* – MS e SES. A definição de análise dos instrumentos de ação pública – páginas eletrônicas de órgão de governo, se deu em acordo com o referencial teórico, de avaliar a política pública a partir de seus instrumentos (etapa de implementação da política), sob a perspectiva do cidadão comum.

No terceiro capítulo (Direito à saúde e Acesso a medicamentos) apresentamos os aspectos relacionados ao acesso a medicamentos e ao direito à saúde: conceitos, modelos, características, tendo analisado mais pormenorizadamente o CEAF enquanto política pública, isto é, seu funcionamento, estrutura e objetivos a partir da Política da Assistência Farmacêutica no SUS.

No quarto capítulo (Sociedade, Políticas Públicas e Internet), são abordados os aspectos das Tecnologias da Informação e Comunicação - TICs, a partir da conformação da nova sociedade informacional e do direito à informação. Apresentamos

as características e conceitos emergentes da sociedade da informação; um breve histórico do governo eletrônico, focando na centralidade do governo, a partir da determinação legal do eGOV, ao observar sobretudo os aspectos do nível sócio econômico educacional do país, e as características da oferta e da demanda dos serviços por meios eletrônicos (internet).

No quinto capítulo (Avaliação e análise das páginas eletrônicas), é apresentada a análise das páginas eletrônicas enquanto instrumento da ação pública quanto ao seu objetivo explícito de promover o acesso à informação e, por conseguinte, promover condições para o acesso à política de medicamentos especializados. Procuramos identificar se há coerência entre o modelo informacional disposto nas páginas e os interesses da sociedade - direitos sociais, saúde pública, diretrizes do SUS, transparência pública, acesso aberto, controle social, e da realidade brasileira.

A tese é finalizada com reflexões relacionadas às bases conceituais, teóricas e analíticas utilizadas para a análise da problemática escolhida, a partir da análise dos *websites* das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde responsáveis pelo acesso às informações sobre a política de medicamentos para a população.

2 CAPÍTULO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Esse capítulo objetiva apresentar as perspectivas teóricas da sociologia da ação pública e da Construção Social da Tecnologia, que fundamentam o percurso metodológico da pesquisa sobre o acesso a medicamentos na era do eGov no Brasil.

2.1 Ação Pública e a Construção Social da Tecnologia

A escolha da sociologia da ação pública de Pierre Lascoumes e Patrick Le Galès (LASCOUMES; LE GALÈS, 2007, 2012a, 2012b) como referencial teórico deve-se à ampliação da visão tradicional de estudos de políticas públicas – predominantemente centrado no estado como sendo o ator principal, o mais relevante – ao incorporar os avanços alcançados da nova sociologia das ciências (MACHADO, 2010) e das tecnologias (MACHADO, 2006) com a perspectiva teórica de construção social. Segundo Machado (2010), “a nova sociologia das ciências, ao se interessar pelo processo de concepção científica, isto é, pela ciência em vias de ser feita, reinstaura o papel das práticas, do coletivo, dos instrumentos, dos procedimentos [...]” (MACHADO, 2010, p. 124).

Os sociólogos que analisam as modalidades de interações entre tecnologias e sociedades (BIJKER, 1984; BIJKER; HUGHES; PINCH, 1987; BIJKER; LAW, 1992; PINCH), procuram apreender, segundo Machado (2003), os determinantes da mudança técnica/tecnológica e dar conta das formas assumidas pela inovação, operando “uma evolução significativa em relação às teorias dominantes até então” (MACHADO, 2003). Nesse sentido, Machado (2003), define tecnologia

como um conjunto complexo que compreende e associa dispositivos técnicos, saberes [próprio a um grupo de atores] e saber-fazer, uma certa apreensão do estado da arte e dos problemas que permanecem em aberto, uma representação dos métodos disponíveis ou pertinentes para resolver esses problemas, um certo número de ideias sobre as lições a serem tiradas das experiências passadas e sobre o futuro possível ou provável das tecnologias. Assim, a tecnologia se apresenta, essencialmente, como saber que pode ser incorporado em artefatos, ou desincorporado em relação aos artefatos, mas incorporado na prática cotidiana de todos os atores envolvidos com o desenvolvimento tecnológico (MACHADO, 2003, p. 57).

Pinch e Bijker (1984) insistem sobre o fato de que a lista dos atores envolvidos, o que eles chamam os “relevant social groups”, é específico de cada inovação e assume

um caráter estratégico no desenvolvimento das inovações: são eles que definem os problemas aos quais a inovação deve trazer uma resposta (PINCH; BIJKER, 1984). Esses avanços teóricos de ambas as sociologias vão ao encontro da sociologia da ação pública porque, como mostra Machado (2010, 2003), a situação sociocultural e política de um grupo social molda suas normas e valores que, por sua vez, influenciam o significado atribuído a um artefato como um instrumento de política pública (MACHADO, 2003, 2010). Como significados diferentes (PINCH; BIJKER, 1984), o modelo descritivo da construção social das tecnologias oferece a operacionalização de um relacionamento entre o meio mais amplo e o conteúdo verdadeiro da tecnologia, com uma tecnologia da informação e comunicação tipo *sites* eletrônicos ou *websites*.

Ainda, a abordagem da sociologia da ação pública atualiza a temática, ao incorporar a crítica formulada pela nova sociologia da ciência (MACHADO, 2003, 2010), em que a ciência e tecnologia deixam de ser uma prática neutra. A teoria incorpora a discussão da ciência, da técnica, na discussão política. Nesse processo de pesquisa, de investigação, de reflexão e de teorização, os autores provenientes da área das ciências sociais pesquisam e teorizam sobre as políticas públicas, atualizando de forma crítica a visão consagrada da ciência e da tecnologia como sendo artefatos ou práticas neutras. Problematiza-se e politiza-se a prática científica e o uso das tecnologias.

Tendo em vista que outros autores também estudam a ação pública, priorizamos Lascoumes e Le Galès por irem ao encontro do objeto escolhido para análise da problemática da tese, que é, justamente, as **tecnologias de governo**, isto é, **os instrumentos da ação pública**, representada por um tipo de tecnologia da informação e comunicação: as páginas de internet. Desse modo, incorporam a discussão sobre a ciência, a tecnologia, como objeto de reflexão da política pública, aliando nas suas discussões todo o avanço teórico conceitual da nova sociologia da ciência, que surgiu a partir dos anos 1970 (MACHADO, 2010). Assim, a teoria da construção social da tecnologia é incorporada pela teoria da sociologia da ação pública e, de forma complementar, caracteriza os *websites* como artefatos tecnológicos, não neutros, provenientes de construtos sociais. Os princípios que a estruturam são também princípios compartilhados com a perspectiva da ação pública, que tem o caráter democrático por contemplar a abrangência dos atores. Há uma convergência entre essa abordagem sociológica da ação e o avanço alcançado na nova sociologia da ciência.

Assim, Lascoumes e Le Galès incorporam esse avanço teórico conceitual, resumido

por Machado (2010), que a nova sociologia da ciência trouxe para compreensão da atividade científica e tecnológica na sociedade e atualizam a discussão clássica de políticas públicas. Carvalho (2015), ao abordar o tema da ação pública em sua revisão ressalta que:

Importa ter presente que os conceitos e os modelos de análise da ação pública têm múltiplas proveniências disciplinares (da ciência política, da sociologia política, do direito, da história e até da sociologia da ciência e da tecnologia) e não estão reunidas num quadro teórico único. Assim, sob a designação ação pública, reúnem-se abordagens teóricas diversas, ainda que tendam a analisar, articuladamente ou não, as interdependências entre os atores, a dinâmica das ideias e os instrumentos e técnicas da política e da ação públicas, por exemplo: a teoria da regulação social; a análise das redes políticas; as abordagens cognitivas (associadas a noções como referencial, paradigma, narrativa); **a sociologia dos instrumentos de ação pública**. (CARVALHO, 2015, p. 330, grifo nosso).

O enfoque a ser aqui utilizado foi o da sociologia dos instrumentos da ação pública e a perspectiva construtivista da tecnologia, por avaliar a política pública por meio das tecnologias de governo para a disseminação do conhecimento técnico-operacional.

2.1.1 Ação Pública e Políticas Públicas

As sociedades ocidentais vêm, ao longo das últimas décadas, passando por intensas transformações políticas, econômicas, tecnológicas, administrativas e sociais. No mundo contemporâneo e no Brasil, diante dessas mudanças, da modernização e dos avanços democráticos, novas configurações e diferentes ações públicas emergem, tendo como reflexo as modificações na forma de participação da sociedade.

A atuação cada vez mais dinâmica e interessada da sociedade, individual ou coletivamente, imprime um novo perfil de sujeitos, como agentes participativos. Desse modo, com essa ampliação da participação da sociedade, promovem-se novas relações entre as diferentes esferas sociais, em prol de objetivos comuns ou em conflito e tensões, por disputas de poder. Assim,

as estruturas de poder se modificam, traçando coordenadas em níveis organizacionais e de participação dos até então vivenciados, ficando difícil subestimar a expressão que a democracia imprimiu. Esse movimento democrático fez surgir um conjunto de direitos sociais que se generalizam como práticas legítimas, alterando as relações Estado-mercado e Estado-sociedade (CASTRO; GONTIJO; AMABILE, 2012, p. 29).

Essa atuação social tem promovido reflexos na constituição das políticas públicas, que ocorrem pelas múltiplas interações entre os atores, superando a noção de Administração Pública centralizada e rigidamente hierarquizada. Assim, ação pública, além da própria administração pública e da estrutura tecnocrática (líderes ou gestores públicos, estruturas mais elevadas do poder estatal, como Ministros, Secretários de Estado e funcionários de alto escalão), envolve as constantes interações entre os diversos atores da sociedade civil, que conjuntamente defendem seus interesses de reconhecimento e efetivação de direitos sociais. Envolve, também, as instituições, as normas, as representações coletivas e os procedimentos que disciplinam o conjunto de tais interações. Essas características constituem, para Lascoumes e Le Galès (2007, 2012b, 2012a), o que estabelece a denominação na **ação pública**. Por ser mais abrangente, substitui a expressão *políticas públicas*. Redimensiona-se assim o espaço restrito ao universo dos atores da política pública, situando-os em uma configuração coletiva. Dessa forma, a noção de *políticas públicas*, por sua vinculação limitada à administração estatal e a seus dirigentes, demonstra-se ser mais restritiva para o estudo das relações político-sociais nos dias atuais. Conseqüentemente, “o emaranhado de níveis, formas de regulação e de rede de atores forçou uma revisão das concepções estatísticas de intervenções públicas em benefício de sistemas de análise muito mais abertos” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, p.33).

A **sociologia da ação pública** emerge ao incorporar a análise das políticas públicas às ações das instituições públicas e à interação da variedade de atores públicos e privados. Os autores franceses colocam no centro da discussão das políticas públicas as **tecnologias de governo**, isto é, **os instrumentos da ação pública**.

O conceito de ação pública trabalhado contemporaneamente por Lascoumes e Le Galès, data de 1936, sendo instituído por Henry Laswell com a obra *Who gets what, when and how?* (Quem obtém o quê, quando e como?) (LASSWELL, 1936). Segundo Lascoumes e Le Galès (2012), “as políticas públicas são, antes de tudo, escolhas das clientelas e, por ricochete, das vítimas. Laswell enfrentou essa forma de análise como uma ciência da ação, que denominou *Policy Science*” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, p. 40).

Segundo Brasil e Capella (2015), outro conceito inicial se deu na perspectiva pluralista de Dahl (1956), quando este se contrapõe à vertente elitista de poder político, então dominante. Assim, o autor questiona a tomada de decisões e alternativas

realizadas exclusivamente por um grupo dominante, iniciando os estudos que consideram a formação da agenda governamental como parte integrante e indispensável do processo político em governos democráticos. Desse modo, Dahl enfatiza que “num sistema político democrático a definição de questões que ascendem ao governo e o controle de alternativas e soluções não poderia ficar nas mãos de um único grupo dominante” (DAHL, 1956 *apud* BRASIL; CAPELLA, 2015).

Cabe destacar a definição clássica de Dye (1995), de políticas públicas como sendo “tudo o que o governo decide fazer e não fazer” (DYE, 1995, p. 3). No centro desse conceito estão contempladas as ações do governo, mas, fundamentalmente também, as inações intencionais, isto é, o que conscientemente se torna escolha de não realização, que embora silenciada, revela tantos ou mais atos da administração.

Contemporaneamente, Mota (2010), em um esforço conceitual, procedeu à análise de diversas definições de Políticas Públicas, de forma a extrair as dimensões que as mesmas comportavam, conforme apresentamos abaixo:

[...] uma política pública é: a) um processo contínuo de decisões, por ação ou omissão, b) tomadas por órgãos públicos, ou outros por eles empossados, e c) expressas em textos (leis, regras, regulamentos, entre outros), práticas, símbolos e discursos, que refletem d) o resultado da conjugação de perspectivas que diversos atores têm relativamente a e) um problema societal real, ou que seja expectável que venha a surgir. Assim, e com a finalidade de f) produzir impactos reais na vida dos cidadãos, a política deverá g) especificar grupos-alvo e meios (humanos, financeiros, logísticos, organizacionais, etc) que idealmente deverão ser alocados, h) bem como o tipo e conteúdo da provisão (MOTA, 2010, p. 8).

Ainda, de acordo com Amabile *et al.* (2012), as Políticas Públicas são:

decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade. Podem também ser compreendidas como estratégias de atuação pública, estruturadas por meio de um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam na realidade. (CASTRO; GONTIJO; AMABILE, 2012, p. 390).

Os autores ressaltam, contudo, que embora sejam legalmente instituídas pela autoridade formal, a responsabilidade para promovê-las vem aumentando a participação da sociedade civil, que, de forma compartilhada, tem ampliado sua participação no processo decisório, por meio de variados mecanismos (CASTRO; GONTIJO; AMABILE, 2012).

Machado (2012), alinhado à nova sociologia da ciência e da tecnologia considera políticas públicas “como construções sociais, historicamente situadas,

imagens espelhadas da própria sociedade, que mudam ao longo do tempo, por serem artefatos humanos resultantes das inter-relações e tensões entre o global e o local; do mesmo modo que as ciências e as tecnociências” (MACHADO, 2012, p. 22).

Por sua vez Fujita (2014), em uma perspectiva estadocêntrica, dispõe que:

a expressão ‘política pública’ pode ser definida como o conjunto de ações desencadeadas pelo Estado, no caso brasileiro, nas escalas federal, estadual e municipal, com vistas ao atendimento a determinados setores da sociedade civil. Portanto, cabe ao Estado propor ações preventivas diante de situações de risco à sociedade por meio de políticas públicas (FUJITA, 2014, p. 17).

Ainda, contemporaneamente, as “Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas de forma a:

- tornar públicas e expressas as intenções do Governo;
- permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião, em particular, à discussão das propostas de Governo;
- orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;
- funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis” (BRASIL, 1998, p. 7).

Castro, Gontijo e Amabile (2012), chamam atenção para o fato de que as políticas públicas “influenciam e são influenciadas por valores e ideais que orientam a relação entre Estado e sociedade. Grupos organizados se revezam como condicionantes dessas variáveis participando direta e indiretamente do processo decisório que as sustenta.” (CASTRO; GONTIJO; AMABILE, 2012, p. 390).

Não pretendemos, aqui, fazer uma varredura conceitual exaustiva do termo Políticas Públicas, mas, sim, apresentar exemplos expressivos da variedade de perspectivas existentes, uma vez que, conforme exposto por Mota (2010) em sua revisão:

Uma das ditas dificuldades de circunscrição reside exatamente na própria definição de Políticas Públicas. Diferentes realidades espaço-temporais, mas também diferentes matrizes ideológicas, são responsáveis pela apresentação de definições diferentes, por vezes até divergentes (MOTA, 2010, p. 8).

Complementarmente, no anexo A, apresentamos uma sistematização dos

quadros teóricos e dos modelos de análises de políticas públicas, propostos por Araújo e Rodrigues (2017), a partir do principal foco de atenção dos autores, a fim de ilustrar a riqueza teórica das diferentes abordagens utilizadas nas pesquisas. Chama-se atenção para a possibilidade de os autores promoverem estudos que envolvem mais de uma questão (foco de observação e reflexão) ou abordagens integradas (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017). Os autores Lascoumes e Le Galès ocupam na referida lista o campo de estudo do “funcionamento das políticas públicas”, com foco nos **instrumentos da ação pública**, sendo os únicos com o referido foco de estudo. Eles entendem a ação pública enquanto “espaço sociopolítico construído tanto por técnicas e instrumentos quanto por finalidades, conteúdos e projetos de ator” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 21). Enquanto críticas da visão funcionalista, deixam claro que:

A sociologia da ação pública é ainda uma sociologia política que se interessa pela articulação das regulações sociais e políticas, pelos conflitos, recursos financeiros, atividades políticas e pelas questões de legitimidade dos atores, sobretudo dos servidores públicos, dos governos e dos governantes. Por fim, essa disciplina busca, na sociologia das ciências e das técnicas, o aporte teórico sobre as tecnologias (estatísticas, índices, mapas) e outras ferramentas de gestão (instrumentos orçamentários, **sistemas de informação**). (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, p. 39, grifo nosso).

Em síntese, enquanto objeto de estudo, as políticas públicas se configuram:

em primeiro lugar, [como] processos complexos e multidimensionais que se desenvolvem em múltiplos níveis de ação e de decisão — local, regional, nacional e transnacional. Em segundo lugar, envolvem diferentes atores — governantes, legisladores, eleitores, administração pública, grupos de interesse, públicos-alvo e organismos transnacionais —, que agem em quadros institucionais e em contextos geográficos e políticos específicos, visando a resolução de problemas públicos, mas também a distribuição de poder e de recursos (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017, pp. 11-12).

Não se pode perder de vista o entendimento de que,

mais do que o enfrentamento caso a caso dos desafios sociais, as políticas públicas são ações coletivas que participam da criação de determinada ordem social e política, da direção da sociedade, da regulação de suas tensões, da integração dos grupos e da resolução de conflitos (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, pp. 31-32).

Como vimos, embora a temática das referidas tecnologias seja estudada há muitos anos, “[...] raramente o tema é colocado no centro da análise” [...] e, em geral, [é] apresentado de maneira funcionalista, como se adviessem de simples escolhas técnicas” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p. 20). Nesse sentido, essa orientação

teórica interessa-se pela *forma* como os projetos e programas sociais são implementados.

2.1.2 Rupturas com as políticas públicas

Para Lascoumes e Le Galès (2012) há três grandes direções que justificam a superação do modelo ultrapassado das políticas públicas:

- Os níveis de ação espacial que se multiplicaram para cima e para baixo pelo mundo globalizado, que ultrapassam as barreiras de países e continentes, envolvendo também regiões, departamentos e municípios;
- A proliferação de fontes de influência com crescente participação das organizações internacionais;
- A multiplicidade de atores e relações estabelecidas que tem introduzido nas atuais políticas mecanismos de mercado, privatizações, parcerias público-privadas e gestão corporativa.

Essas mudanças na configuração das políticas públicas atuais promovem o que Lascoumes e Le Galès (2012) chamam de rupturas com paradigmas tradicionalmente sedimentados das análises das políticas, que se caracterizam por:

(1) ruptura com o voluntarismo político – que tudo faz em prol do povo, agindo para o bem comum. Pesquisas mostraram que não é porque as leis são formalizadas que uma política se transforma; ainda, muitas decisões não produzem os efeitos desejados: “os efeitos do voluntarismo político variam enormemente em função da execução que revela sempre atores inesperados, processos caóticos e consequências imprevistas” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, p. 50);

(2) ruptura com a ideia de unicidade do Estado (que agiria de forma imparcial, de forma autônoma e exclusiva), uma vez que as políticas contemporâneas são influenciadas por diversos grupos de pressão, com heterogeneidade de redes de atores e lógicas de especialização, em constante confronto por seus objetivos;

(3) ruptura com o fetichismo da decisão, tendo em vista o distanciamento das estruturas de implementação, viciosos e imperfeitos. Diversas pesquisas têm demonstrado a importância da avaliação da integridade das políticas, considerando, também, “os processos contraditórios, as oportunidades dispersadas e o quanto a decisão política pode se dissolver na ação coletiva. As não decisões, os bastidores e os atores ocultos são tão importantes na ação pública quanto os gestos visíveis e

encenados” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, p. 51).

[...] o fato é que essa transformação redimensionou o papel da ação pública e o significado material e simbólico dos seus conteúdos. Assim, multiplicaram-se os “públicos”, mas também e primordialmente as esferas de decisão que os contém e os reproduzem sem cessar: as experiências locais de participação e de gestão das políticas públicas; os conjuntos regionais e inter-regionais de governança; a transnacionalização das instâncias jurídicas e dos instrumentos de regulação econômica por intermédio dos “mercados” e das agências econômicas multilaterais. Todas essas esferas se converteram em centros de iniciativas para uma governança de novo tipo, moldada, no entanto, pela complexidade e mobilidade, e mesmo pela fuga, das atividades passíveis de serem reguladas. A estrutura de governança que orienta essa ação pública se tornou mais fluída, policêntrica e menos hierárquica ao se referenciar em vários centros difusores de ação (LANZARA, 2016, p. 2).

Assim, passamos a examinar o papel dos atores nessa nova conformação das políticas públicas.

2.1.3 Os atores na ação pública

Como exposto, as políticas sociais e, especialmente, as políticas públicas para os problemas da saúde, pela sua multicausalidade e complexidade, envolvem diferentes atores que se inter-relacionam além do próprio Estado. Essa participação ocorre nas diversas etapas da vida de uma política pública, isto é, desde o processo de reconhecimento pelo Estado e pela sociedade, enquanto direito social, até a sua efetiva implementação.

Na teoria da sociologia da ação pública, os atores ocupam lugar de destaque pelo papel que desempenham e pela dinâmica promovida. De acordo com George Sarmento (2012), o vocábulo *atores* é “utilizado em sociologia para designar todas as pessoas físicas ou jurídicas que atuam ativamente na tomada de decisões” (SARMENTO *in* LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, p. 18). De acordo com o Dicionário de Políticas Públicas (2012), o termo *atores sociais* é utilizado para “designar os indivíduos cuja participação interferem na qualidade das ações que impactam na qualidade de vida de todos os seres que constituem as diversas redes sociais” (CASTRO; GONTIJO; AMABILE, 2012, p. 29). Desse modo,

por estar organizado sob uma forma humana e social, o mundo, como horizonte de demandas, necessidades e interesses, vem solicitando que o homem se aproprie das responsabilidades que lhe competem no delineamento do novo cenário político que se imprime na

contemporaneidade. Essa nova configuração consolida a efetiva participação dos Atores Sociais, principalmente como legitimação das políticas de garantia dos direitos humanos, sociais e políticos (CASTRO; GONTIJO; AMABILE, 2012, p. 29).

Para tal,

o ator público e o ator privado devem ser capazes de desenvolver estratégias de ação que, efetivamente, tenham repercussões palpáveis sobre o desenrolar de determinada ação pública a ponto de modificá-la, aprimorá-la, ampliar o seu espectro de ação ou, até mesmo, abortá-la (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, p. 18).

Desse modo, há na perspectiva da Sociologia da Ação Pública a valorização das relações de poder que se estabelecem previamente, assim como na constituição e implementação das políticas públicas. Enquanto processo político é, portanto, permeado por interesses diversos, em contraposição a expectativas racionais compartilhadas entre todos os envolvidos, rejeitando a visão racionalista. “Consequentemente – e como atrás se referiu –, a adoção do prisma da ação pública altera a perspectivação e a focalização das políticas públicas” (CARVALHO, 2015, p. 317), redimensionando a amplitude e intensidade de participação papel do Estado, e as inter-relações com os demais atores não-estatais.

Nesse sentido, temos que as políticas públicas têm ao longo do tempo deixado de ser obra de atuação exclusivamente dos Estados, mas uma construção dinâmica da interação de diversos atores sociais, sejam eles públicos ou privados, individuais ou coletivos, que disputam com outros relações de poder e influências de estratégias, projetos e resultados (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a). São os atores coletivos, que exercem maior influência. Os atores coletivos públicos “possuem características como poder de decisão, legitimidade institucional, compromisso com os interesses comuns, atribuições para fiscalizar os órgãos administrativos, promover licenciamentos, etc.” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, p. 19). Os atores coletivos privados configuram as associações, Organizações Não Governamentais (ONGs), sindicatos, instituições financeiras, grupos de interesse (profissionais, estudantes, pesquisadores, pacientes), que, por sua vez, podem mobilizar recursos e pessoas para que de forma articulada e coletiva promovam ações em prol de interesses comuns. Já individualmente, os atores podem atuar por meio de denúncias, representações a órgãos públicos, recurso à mídia, sensibilização da opinião pública etc.

“A principal mudança diz respeito à crise do Estado-nação como entidade soberana e a crise conexa da democracia política, como foi construída nos dois últimos

séculos” (CASTELLS, 1999, p. 428).

E essa é certamente a grande contribuição da Sociologia da Ação Pública: incluir no foco de pesquisa e da ação a dimensão da representação e da disputa de sentidos que ocorrem nos processos políticos e que são ignorados nos processos, equivocadamente, entendidos como apenas de **gestão** (CARVALHO, 2017, p. 3, grifo nosso).

No Brasil, no campo das políticas públicas de saúde, “nos anos que mediarão a 8ª Conferência e a Assembleia Constituinte, teve lugar um complexo processo de negociação política que envolveu lideranças da área da saúde, parlamentares e Poder Executivo” (LIMA *et al.*, 2005, p. 16).

O debate teórico e político, com implicações para os processos decisórios, precisa lidar com os condicionantes relacionados à herança setorial da saúde, à diferenciação entre os setores público e privado, aos problemas federativos e às tensões que se verificam no que se refere à definição e implementação de políticas sociais em um país marcado por profundas desigualdades (LIMA *et al.*, 2005, p. 18).

Atualmente, na área de medicamentos, é frequente a atuação de grupos de interesse, estabelecido de um lado, por pacientes, que organizados em associações exercem pressão para a consecução dos seus objetivos nas referidas políticas, a exemplo da disputa para maior e melhor acesso às tecnologias de saúde (medicamentos, diagnósticos, equipamentos, etc.). Por outro lado, pelas grandes indústrias farmacêuticas, dado o poder econômico-financeiro, dispõe de prestígio e influência perante os tomadores de decisão - os agentes políticos de alto escalão, e demais atores relacionados, médicos, farmacêuticos, gestores, dentre outros. Formam assim, a complexa engenharia política de representação e articulação de interesses, influências e disputas de heterogêneos atores no campo da saúde.

Desse modo, “a capacidade do Estado de gerir os conflitos da sociedade e de implementar políticas redistributivas é constitutiva dos processos de democratização por incitar a mobilização coletiva de importantes atores” (LANZARA, 2016, p. 4).

Contemporaneamente, temos:

Para o mundo político contemporâneo em que se insere o Estado atual, novas forças, até então desconhecidas, procuram influir no comportamento humano. O avanço das tecnologias, inclusive na área da comunicação, como a internet, cria outra estrutura de atividade e de saber, juntamente com a globalização e o aumento da população mundial, e faz com que a humanidade tenha diante de si um quadro de recentes exigências (CASTRO; GONTIJO; AMABILE, 2012, pp.167-168).

As relações de poder também estão sendo transformadas pelos processos sociais contemporâneos. A sociedade atual, concebida como uma sociedade informacional - Era da Informação, tem o poder, como a “capacidade de impor comportamentos, [e] reside nas redes de troca de informação e de manipulação de símbolos que estabelecem relações entre atores sociais, instituições e movimentos culturais por intermédio de ícones, porta-vozes e amplificadores intelectuais”. Desse modo, o Poder “fica fundamentalmente inscrito nos códigos culturais mediante os quais as pessoas e as instituições representam a vida e tomam decisões, inclusive políticas... As ‘batalhas culturais’ são travadas basicamente dentro da mídia e por ela, mas os meios de comunicação não são os detentores do poder” (CASTELLS, 1999, p. 426). O que vai ao encontro da ação pública, na qual os atores e os instrumentos não são vistos como elementos neutros. Esses se inserem no campo de atuação das políticas, promovendo e interferindo nas decisões e escolhas.

2.1.4 Modelos de análise para o estudo da ação pública

A partir das rupturas estabelecidas e da variabilidade dos conceitos no campo teórico, temos modificações na forma de análise das políticas públicas. Na contemporaneidade, a multiplicidade de inter-relações, a complexidade da vida social e do governo, e os sistemas cada vez mais intrincados do mundo moderno têm promovido novos olhares analíticos, como enunciado pela sociologia da ação pública. Lascoumes e Le Galès (2012) expõem algumas questões. O que se percebe é que “algumas análises das políticas públicas se baseiam na definição dos problemas a serem solucionados e as formas de conceituá-los; outras se concentram na perspectiva histórica dos desafios a serem enfrentados pelos atores e pelas instituições” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, pp. 44-45). “A análise das políticas públicas, ao tomar como objeto de estudo a ação pública afirma-se, em ciência política, como a disciplina que permite abrir a ‘caixa negra¹⁶’ do sistema político” (ARAÚJO; RODRIGUES, 2017, p. 12).

Lanzara (2016) expõe tal complexidade:

Um dos principais desafios das ciências sociais na atualidade é tentar

¹⁶ “Para os Estudos Sociais da Ciência e da Tecnologia, “caixa preta” é utilizado para caracterizar uma variedade de fatos científicos e de artefatos tecnológicos bem-estabelecidos, ou seja, não questionados por quem quer que seja” (MACHADO, 2010).

compreender as complexidades que cercam a ação pública em suas múltiplas interfaces. Contudo, esse desafio dispensa soluções fáceis, visto que as transformações colocadas em curso nas últimas décadas multiplicaram os espaços da ação pública. O Estado deixou de ser o organizador soberano dessa ação que, desde tempos remotos, se manifestou através de uma modernidade própria, caracterizada pela definição de um lugar político e, correlato a isso, de um espaço definido de regulação (LANZARA, 2016, p. 1).

Lascoumes e Le Galès (2002a) defendem uma política pública que reúna cinco elementos de forma articulada possibilitando, conjuntamente, a análise da ação pública. Eles são denominados de Pentágono das Políticas Públicas: os atores, as representações, as instituições, os processos e os resultados. Desse modo, têm-se:

- Os atores: organizados de forma individual ou coletiva, que, dotados de recursos, atuam por interesses próprios (materiais ou simbólicos);
- As representações: são os espaços cognitivos e normativos que dão sentido às suas ações, as condicionam e refletem;
- As instituições: são as normas, regras, rotinas, procedimentos que governam as interações;
- Os processos: são as formas de interação e sua recomposição no tempo. Justificam as atividades de mobilização dos atores;
- Os resultados: são as consequências, os efeitos da ação pública.

A análise das políticas públicas segue por duas perspectivas distintas e conflitantes: uma que atribui um papel preponderante à estrutura do Estado e seus governantes, e as intervenções que imputam na sociedade. Na análise *top down* (de cima para abaixo), valoriza-se a visão racional e hierárquica, em uma perspectiva funcionalista do Estado. Nessa, são analisadas as decisões centrais e os efeitos desencadeados por ela. As políticas públicas em si não são objeto de destaque, compondo apenas mais um elemento de reflexão marginal, derivado do voluntarismo político. A outra perspectiva, *bottom up* (debaixo para cima) analisa as políticas públicas pelas interações entre os indivíduos (atores), a inter-relação, os mecanismos de coordenação, a formação dos grupos, as regras do jogo e os conflitos. O foco principal é os grupos de interesse e os movimentos sociais, importantes nas transformações das políticas públicas. Desse modo, o Estado, os atores públicos e as decisões tomadas se configuram igualmente como fatores de análise (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a).

As formas de análise das políticas têm impacto direto sobre a escolha da problemática. Na primeira forma (perspectiva política), objetiva-se compreender o

alcance da ação política e os efeitos dos processos executados em nível central, correspondendo a expressão *política pública*. A segunda visão (sociológica) estabelece a prioridade nas interações entre os diversos atores que resultam na política, designando a expressão *ação política*, que, dada a reestruturação do Estado contemporâneo, tem sido largamente utilizada pelos autores atuais. Apesar dessa segmentação, Lanzara (2016) observa que as análises das políticas públicas na atualidade têm priorizado metodologias combinadas:

Cada vez mais as análises sobre as políticas públicas estão abandonando certas dicotomias infrutíferas, tal como agência *versus* estrutura, passando a focar em metodologias que conjugam processos macroestruturais, como os de transformação do Estado e de mudança institucional, com as estratégias de mobilização dos atores políticos e sociais, destacando as representações que esses atores fazem das políticas públicas produzidas (LANZARA, 2016, p. 2).

A análise da ação pública preconiza observar os dispositivos concretos de política pública como construções sociais procedentes de um jogo complexo entre uma multiplicidade de atores sociais, políticos e econômicos (MASSARDIER, 2011). Podemos dizer que a sociedade, hoje, assim como na política pública, está interligada em uma complexa rede de atores e instituições, conforme o conceito de “sociedade em rede” de Castells e Cardoso (2006), em que: “a Sociedade em Rede é a nossa sociedade, a sociedade constituída por indivíduos, empresas e Estado operando num campo local, nacional e internacional” (CASTELLS; CARDOSO, 2005, p. 9).

Daí a necessidade de pensar essa questão em termos de ação pública abrangendo a multiplicidade de atores que exercem indiscutível influência nas decisões governamentais; os espaços sociais onde são travados os debates, bem como **ferramentas a serem utilizadas para fortalecer a regulação e a implementação das tarefas planejadas.** [...] Tudo passa pela reconfiguração do Estado contemporâneo, suas estruturas de poder, seus objetivos constitucionais, a interpretação dos desafios sociais, pela adoção de instrumentos de democracia participativa (LASCOURMES; LE GALÈS, 2012b, p. 43, grifo nosso).

Assim, para compreender a (re)configuração da ação pública no campo dos medicamentos, a partir da política pública estabelecida pelo CEAF, adota-se como recorte analítico a análise dos *sites* (instrumentos) do MS e das SES, entendidos como dispositivos concretos de políticas públicas.

2.1.5 Os instrumentos da ação pública

As políticas públicas, para que tenham expressão das suas práticas, são, muitas

vezes, operadas por instrumentos, que são as técnicas, os meios de operar, ou dispositivos. Esses instrumentos podem ser descritos, dentre outros, como: legislativo e regulador, econômico e fiscal, convenção e incentivo, **informativo e de comunicação**. Lascoumes e Le Galès (2012) apresentam 3 níveis de observação: instrumento, técnica e ferramenta. Desse modo, temos:

O instrumento é um tipo de instituição social (o recenseamento, a cartografia, a regulamentação, a taxação, etc.); a técnica é um dispositivo concreto que operacionaliza o instrumento (a nomenclatura estatística, a escala de definição, o tipo de figuração, o tipo de lei ou o decreto); e a ferramenta é um micro dispositivo dentro de uma técnica (a categoria estatística, a escala de definição da carta, o tipo de obrigação previsto por um texto, uma equação calculando um índice) (LASCouMES; LE GALÈS, 2012, p. 22).

Segundo Lascoumes e Le Galès (2012), a instrumentação da ação pública é “o conjunto dos problemas colocados pela escolha e o uso dos instrumentos que permitem materializar e operacionalizar a ação governamental” (LASCouMES; LE GALÈS, 2012, p. 20). Assim, interessa tanto compreender as razões da escolha de determinado instrumento, como os efeitos produzidos por essas escolhas. “Aplicado ao campo político e à ação pública, reteremos como definição de instrumento: um dispositivo técnico com vocação genérica portador de uma concepção concreta da relação política/sociedade e sustentado por uma concepção da regulação” (LASCouMES; LE GALÈS, 2012, p. 21).

Ainda, consonante com esses autores, os instrumentos manifestam singularidades históricas nas relações estabelecidas entre os governantes e os governados, que vão além dos aspectos puramente técnicos. A partir de uma lógica própria, os instrumentos revelariam, como já explorado por “Max Weber, sobre a burocracia, em Foucault, sobre as ciências camerais, passando por contribuições da sociologia do trabalho e das ciências da gestão, os autores fundamentam uma perspectiva sobre «governabilidade» e o exercício do poder em relação aos instrumentos” (LASCouMES; LE GALÈS, 2012, p. 19).

Ao inserir os instrumentos no centro da análise das políticas públicas, é possível revelar dimensões que de outra forma não seriam evidenciadas. Assim, a noção de instrumento de ação pública ultrapassa as abordagens funcionalistas que tem como pano principal os objetivos das políticas públicas, promovendo uma desconstrução pelos instrumentos. Os instrumentos, portanto, são escolhas e, de certo modo, revelam as estratégias dos governantes, como exposto:

Inércia, produção de representação específica e problematização particular de desafios caracterizam os instrumentos indicando que eles não são neutros, que não dizem respeito apenas à busca de acordos entre governantes e governados sobre meios e objetivos. Os instrumentos também apresentam riscos à ação pública (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p.19).

Um instrumento de ação pública constitui, assim, um dispositivo ao mesmo tempo técnico e social, que organiza relações sociais específicas entre o poder público e seus destinatários, usuários das políticas públicas, isto é, entre governantes e governados. Isso é possível por meio das representações e das significações que constituem os instrumentos que desnaturalizaram os objetos técnicos.

A instrumentação da ação pública é um meio de orientar as relações entre a administração pública (sociedade política) e a sociedade civil. Assim, por intermédio dos dispositivos, estabelecem-se as relações combinando aspectos técnicos (normatizações, procedimentos, cálculos) e sociais (representação, símbolo): “essa instrumentação se exprime sob uma forma mais ou menos estandardizada que constitui uma obrigatória passagem pela ação pública e mistura obrigações, relações financeiras (cobrança de impostos/ajudas econômicas) e meios de conhecimento das populações (observações estatísticas)” (LANZARA, 2016, p. 27).

Desse modo, conforme explicitado, os instrumentos são portadores de valor, regulando o comportamento a partir das interpretações sociais. “Um instrumento não é jamais redutível a uma racionalidade técnica pura. Ele é indissociável dos agentes que programam seus usos, fazem-no evoluir e compõem, a partir dele, comunidades de especialistas” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 21). Assim, promovem efeitos complementares, “considerando, de um lado, os efeitos gerados pelos instrumentos em sua autonomia relativa, de outro, os efeitos políticos dos instrumentos e as relações de poder que eles organizam” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 23). Por meio dos instrumentos se estabelece constantemente a relação entre as informações e os atores.

De acordo com Barroso (2010), o “conhecimento” atua como instrumento de regulação das políticas públicas e promove produção de sentidos. Os atores da ação pública produzem, apreendem, transformam e aplicam os conhecimentos. Desse modo, ao incorporar os conhecimentos na ação pública, “simultaneamente, um processo cognitivo, político e social que implica uma transformação dos próprios conhecimentos e dos próprios atores nas diversas cenas em que atuam” (BARROSO, 2010, p. 32). O autor propõe que “mais do que falar em ‘política baseada no conhecimento’ deveríamos

falar em ‘conhecimentos transformados pela (em) política’, o que, numa perspectiva de ‘ação pública’, significa os conhecimentos que resultam da interação de diferentes atores, em diferentes níveis de atuação” (BARROSO, 2010, p. 32).

Substituindo a atuação tradicional de um poder descendente, autoritário e punitivo, a ação pública propõe uma concepção disciplinar, que sobre técnicas normatizam os indivíduos que possibilitam orientar à distância seus comportamentos e condutas. Como é o caso do uso dos *websites* dos órgãos públicos, instrumentos do nosso estudo, ao orientar a ação dos indivíduos que buscam, à distância, informações para o acesso à política do CEAF. Nesse caso, o fator “à distância” tem representativa importância, pois, como já explorado anteriormente, trata-se de uma política pública centralizada nos estados, de forma que as representações físicas (farmácias) estão parcialmente distribuídas nos municípios, geralmente concentradas na capital e nos grandes centros. Assim, dispor de instrumentos que possam orientar as ações e práticas para apropriação de serviços públicos “à distância” configura de importante valia.

Desse modo, a instrumentação se estabelece no centro da governabilidade. “Essas técnicas se enriquecem e se diversificam no período contemporâneo (século XX) com novas ferramentas de enquadramentos baseadas na contratualização ou ferramentas de comunicação (informações obrigatórias), mas que apresentam sempre o mesmo caráter de dispositivos” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 27).

Num mundo cada vez mais complexo, globalizado, temos uma multiplicidade de atores que atuam em intrincadas redes de diversas finalidades, de transversalidade de problemas, de mudanças de escalas territoriais, que se constitui numa nova governança negociada. “Para além da desconstrução do Estado, dos limites do governo e dos fracassos das reformas, as pesquisas sobre o governo e as políticas públicas evidenciaram a renovação dos instrumentos de ação pública seja para o desenvolvimento de receitas despolitizadas da ‘nova governança’” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 28).

A **informação pública** torna-se assim uma questão considerável que permite orientar as demandas e os termos da escolha, porque o par direito à informação/obrigação de informar pode aparecer como um novo arcano do poder (LASCOUMES, 1998). O exercício do poder se efetuou durante muito tempo pela cobrança e centralização de informações a guiarem decisões políticas, restando um bem retido pelas autoridades públicas (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 28, grifo nosso).

Dada essa nova configuração, do crescente dos espaços públicos e privados, fez-

se necessária uma flexibilização das relações entre governantes e governados, ao abarcar a tendência da “modernização” e da “participação”. Nesse contexto,

novos instrumentos foram introduzidos para assegurar uma melhor funcionalidade da gestão pública criando uma subjetivação crescente de relações políticas e o reconhecimento de “reivindicação de direitos” dos cidadãos frente ao Estado. Uma nova relação é, então, estabelecida entre **direito à expressão política e direito à informação**.

Após ter organizado **direitos de acesso** necessitando um papel ativo do cidadão, o Estado introduziu diversas obrigações de informar (information required ou mandatory disclosure) (BARBACH; KAGAN, 1992) que pesam sobre o detentor, seja ele público (por exemplo, o risco de catástrofe natural) ou privado (por exemplo, a indústria farmacêutica). O objetivo perseguido é duplo: de uma parte, assegurar uma informação ao público sobre situações de risco; de outra parte, exercer uma pressão normativa sobre o emissor, estimulando-o a melhor enquadrar suas práticas (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p. 29, grifo nosso).

Lascoumes e Le Galès apresentam a reflexão de Giandomenico Majone sobre as novas formas de regulação. Nesta, o autor acredita que as agências europeias estejam cada vez mais substituindo a “regulação regulamentar (*command and control*)” por uma “regulação pela informação que privilegia a persuasão”. E dispõe:

Essas ações de **produção e de difusão contínua de informação** têm uma dupla função constitutiva e instrumental em seu campo de competência. Elas agem a três níveis: a programação e a construção das agendas nacionais, a orientação dos métodos e dos objetivos, enfim, a consciência de potencial pela valorização de outros alvos além dos já rotinizados (MAJONE, 1997 *apud* LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p. 29, grifo nosso).

Os instrumentos podem promover mudanças na ação pública e revelar transformações mais profundas (de seu sentido, de seu quadro cognitivo e normativo e de seus resultados). Isso se deve, segundo os autores da ação pública, ao fato de que os acordos sobre os meios sejam mais fáceis de serem alcançados entre atores do que sobre os de objetivos. Pode-se usar de instrumentos que modifiquem os objetivos ou resultado de uma política, sem tocar nas questões mais problemáticas, agindo de forma implícita na relação entre governante e governado, interferindo sobre o poder social e os modos de exercê-lo.

A instrumentação é uma questão política uma vez que se dá pela “escolha da via de ação, que pode também ser objeto de conflitos políticos, vai estruturar em parte o processo e seus resultados” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 32). Desse modo, “quanto mais a ação pública se define por seus instrumentos, mais as questões da

instrumentação correm o risco de realçar conflitos entre diferentes atores, interesses e organizações. Os atores mais poderosos serão levados a defender a adoção de certos instrumentos em detrimento de outros” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 32).

Lascoumes e Le Galès trabalham com dois pressupostos principais:

- a instrumentação da ação pública é numa questão maior da ação política porque ela é reveladora de uma teoria (mais ou menos explícita) da relação governante/governado, cada instrumento sendo uma forma condensada de saber sobre o poder social e os modos de exercê-lo. A abordagem técnica ou funcionalista dos instrumentos dissimula os desafios políticos;
- os instrumentos em operação não são dispositivos neutros, eles produzem efeitos específicos independentes dos objetivos perseguidos e que estruturam, segundo sua lógica própria, a ação pública (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 32).

Lascoumes e Le Galès fazem uma crítica aos trabalhos de política pública consagrados à questão da instrumentação, que são marcados por uma forte orientação funcionalista, caracterizada por quatro traços:

- a ação pública é fundamentalmente concebida em um sentido pragmático, isto é como um procedimento político-técnico de resolução de problemas por meio de instrumentos;
- raciocina-se em termos de naturalidades desses instrumentos que são considerados como estando “à disposição” e que não põem questões em termos de melhor adequação possível aos objetivos fixados;
- a questão da eficácia dos instrumentos é a problemática central. Os trabalhos sobre a operação das políticas consagram uma grande parte de suas investigações à análise da pertinência dos instrumentos e à avaliação dos efeitos criados;
- face às lacunas das ferramentas clássicas, e sempre em uma direção pragmática, a pesquisa de novos instrumentos é, muito frequentemente, considerada, seja por oferecer um ramo de alternativa aos instrumentos habituais (cujos limites foram demonstrados por numerosos trabalhos sobre a operação), seja por conceber meta-instrumentos permitindo uma coordenação dos instrumentos tradicionais (planejamento, esquema de organização, convênio) (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 33).

A análise dos instrumentos tem também como origem questões de vigilância e controle, que se dá pela capacidade dos instrumentos em orientar e tornar previsível o comportamento dos atores. “Ela sublinha igualmente os efeitos próprios dos instrumentos que se condicionam ao ponto de criar um pesadelo burocrático centralizador” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 38).

Em suma, os autores colocam que tomar como análise a abordagem em termos de instrumentos é:

completar os olhares clássicos em termos de organização, de jogos de atores e de representações que dominam hoje largamente a análise da

ação pública. Ela permite colocar outras questões e integrar de modo renovado interrogações tradicionais. Ela leva a aprofundar em particular a noção de política procedimental centrada no estabelecimento de instrumentos de ação a partir dos quais os atores engajados são encarregados de definir os objetivos das políticas. Enfim, em um contexto político no qual prevalecem as grandes nebulosas ideológicas e a diferenciação dos discursos e dos programas é cada vez mais difícil, torna-se possível considerar que atualmente é pelos instrumentos de ação pública que se estabilizam as representações comuns sobre as questões sociais (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a, p. 37).

Desse modo, estabelece Carvalho (2015) que se as políticas públicas, ao serem entendidas como espaços comunicacionais e sociais nos quais se exprimem e interagem diferentes modos de relação com o mundo (no caso do autor, o campo educacional), elas poderiam, então,

ser observadas a partir de múltiplos pontos de sua produção e ancoragem: nos documentos oficiais e oficiosos, como a legislação, nos textos de comissões, nos estudos e nos relatórios (prévios ou posteriores ao estabelecimento formal de uma política), nos lugares de mediatização, na imprensa periódica especializada e não especializada, nas narrativas dos atores, nas reuniões e noutros espaços sociais de interação (CARVALHO, 2015, p. 320).

Face ao exposto, a política pública de AF e a política de eGOV foi observada nos documentos oficiais que configuram o arcabouço legal (Constituição, leis, decretos, portarias, etc.) e na ferramenta da ação pública – os *websites* das SES. Esses *websites*, enquanto instrumentos de ação pública e, como vimos, desprovidos de neutralidade, têm sido pensados através da abordagem teórica do campo da nova sociologia da ciência e tecnologia conhecida como Construção Social da Tecnologia.

2.1.6 Construção Social da Tecnologia

Complementarmente à análise das políticas públicas, a partir de instrumentos, na perspectiva da sociologia da ação pública de Lascoumes e Le Galès (2012), a tecnologia da informação e comunicação *website* será analisada com base na teoria da Construção Social da Tecnologia. Apesar das diferenças próprias dos seus objetos, ambas as perspectivas teóricas comungam da importância da centralidade do cidadão no desenvolvimento de tecnologias em nossas sociedades.

Ambas as teorias observam as políticas e os instrumentos (artefatos tecnológicos) como processos socialmente construídos, com fundamental participação

de diversos atores sociais e políticos. Suas semelhanças residem no entendimento de que os fatores sociais estão relacionados ao processo de produção de conhecimento científico, e de artefatos tecnológicos nas sociedades.

A perspectiva da Construção Social da Tecnologia (SCOT – *Social Construction of Technology*) foi consolidada na década de 1980 como enfoque capaz de considerar o desenvolvimento tecnológico articulado a condicionantes sociais (FRANCISCATO, 2014).

Serafim e Dias (2010) dispõem que a centralidade da perspectiva SCOT está no rompimento da dualidade tecnologia/sociedade e, dessa maneira, na compreensão da interação íntima existente nas relações entre o tecnológico, o social, o econômico, científico etc. Por esse motivo, não é possível a aceitação da dissociação desses fatores, seja no processo de construção da tecnologia ou na análise dessa construção (SERAFIM; DIAS, 2010).

Pinch e Bijker (1984), autores representantes da construção social da tecnologia, conceituam-na considerando o caráter social que a tecnologia possui e refutam a ideia de neutralidade da mesma. Os autores defendem que, uma vez que a tecnologia está imersa em um contexto social, ela é também determinada pela sociedade e influenciada pelos seus mais diversos interesses. Para os referidos autores, o processo de desenvolvimento de um artefato tecnológico é descrito como uma alternância entre variedade e seleção em um modelo multidirecional determinado pela influência dos grupos sociais. Assim, o processo de construção social é determinante de cada artefato (PINCH; BIJKER, 1984).

2.1.6.1 Construção Social da Tecnologia e Políticas

Se em uma primeira análise política e construção social da tecnologia não apresentam singularidades, essa percepção inicial pode ser desconstruída com um olhar mais focado, tal como fizeram Serafim e Dias (2010) ao realizar um estudo comparativo da associação entre a Construção Social da Tecnologia e a Análise de Políticas. A partir desse estudo, observaram que:

Tecnologia e política constituem, à primeira vista, dois mundos diversos e afastados. Mas essa separação é apenas aparente. Isso porque a tecnologia, por um lado, é um objeto inerentemente social e, portanto, político. Já a política, por sua vez, também pode ser entendida como uma tecnologia de organização social e de intervenção sobre a sociedade (SERAFIM; DIAS, 2010, p. 61).

No quadro abaixo, apresentamos, de forma sintética, as características comparadas da Construção Social da Tecnologia e a Análise de Políticas, identificadas pelos autores anteriormente citados.

Quadro 1 - Construção Social da Tecnologia e Análise de Política: características comparadas

	Construção Social da Tecnologia	Análise de Política
Objeto	Relação tecnologia-sociedade	Relação Estado-sociedade
Foco analítico	Micro e meso	Meso e macro
Instrumentos metodológicos	Pesquisa de base empírica (estudos de caso)	Estudos teóricos; estudos de caso; estudos comparativos
Caráter dos estudos	Descritivo e explicativo	Descritivo, explicativo, normativo

Fonte: Serafim e Dias, 2010.

No referido quadro, podemos observar o elemento “sociedade” como elo em ambas teorias. Desse modo, a “sociedade” conecta-se tanto na relação com a tecnologia quanto na relação com o estado, sendo os dois constituintes da nossa análise.

Nesse estudo, os autores identificam ainda “três pares de conceitos pertencentes, respectivamente, à leitura da Construção Social da Tecnologia e da Análise de Política: grupos sociais relevantes e atores sociais; atribuições de significados e modelo cognitivo; *technological frame e policy networks e advocacy coalitions*” (SERAFIM; DIAS, 2010, p. 68).

Desse modo, a junção das teorias da ação pública com a da construção social da tecnologia nos permite a compreensão dos condicionantes tecnológicos da sociedade e dos componentes sociais da tecnologia, na aplicação e usos dos instrumentos nas políticas públicas.

Percebe-se que os efeitos políticos, designadamente, das novas tecnologias são o resultado de uma complexa conjugação de fatores, sobre os quais não é possível formular teorias pré-estabelecidas, seja sobre a sua extensão, seja sobre a sua performatividade em cada situação concreta (DAHLBERG, 2004, p. 37 *apud* ESTEVES, 2010). Assim como na ação pública, ao fugir de explicações convencionais, lineares e interpretações determinísticas, nas relações tecnologia-sociedade, a abordagem SCOT propõe um modelo multidirecional para a análise dos processos que levam à construção da tecnologia. “Processos esses que não são estritamente sociais ou puramente tecnológicos, como colocariam as interpretações deterministas. São, sim,

sociotécnicos, em sua própria essência simultaneamente sociais e tecnológicos” (SERAFIM; DIAS, 2010, pp. 63-64).

De modo semelhante, Lascoumes e Le Galès dispõem para as polícias públicas que as mesmas são constructos por interação e, muitas vezes, por tensão dos diversos atores sociais. Na teoria de Pinch e Bijker, conforme observado por Silva *et al.*, (2015), temos processos semelhantes para os artefatos tecnológicos:

Podemos observar que a abordagem de Pinch e Bijker (2008) possui um enfoque artefactual através do qual as diferentes tecnologias para chegar ao atual estágio passaram por um processo não linear de desenvolvimento no qual houve disputas entre diversos grupos sociais que possuíam diferentes interesses e demandas que poderiam ser atendidos por diversos artefatos que eram modificados não por critérios de eficiência, como entendido pelo senso comum, e sim como formas de solucionar os problemas dos grupos sociais dominantes. (SILVA *et al.*, 2015, p. 213).

Feenberg (2010) aponta criticamente que acreditar na neutralidade da tecnologia é “negligenciar o atual estado miserável da humanidade. Um estado ideal no qual os cidadãos possam alcançar armas eficientes, é diferente de medicamentos eficientes, que são diferentes de educação eficiente. Ética e socialmente não podemos ignorar essas diferenças”. E complementa: “as escolhas dos cidadãos deveriam concentrar-se em quais valores necessitariam ser incorporados aos suportes tecnológicos em nossas vidas, submetendo as decisões tecnológicas a um filtro mais democrático” (FEENBERG, 2010, p. 31).

Ao direcionar o acesso democrático às questões da ciência, tecnologia e sociedade (enfoque CTS), de modo similar, Böck (2015) destaca, mais uma vez, a não neutralidade da C&T, uma vez que são construídas socialmente, “e defende o acesso dos cidadãos à educação em C&T com o objetivo de torná-los capazes de intervir e opinar sobre as decisões tecnocientíficas e assim submeter a C&T a um filtro democrático que considere as consequências que o avanço da ciência e tecnologia proporcionam à sociedade” (BÖCK, 2015, p. 1).

O eGOV reúne aspectos políticos, tecnológicos e da C&T e, desse modo, constitui um elo das teorias anteriormente apresentadas. O eGOV, ainda, configura-se como uma rede sociotécnica¹⁷, conforme apresentação de Barbosa (2008) pela visão de

¹⁷ Convém esclarecer, que na “tecnologia como rede: existem tantas incertezas sobre a sociedade quanto sobre a tecnologia, ou, dito de outro modo, a inovação é um processo de estabilização conjunta do social e do técnico que conduz a arranjos híbridos, nos quais os elementos tecnológicos e sociais estão indissociavelmente misturados.” (MACHADO, 2006, p. 9).

Ospert e Damodaran (2007). “Para estes autores, o eGOV é uma rede composta por um conjunto de sistemas de informação de larga escala que influencia a vida dos cidadãos, os quais devem se engajar nas etapas de definição, desenvolvimento e avaliação desses sistemas” (BARBOSA, 2008, p. 204).

Desse modo, reunindo todas essas perspectivas e pontos de vista, adotaremos nesta pesquisa os conceitos e premissas da sociologia da ação pública e da construção social da tecnologia. Temos como pressuposto que os atores humanos (políticos, gestores públicos e cidadãos) e não-humanos (serviços públicos eletrônicos, *websites*, políticas públicas e base legal que sustentam as políticas públicas de saúde e informação) formam a rede sociotécnica do eGOV. O uso das tecnologias de informação e comunicação manifestam impacto sobre a sociedade, os indivíduos e as organizações. Conforme disposto por Barbosa (2008), cabe chamar atenção:

No entanto, as condições sócio-econômicas e culturais específicas associadas a grupos de usuários das soluções tecnológicas oferecidas pelos programas de governo eletrônico afetam a percepção e a codificação dos artefatos tecnológicos e, conseqüentemente, a construção da realidade do governo eletrônico. A visão determinística leva a se ignorar a natureza e a força dos múltiplos processos sociais incorporados na relação tecnologia-sociedade (BARBOSA, 2008, p. 74).

Dada a riqueza da análise de uma política pública ser alcançada através do estudo de diversos instrumentos da ação pública, como é o caso, nessa tese, das páginas eletrônicas das SES e do MS, por se tratar de tecnologias da informação, essa análise se dará no contexto de governo eletrônico (eGOV), abordando os *websites* enquanto construção social da tecnologia.

2.2 Percurso Metodológico

Minayo (2013), ao retomar Bruyne *et al.* (1995, p. 16), suscita que “na realidade histórica de seu devir, o procedimento científico é, ao mesmo tempo, aquisição de um saber, aperfeiçoamento de uma metodologia, elaboração de uma norma” (MINAYO; GOMES, 2013, p. 12). Assim, dada a natureza desta pesquisa, a mesma compõe uma análise do direito à saúde e do acesso à informação, por meio do acesso a medicamentos do CEAR, isto é, análise dos aspectos sócio-políticos-administrativos, e, também, da necessidade de avaliação do seu instrumento de divulgação técnico-operacionais e de

gestão enquanto artefato tecnológico e promotor do acesso a essas políticas públicas por parte das SES e do MS, os *websites*.

Como afirmam Lascoumes e Le Gales (2012), a análise da ação pública pelos instrumentos trata de “enriquecer as ferramentas conceituais existentes”, e a partir de então, “identificar e promover melhores instrumentos” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p. 32). Desse modo, por meio das análises realizadas e, da identificação de experiências exitosas, fazemos apontamentos de melhorias para aprimoramento do instrumento de tecnologia de informação – os *websites*. Uma vez que, de acordo com Snijkers, Rotthier, & Janssen (2007) as avaliações comparativas também, são fonte de aprendizado e ajudam a identificar as melhores práticas relativas às políticas de governança eletrônica, assim como descobrir tendências globais na área (CGI.BR, 2018b, pp. 37-38).

2.2.1 Fases da pesquisa

O percurso metodológico foi dividido em 3 fases, de forma a alcançarmos cada um dos objetivos estabelecidos e responder as perguntas de pesquisa.

Figura 1- Fases da pesquisa



Fonte: autora (2018).

A seguir, apresentamos a descrição de cada uma das 3 fases estabelecidas.

2.2.1.1 Fase 1: Definição do objeto de análise

Conforme Sauerborn *et al.* (1999) destacam, para a implementação de novas intervenções pelos sistemas e serviços de saúde devem ser considerados não apenas os aspectos técnicos. Para que a pesquisa tenha alguma chance de influenciar as políticas de saúde, é preciso que as necessidades de todos os atores sejam levadas em consideração, desde a fase inicial de planejamento até a implementação dos projetos e a disseminação dos resultados (SAUERBORN *et al.*, 1999 *apud* MOREL, 2004, p. 267). Essa orientação metodológica vem ao encontro do preceito estabelecido no conceito de ação pública, no qual a política é constituída pela multiplicidade de atores sociais, e como posicionamento teórico da nova sociologia da ciência e da tecnologia expressa no conceito de Construção Social da Tecnologia. Como dispõe Lascoumes e Le Galès, “a ação pública é um espaço sócio-político construído tanto para técnicas e instrumentos como para finalidades e conteúdo” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012b, p. 199).

Considerando a multiplicidade de possibilidades de análises das políticas pela ação pública, dadas essas múltiplas origens disciplinares, e, portanto, múltiplas formas de análise, estas incluem as interdependências entre os atores, a dinâmica das ideias e os instrumentos e técnicas da política e da ação pública, tendo como forma de análise, por exemplo, a sociologia dos instrumentos de ação pública, dentre outros (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012a).

A escolha do estudo das informações para políticas públicas de assistência farmacêutica por meio de instrumentos da ação pública, se dá, portanto, pelos aspectos apresentados no referencial teórico da ação pública, e da construção social da tecnologia, nos quais é possível caracterizar os *websites* enquanto **instrumentos da ação pública**. “Aplicado ao campo político e à ação pública” [...] o instrumento é “um dispositivo técnico com vocação genérica portador de uma concepção concreta da relação política/sociedade e sustentado por uma concepção de regulação” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p. 22). Desse modo, os *websites* enquanto instrumento de ação pública e de governo eletrônico, “constitui um dispositivo tanto técnico como social [uma vez] que organiza as relações sociais específicas entre o poder público e seus destinatários em função das representações e das significações das quais é portador” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p. 21). Dessa forma, enquanto

instrumento é, portanto,

[...] um meio de operar as relações entre a sociedade política (via executivo-administrativo) e a sociedade civil (via sujeitos administrados) por intermediários, dispositivos misturando componentes técnicos (medida, cálculo, regra de direito, procedimento) e sociais (representação, símbolo). [...] e mistura obrigações, relações financeiras e meios de conhecimento das populações (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p. 27).

Por meio do uso dos instrumentos é possível materializar e operacionalizar a ação governamental, possibilitando orientar à distância as condutas dos cidadãos. Como instrumento de gestão, os *websites* pela sua capacidade de atuar qual seja, provê informações gerais, cadastrais e biomédicas para acesso a serviços públicos de AF. Esses *websites*, enquanto eGOV,

[...] incorpora[m] uma rede sociotécnica, cujo contexto social e tecnológico define a relação dos atores sociais (cidadãos) com artefatos tecnológicos (portal de serviços públicos eletrônicos) num determinado contexto (programas de governo eletrônico) [...] encaixa-se no quadro teórico [...] como um dos artefatos tecnológicos (objeto não-humano) mais importantes que interagem com os cidadãos-usuários (objetos humanos que compõem os grupos sociais relevantes). Da mesma forma, os serviços públicos eletrônicos, as informações, as ferramentas e os canais de comunicação disponíveis no portal são também objetos não-humanos, que interagem todo o tempo com os cidadãos-usuários (BARBOSA, 2008, p. 114-148).

2.2.1.2 Fase 2: Busca, revisão bibliográfica e identificação dos principais instrumentos legais.

A metodologia de natureza qualitativa consiste no levantamento, organização e análise de informações identificadas em fontes primárias e secundárias - textos e documentos na literatura científica (bases científicas de dados), estudos históricos (artigos, teses, dissertações, livros, relatórios, etc.), documentos oficiais: *websites* oficiais de órgãos e instituições públicas, legislação - principais instrumentos jurídicos recentes (arcabouço legal) que disciplinam e organizam a estruturação e desenvolvimento da política de assistência farmacêutica no país, especificamente a do Componente Especializado, e as questões do acesso à informação e da implantação do governo eletrônico.

Nesta fase realizamos a busca e revisão de textos e documentos que compõem as discussões acerca dos temas e sua contextualização. Realizamos nossa busca na base de

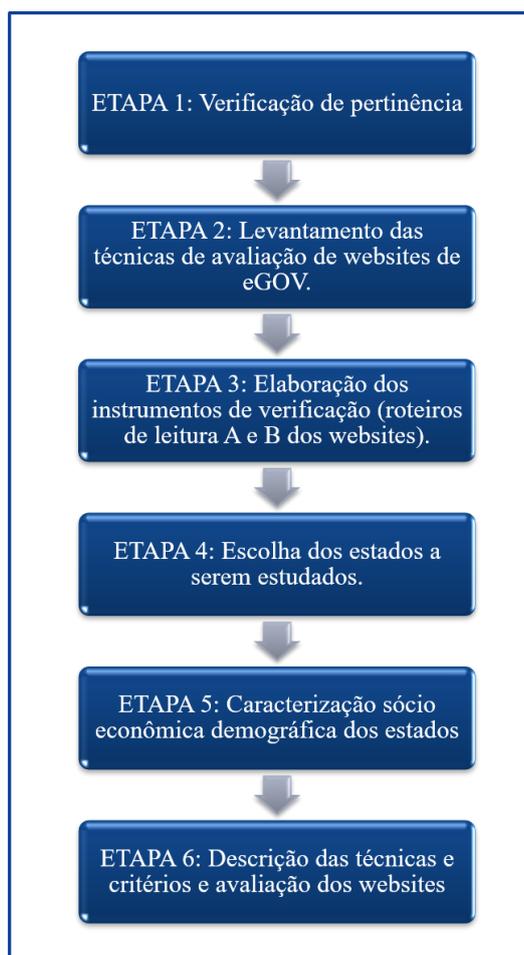
dados LILACS, SciELO e nas fontes de teses e dissertações (Portal da Capes, Biblioteca digital de teses e dissertações (BDTD), Biblioteca virtual em saúde (BVS)) e no buscador acadêmico do Google (Google acadêmico), conforme descritores apresentados no apêndice A. Além da busca nas bases de dados, realizou-se uma busca manual nas listas de referências dos artigos selecionados. Para o arcabouço legal realizamos a busca em diversas páginas eletrônicas oficiais, e os documentos foram organizados de forma cronológica. Gradativamente, foram realizadas as etapas de leitura e análise documental, a fim de subsidiar as questões de pesquisa desse trabalho.

2.2.1.3 Fase 3: Análise dos *websites*

Esta fase objetivou a análise dos *websites*, uma vez caracterizados enquanto instrumento de ação pública do eGOV, para a implementação do componente Tecnologia da Informação e Comunicação da política de medicamentos especializados. Para tanto, foi necessário subdividi-la em 6 etapas para avaliar a disponibilização das informações que são publicizadas, identificando os aspectos positivos (experiências exitosas) e, os aspectos negativos, propondo melhorias às páginas eletrônicas de serviços públicos de saúde.

Para a construção da estratégia de análise dos *websites* das SES e do MS, foram consideradas as seguintes premissas: a) que estivessem em conformidade com o disposto no conceito de ação pública utilizado nesse trabalho (não tecnicismo absoluto dos instrumentos); b) que fosse possível o estabelecimento da representatividade regional do país; c) que dispusesse da avaliação centrada na perspectiva do usuário, ou seja, que o foco da análise fosse realizado sob o olhar de um usuário comum que necessite de informações para acesso à política do CEAF. Assim, no que diz respeito à oferta de serviços eletrônicos, toda pesquisa foi realizada numa perspectiva focada no atendimento das necessidades do cidadão e na tecnologia envolvida, tendo como escopo a avaliação dos aspectos relacionados à oferta e à qualidade dos serviços eletrônicos do CEAF disponibilizados pelas SES e MS.

Essas premissas foram consideradas em todas as 6 etapas da terceira fase que apresentamos a seguir:

Figura 2 - Etapas da terceira fase da pesquisa

Fonte: autora (2018).

As etapas são abaixo caracterizadas:

2.2.1.3.1 Etapa 1: Verificação de pertinência – esta etapa foi realizada a fim de estabelecermos uma avaliação prévia do material de análise da pesquisa (*websites*), para aproximação exploratória do objeto de pesquisa e assim verificar a viabilidade de realização da mesma, seguindo a orientação de Minayo e Gomes (2013) em que “o importante, a nosso ver, é fazer uma avaliação do material disponível antes de iniciarmos a etapa final da pesquisa” (MINAYO; GOMES, 2013, p. 81). O detalhamento e os resultados da verificação de pertinência, como a primeira etapa da terceira fase de pesquisa encontra-se no Apêndice B;

2.2.1.3.2 Etapa 2: Levantamento das técnicas de avaliação de *websites* de eGOV - esta etapa constitui-se de levantamento de experiências de pesquisa em avaliação de

websites de eGOV, tendo como foco identificar técnicas, elementos e variáveis que fossem compatíveis com nosso objetivo de pesquisa. Para tanto, buscamos aqueles que se tratasse de experiências em eGOV, na perspectiva do usuário/cidadão comum e não por um especialista na área tecnológica e, desse modo, prover a leitura e avaliação crítica dos *websites*. Identificamos em diversos estudos a aplicação de listas de verificação (roteiro de leitura dos *websites*) que são guias para a identificação dos itens de interesse a serem observados nas páginas eletrônicas. Essas listas de verificação comparativamente entre os estudos tratam de variações na composição de itens, “resultantes da inclusão/exclusão de itens que faziam parte também de outras listas” (BARBOZA; NUNES; SENA, 2000, p. 120). Assim, os autores visitados procederam compondo os critérios para avaliação dos *websites* governamentais fazendo-se as adaptações julgadas necessárias de acordo com o objetivo do estudo, estabelecendo para cada uma delas, uma listagem específica de critérios de avaliação. Desse modo, “não se pode dizer que existe apenas uma ‘listagem’ padronizada que possa suprir o avaliador de condições e critérios incontestáveis de avaliação” (ESTÊVES, 2010, p. 34). Os autores e as técnicas identificadas estão em detalhes no Apêndice C.

2.2.1.3.3 Etapa 3: Elaboração dos instrumentos de verificação (roteiro de leitura dos *websites*) - dada as experiências visitadas para a avaliação de *websites*, conforme detalhamento presente no apêndice C, centramos nossa avaliação dos *websites* a partir de instrumentos de verificação. Estes consistem em “uma lista de itens pré-estabelecidos que devem ser marcados a partir do momento que forem avaliados, são usadas para certificação de que os passos ou itens foram avaliados e em que nível eles estão” (ESTÊVES, 2010, p. 25).

Devido à inexistência de uma metodologia disponível na literatura científica para o estudo da problemática em análise, desenvolvemos um percurso a partir de vários referenciais, agrupados em dois roteiros. Essa ferramenta de leitura, respectivamente, de natureza abrangente e específica, o Roteiro A e o Roteiro B, tem uma composição heterogênea que demanda esclarecimento sobre alguns dos seus itens constitutivos, referidos mais à frente e, de forma resumida nos próprios roteiros.

Priorizamos os aspectos relacionados às características gerais que tornam uma página eletrônica de eGOV acessível, evitando aspectos exclusivamente técnicos. Desse modo, a avaliação está centrada na forma e no conteúdo, estabelecidas em documentos oficiais e nas bases legais específicas, dada a importância que esses dois aspectos

apresentam:

Os aspectos em relação ao conteúdo e à forma como são apresentados são importantes e complementares. Não é satisfatório ter informações relevantes se o acesso é difícil, assim como não basta que o *site* seja bem estruturado, com muitos recursos, se as informações não são suficientes para o usuário (ESTÊVES, 2010, p. 13).

Descrição da composição dos instrumentos de verificação: roteiros de leitura dos *websites*.

- Instrumento de verificação – Roteiro A

O primeiro instrumento – Roteiro A – é composto por questões relacionadas: i) à Política Nacional de Governo Eletrônico (doravante eGOV), por meio da Cartilha de Usabilidade do Programa Brasileiro de Governo Eletrônico e do documento de Indicadores e métricas para avaliação de e-Serviços, ambos do governo federal (BRASIL, 2010), ii) ao índice de legibilidade e, iii) à Política de Acesso à Informação, por meio da Lei de Acesso à Informação - Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (doravante LAI), que regula o acesso a informações no país (BRASIL, 2011c).

Na impossibilidade de uma normativa geral para os órgãos estaduais, e dado à similaridade do objetivo dos *sites* de governo – foco na relação entre Estado e cidadão, utilizamos os documentos de âmbito federal citados (Cartilha de Usabilidade e Indicadores e métricas), na avaliação dos *sites* do MS e das SES.

A proposta do Governo Eletrônico é, dentre outras, de ofertar serviços públicos ao cidadão por meio eletrônico. Nesse sentido, os aspectos da facilidade de uso ou usabilidade que tratam da qualidade de interação e navegação no *website* é tido como um dos fatores críticos para o atingimento dos objetivos de acesso e uso das páginas eletrônicas (BRASIL, 2007a). Em síntese, o objetivo da aplicação da usabilidade é que cada pessoa que visite o *site* encontre o que está buscando de maneira simples, ou seja, este deve encontrar menos ações, campos a serem preenchidos, caminhos a serem percorridos, favorecendo a redução de erros e tempo de navegação e assim, se sinta à vontade para retornar ao *site* sempre que quiser ou precisar (BRASIL, 2007a). Esse é um processo interdisciplinar que deve ter o usuário como ponto de partida.

No caso dos serviços públicos ofertados por órgãos de governo, temos como o principal usuário **o cidadão** e o como objeto, **as páginas eletrônicas, as informações e os serviços disponibilizados eletronicamente pelos governos**. A interface é o meio

pelo qual ocorre essa interação, isto é, como cada pessoa intervém, dialoga e modifica o objeto da interação - o *website*. Para tanto, quanto mais fácil, simples, direta e amigável for a interface, mais a pessoa poderá fazer uso da mesma (BRASIL, 2010). Assim, a usabilidade deve estar a favor do usuário, nesse caso, o cidadão que busca informações e serviços públicos de saúde – medicamentos e, portanto, com variado e amplo perfil socioeconômico educacional que contempla a toda sociedade brasileira. Isto é, nível de educação, idade, familiaridade com as TICs, etc., sendo que não haverá um cidadão igual ao outro, ou com a mesma vivência. Desse modo, o público alvo é composto por pessoas: i) Com níveis diferentes de conhecimento e familiaridade com computadores e internet; ii) Com níveis diferentes de interesses nos serviços e informações; iii) Com diferentes cargas de conhecimento e educação; iv) Com idades diversas em momentos diversos da vida; v) Com características demográficas diversas (BRASIL, 2010, p. 9).

Interfere ainda o contexto da utilização (de onde o cidadão acessa, em que ambiente e em que condições), e o objetivo (sucesso e a satisfação na realização desse objetivo estão diretamente relacionados com o tempo, o número de passos necessários, a possibilidade de prever o que deve ser feito e a necessidade de aprendizado) (BRASIL, 2010).

Para que a informação seja acessível, a página deve ser fácil de usar, que permita uma navegação intuitiva e rápida (BRASIL, 2007a). Isto é, as páginas eletrônicas de governo devem, sobretudo, ser um meio de inclusão social, sem barreiras a quem usa.

A Cartilha de usabilidade e o Manual de indicadores e métricas apresentam elementos e diretrizes que visam que as interfaces dos *websites* tenham um impacto significativo na credibilidade e usabilidade do *website*, e o adequado alinhamento da implantação de e-serviços públicos com as necessidades da população ao considerar, sobretudo serviços públicos prestados à sociedade. Seleccionamos as diretrizes e indicadores que melhor se aproximassem com o nosso objetivo e que não tivesse de forma predominando aspectos técnicos. Para tanto, são apresentados os 4 critérios seleccionados que compõem o indicador de usabilidade do eGov utilizados no Roteiro A (Navegabilidade, Desenho/*Layout*, Legibilidade e Maturidade) (BRASIL, 2010):

- 1. Navegabilidade:** as informações devem ser facilmente encontradas, sem necessidade de percorrer vários caminhos intrincados dentro da página. Itens que contribuem para a navegabilidade:

- Presença de mapa do sítio ou portal (indica a variedade de conteúdo do domínio, servindo como um tutorial para auxílio à navegação);
- Campo de busca (ferramenta de pesquisa de conteúdo que permita o acesso à informação de forma objetiva, transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão). A Cartilha de usabilidade do Governo Federal estabelece que a ferramenta de busca esteja presente em todas as páginas, preferencialmente no canto superior direito. Nessa pesquisa, além da presença do campo buscamos identificar sua funcionalidade, ao realizar pesquisa pelas palavras definidas e relacionadas ao objeto da informação: “remédio”, “medicamento” e “farmácia”, uma vez que, ainda, de acordo com a referida Cartilha, a busca deve sempre apresentar resultados para as palavras-chave mais frequentes colocadas pelos cidadãos, mesmo que estas palavras não pertençam à terminologia oficial da instituição, tendo os resultados independentes do uso de letras maiúsculas, minúsculas, acentos, plural, etc;
- Presença de barra de estado ou “migalha de pão” (*breadcrumb*) - disponibilização do caminho navegado para chegar ao ponto atual. Normalmente em uma barra horizontal na parte superior do *site*, permitem rastrear o caminho de volta para uma seção maior. Essa ferramenta possibilita um meio de localização dentro da estrutura de navegação do *site* (REIS, 2007);
- Acesso à informação/serviço em até três cliques a partir da página principal, de modo a não tornar a busca pela informação um longo caminho;
- Acesso à informação/serviço de forma fácil e intuitiva - requer que a informação seja encontrada intuitivamente, sem que o usuário da página tenha que pensar onde buscar a informação. Para tanto, as páginas ou serviços mais utilizados devem estar em fácil acesso na navegação, presentes antes da linha de dobra, ou em níveis mais superiores, ou ainda, deve-se criar atalhos para que o cidadão tenha seu acesso simplificado. Assim, terminologias e *menus* devem estar dispostos de forma lógica e intuitiva para o cidadão. A organização do *site* não deve espelhar a estrutura departamental do órgão ou instituição, devendo evitar o emprego de termos relacionados à informática ou o jargão interno e siglas da sua instituição. Com base nessas orientações, consideramos um *site* fácil e intuitivo, aquele que tenha apresentado na sua página inicial termos relacionados à temática, tais como: “remédio”, “farmácia”, “medicamento”. Apesar de se tratar de um jargão técnico, não usual para a sociedade em geral, consideramos

também o termo “assistência farmacêutica”, por guardar similaridade com o nome farmácia;

- Formas de seleção do serviço – mais de uma forma de seleção do serviço favorece a encontrabilidade das informações. Desse modo, as páginas podem apresentar acessos diferenciados por perfil de usuário, como: gestor, cidadão, profissional, ou por áreas de interesse;

2. Desenho/Layout: O desenho da página tem um impacto significativo na sua credibilidade e usabilidade, devendo, sobretudo, respeitar o cidadão. Desse modo, os aspectos de desenho, devem:

- Trabalhar em favor do cidadão;
- Seguir a função do *site*;
- Auxiliar a compreensão do seu conteúdo;
- Manter a clareza, simplicidade e legibilidade da informação;
- Contribuir para a encontrabilidade dos itens de informação do *site*;
- Garantir a facilidade de navegação (BRASIL, 2010).

Com relação ao desenho/*layout* foram selecionados:

- Existência de uniformidade/padrão de apresentação e formatos - implica que os elementos da identidade visual estejam localizados sempre no mesmo lugar, tais como os elementos comuns a todas as páginas, como logotipos, atalhos e caixas de busca, assim como padronização de ícones, cores;
- Fundos neutros - fundos são suportes para a boa programação visual. O uso de fundos excessivamente coloridos, com elementos decorativos exagerados ou berrantes, desviam o foco do conteúdo da informação e prejudicam a legibilidade do texto;
- Alinhamento do texto à esquerda - o alinhamento à esquerda é mais fácil de ser lido que o blocado (justificado) ou centralizado. O espaço branco irregular criado no texto justificado altera o ritmo e tempo de leitura que cria um ruído narrativo na informação, diminuindo o entendimento.

3. Legibilidade: está relacionada com a compreensão da linguagem, que para os serviços públicos, dado a abrangência e variedade do público alvo, deve ser

apresentada com uma linguagem clara e objetiva independentemente de ser técnica ou corrente.

Quando o objetivo é medir o nível de complexidade de um texto, um conceito importante é o de “leitabilidade”, tradução literal do inglês para *readability*, ou também em português, o termo adotado de inteligibilidade (KARNAL; PEREIRA, 2013). Na atualidade, o conceito de inteligibilidade pode ser utilizado como a qualidade da linguagem que é compreensível, ou medida de quanto confortável ou facilmente um texto pode ser lido (BARBOZA, 2010; KARNAL; PEREIRA, 2013). Para avaliação da inteligibilidade, nos utilizamos, portanto, de técnicas de leitura direta (pessoal humana) e automatizada (índices). A leitura humana consiste na avaliação direta observando a linguagem adotada (técnica ou leiga) e a clareza das informações. De forma complementar, nos utilizamos de medidas de inteligibilidade que se dão por meio de fórmulas que “se concentram em aspectos lingüísticos do texto, que são mais fáceis de quantificar, constituindo um método fácil e barato de aplicação para predizer as dificuldades de leitura do texto” (BARBOZA, 2010, p. 25). Trata-se de modelo matemático que avalia a estrutura de um texto quanto às suas frases, parágrafos e quantidade de sílabas das palavras (tamanho) (SCARTON; ALUÍSIO, 2010). Para o cálculo do índice de legibilidade do texto (ILT) utilizamos a fórmula de *Flesch-Kincaid* (ILFK) por ser a mais conhecida, estudada e validada para o idioma português (MARTINS *et al.*, 1996): $ILT = 248,835$ [valor padrão] – $(1,015$ [valor padrão] \times ASL) – $(84,6$ [valor padrão] \times ASW), sendo ASL o tamanho médio do número de palavras dividido pelo número de sentenças, e, ASW, o número médio de sílabas por palavra. Para o cálculo do índice, utilizamos o *site* de separador de sílabas *on-line* (www.separarensilabas.com) na identificação e contagem dos elementos (sílabas, palavras e sentenças), e, em seguida, aplicamos a fórmula. O ILT indica, em uma escala de 0 a 100, a dificuldade de compreensão de um documento e a correspondência do grau de escolaridade apropriado para aquela leitura, estimando os anos de estudo necessários para a adequada compreensão, que é mensurado com base na adaptação ao sistema escolar brasileiro:

- Muito fáceis - índice entre 75 – 100: textos adequados para leitores com nível de escolaridade até a quarta série do ensino fundamental);
- Fáceis - índice entre 50 – 75: textos adequados a alunos com escolaridade até a

oitava série do ensino fundamental;

- Difíceis - índice entre 25 – 50: textos adequados para alunos cursando o ensino médio ou universitário;
- Muitos difíceis - índice entre 0 – 25: textos adequados apenas para áreas acadêmicas específicas.

Este modelo trata-se de uma transposição para o idioma brasileiro, que se encontra validado.

4. Maturidade do serviço: na avaliação geral é possível identificar o nível de maturidade do serviço prestado eletronicamente. Este traduz em que medida o serviço é completo pelas facilidades oferecidas. As fases apresentadas pelo Governo Eletrônico Brasileiro utilizam-se de três das quatro fases baseadas no documento “*Gartner’s Four Phases of EGOVERNMENT Model*” elaborado pelo *Gartner Group* em 2000 (BRASIL, 2007a). Os níveis de maturidade são:

- Informação (menor nível) - é caracterizada pela descrição das informações básicas necessárias para cada procedimento ou serviço tais como: onde obter, horário e local de funcionamento da instituição e pré-requisitos necessários. Geralmente são informações estáticas, básicas, limitadas e com propósito geral;
- Interação (nível médio) - este estágio oferece a possibilidade de pesquisa, obtenção e submissão dos formulários necessários para a realização dos procedimentos, além de *links* para outras informações relevantes. O modelo de prestação do serviço ainda é voltado à estrutura formal e os departamentos de governo são referenciados de acordo com o organograma;
- Transação (evoluído) – este nível transacional já permite a obtenção completa do serviço público de forma *on-line*, disponível 24 horas durante os 7 dias da semana (24x7). Além disso, a estrutura departamental por trás da prestação de serviços deixa de ser percebida.

Referente à **Lei de Acesso à informação** (2011), esta estabelece que “É dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, por procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão” (art. 5º) e, que os cidadãos têm o direito a obter (BRASIL, 2011c):

I - orientação sobre os procedimentos para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada; [...] IV - informação primária, íntegra, autêntica e atualizada; V - informação sobre atividades exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços (Art. 7º).

Destacamos os seguintes itens que são de interesse para a avaliação dos *websites* para o acesso à informação:

Parágrafo 1º - Na divulgação das informações.

- Contato: endereços e telefones das unidades (farmácias) e horários de atendimento ao público.
- Locais dos estabelecimentos de saúde: disponibilização de endereço para a solicitação de cadastro pelo paciente ou seu responsável, e telefones ou e-mail para que o cidadão possa tirar dúvidas;
- Dados gerais para o acompanhamento de programas (informações gerais sobre a assistência farmacêutica);
- Respostas a perguntas mais frequentes da sociedade (FAQ).

Parágrafo 2º - obrigatoriedade da divulgação em *websites* oficiais.

- Identificação de fontes da informação disponibilizada (autenticidade e a integridade das informações);
- Data da última atualização do *website* (informações atualizadas);

A lei determina ainda, que devem ser adotadas as medidas necessárias para garantir a acessibilidade de conteúdo para pessoas com deficiência. Embora, reconheçamos a relevância social da acessibilidade, não abordaremos esta análise em função de se tratar de requisitos de caráter estritamente técnicos do campo da ciência da informática e design, e não fazer parte do escopo do trabalho.

A partir das características acima selecionadas, elaboramos o **Roteiro A** para avaliação dos *websites* das SES, apresentado abaixo (Figura 3).

Figura 3 - Formulário de verificação - Roteiro A

Fonte/Indicador		Finalidade	Atributos	Descrição dos atributos	Min. Saud.	TO	RR	SP	RJ	PB	BA	SC	RS	DF	MT		
Governo Eletrônico	Navegabilidade	Apontam a dificuldade ou facilidade do usuário para localizar a informação (percurso percorrido)	Presença do mapa do site	Visualização geral da estrutura da página													
			Campo de busca	Pesquisa por palavras ou termos chave													
			Presença de barra de estado (mígalha de pão)	Identifica o caminho percorrido até a página atual													
			Acesso à info. de forma fácil e intuitiva	Forma de localizar a informação													
			Acesso à info. em até 3 cliques da pág. principal	Forma de localizar a informação													
			Formas diferenciadas de seleção do serviço	Acesso diferenciado por perfil de usuário ou áreas de interesse.													
	Desenho/Layout	Importantes na percepção da informação	Uniformidade/padrão de apresentação e formatos	Padronização de ícones, cores, logotipo e elementos comuns													
			Fundos neutros	Fundo não sobressair à informação													
			Alinhamento do texto	Mais fácil de ser lido													
	Maturidade do serviço*	Oferta de serviços eletronicamente	Informação	Apenas informações													
			Interação	Pesquisas ou emissão de formulários													
			Transação	Obtenção completa do serviço on-line 24h													
	Legibilidade*	Nível de clareza e compreensão dos textos por escolaridade	Muito fáceis	Índice entre 75 – 100													
			Fáceis	Índice entre 50 – 75													
			Difíceis	Índice entre 25 – 50													
			Muitos difíceis	Índice entre 0 – 25													
LAI	Conteúdo	Assegurar o direito fundamental de acesso à informação	Endereço, telefone e horários de atendimento	Identificação do local onde se deve buscar o serviço presencialmente													
			Respostas/perguntas frequentes (FAQ)	Comunicação direta - dúvidas mais comuns													
			Identificação das fontes de informação	Segurança da info./confiabilidade													
			Data da última atualização	Informações atualizadas													

Fonte: autora (2018).

- **Instrumento de verificação – roteiro B**

A segunda ferramenta de leitura, de natureza específica, o Roteiro B, está baseada nas regras que permitem o acesso ao CEAF estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº 02/2017, anexo XXVIII - Título IV e, a partir da experiência da pesquisadora quando gestora estadual dessa política (BRASIL, 2017a). As variáveis independentes analisadas por categoria no instrumento B foram: os aspectos gerais da política e, as etapas de execução do CEAF – solicitação, avaliação, dispensação e renovação.

Sob os **aspectos gerais**,

- Descrição geral sobre a política de AF e, sua organização por componentes;
- Informações que permitam identificar o Componente (Especializado) no qual pertence o medicamento em questão.

Para a **etapa de solicitação** (Seção I, artigos 69, 70 e 71) definimos os atributos:

- Relação de documentos e exames (PCDT): lista de documentos necessários para solicitação de cadastro do paciente, e se for o caso, do seu responsável legal. Atualmente, essa lista integra os seguintes documentos, além dos exames estabelecidos em cada PCDT:

I - cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

II - cópia de documento de identidade, cabendo ao responsável pelo recebimento da solicitação atestar a autenticidade de acordo com o documento original de identificação;

III - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

IV - prescrição médica devidamente preenchida;

V - documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado; e

VI - cópia do comprovante de residência.

Relação de documentos do responsável legal:

I - cópia do documento de identidade;

II - endereço completo; e

III - número de telefone.

- Prazos de validade dos documentos e/ou exames: os documentos e/ou exames a serem apresentados para cadastro possuem prazos diferenciados, devendo ser esclarecidos ao usuário;

- Lista de medicamentos do CEAF estadual: as listas estaduais de medicamentos podem ter variações a partir da lista nacional estabelecida pelo Ministério da Saúde. Para tanto, deve estar disponível aos interessados a lista de medicamentos contemplados, ainda que coincidente com a do MS;

- PCDTs ou *link* para os mesmos: os Protocolos Clínicos são os guias que estabelecem por doenças os critérios de inclusão/exclusão, exames necessários tanto para solicitação, quanto para as sucessivas renovações, dentre outros.

- Orientações de preenchimento do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) (ANEXO B e C): o LME é um documento oficial utilizado como instrumento para realização de todas as etapas de execução do CEAF e está estruturado para que seja preenchido com informações sobre a solicitação, avaliação e autorização do procedimento. Para tanto, possui condições específicas de preenchimento. Desse modo, se faz necessário orientações para o adequado preenchimento do mesmo, uma vez que impacta em todas as etapas do processo.

Para a **etapa de avaliação** (Seção II, artigos 72 a 74), por se tratar de etapa realizada por profissional de saúde de nível superior completo, não competindo diretamente a atuação do paciente, os atributos foram selecionados de forma indireta, isto é, se dá pela informação da realização desta etapa.

- Fluxo das etapas de avaliação: forma de realização, tempo de avaliação, comunicação de pendências ou aprovação;

A **etapa de autorização** (Seção III, artigos 75 a 77) trata-se de procedimento exclusivamente interno, não caracterizando obstáculos para o acesso ao paciente. Portanto, para esta etapa não prevemos nenhum atributo.

A **etapa da dispensação** (Seção IV, artigos 78 a 86) é o momento final do ciclo, no qual o paciente recebe o(s) medicamento(s) aprovado(s). A solicitação de cadastro quando aprovada, dá o direito de retirada do medicamento via formulário LME, para três meses seguidos. Contudo as dispensações são realizadas geralmente para um mês, podendo ocorrer para intervalo maior de tempo, até três meses. Este pode ser realizado por um representante legal. Assim o atributo consiste:

- Orientação da frequência das dispensações: Nesse caso, cabe-se a informação da necessidade de retorno à farmácia para retirada dos medicamentos – periodicidade, se há necessidade de nova documentação;

- Orientações de cadastro de representante/portador (quem pode retirar além do paciente): como fazer, finalidade, relação de documentos necessários;

- Orientações em caso de interrupção do fornecimento: procedimento e consequências da interrupção do fornecimento do medicamento por abandono do tratamento;

Etapa da **Renovação da Continuidade do Tratamento** (Seção V, artigos 87) para esta etapa o atributo selecionado está relacionado aos fluxos de renovação, incluindo os documentos a serem apresentados:

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V; II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e III - documentos para monitoramento do tratamento estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado (BRASIL, 2017a).

- Informações sobre as renovações: periodicidade, documentos necessários para renovação e prazos de renovação;

Desse modo, o formulário de verificação referente à assistência farmacêutica será composto por 11 atributos categorizados pelas etapas de execução do CEAf, visto serem primordiais para o acesso aos medicamentos, conforme figura abaixo.

Figura 4 - Formulário de verificação - Roteiro B

Fonte	Etapa Execução	Finalidade	Atributos	Min. Saude	TO	RR	SP	RJ	PB	BA	SC	RS	DF	MT	
CEAF (Portaria n° 2/2017)	Geral	Disponer de informações gerais da política nacional de medicamentos – AF	Informações gerais sobre a política de AF (organização por componentes)												
			Informação que permita identificar o Componente no qual pertence o medicamento												
	Solicitação		Relação de documentos necessários para o cadastro												
			Prazos de validade dos documentos e exames para cadastro e renovação												
			Lista de medicamentos do CEAF do estado												
			PCDTs ou link para os mesmos												
			Formulário (LME) para download ou impressão/preenchimento												
			Orientações para preenchimento do LME												
	Avaliação	Etapa de verificação do cumprimento de critérios para inclusão no CEAF	Informações sobre o fluxo de avaliação (como é feito, tempo de análise)												
	Dispensação	Etapa de entrega dos medicamentos para o usuário/responsável legal	Informações sobre as dispensações (periodicidade, documentos, interrupção, quem pode retirar)												
	Renovação	Etapa necessária para continuidade do tratamento realizado trimestralmente	Informações sobre as renovações do cadastro (periodicidade, documentos, prazos)												

Fonte: autora (2018).

2.2.1.3.4 Etapa 4: Escolha dos estados a serem estudados – a partir do estabelecimento de indicadores, deu-se a escolha dos estados que tiveram os *websites* avaliados (SES), assim como a página do MS.

Tendo como ponto de partida o nosso interesse na política de medicamentos especializados e sendo o nível de governo estadual o responsável pela operacionalização da gestão dessa política, o núcleo de análise são as Secretarias Estaduais de Saúde, além da página do Ministério da Saúde enquanto responsável pela normatização, controle e

outras etapas, da referida política. Desse modo, a escolha dos *websites* se deu pelos critérios: (i) atributos de importância e relevância da política pública do CEAF para a sociedade brasileira; (ii) gestão centralizada na esfera estadual da política; e (iii) experiência de gestão e interesse de estudo da pesquisadora.

Pensamos, inicialmente, em realizar a análise do Ministério da Saúde e dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal para contemplarmos a abrangência nacional. Contudo, ao aprofundarmos nossa leitura sobre os métodos de análise de *site*, foi possível identificar a complexidade e variedade de itens de análise em função do tempo e dos objetivos para realização desta pesquisa. Desse modo, com o objetivo de mantermos a representatividade geográfica, das desigualdades regionais, e sobretudo nossos objetivos de pesquisa, buscamos indicadores oficiais que embasassem nossa escolha, ao definir inicialmente 2 estados de cada região geográfica. Para a seleção dos 10 estados foi também levado em consideração a correlação de indicadores oficiais do acesso a medicamentos especializados e o percentual de acesso à internet por estado, conforme a tabela 1.

Tabela 1- Indicador de acesso ao CEAF (valor aprovado (\$)) e acesso à internet (%)

Região/Estados	Indicadores para seleção dos estados			
	Pop. Resid. x10 ³ (a)	Valor (R\$) aprovado CEAF x10 ³ (b)	Gasto médio mensal/mil hab. (R\$)	Acesso internet (%) ^(c)
Norte	18.182	1.366	62,7	60,1
Rondônia	1.758	119	67,7	66,4
Acre	869	31	35,5	57,1
Amazonas	4.081	391	95,7	59,6
Roraima	577	11	18,7	71,6
Pará	8.513	606	71,2	57,3
Amapá	829	28	33,9	70,2
Tocantins	1.555	180	116,0	61,8
Nordeste	56.761	6.195	123,9	58,4
Maranhão	7.035	581	82,5	48,1
Piauí	3.265	362	110,9	54,2
Ceará	9.076	1.410	155,4	59,4
Rio Grande do Norte	3.479	227	65,3	65,5
Paraíba	3.996	1.027	257	59,7
Pernambuco	9.496	876	92,3	59,8
Alagoas	3.323	424	127,5	52,7
Sergipe	2.278	369	162	64,6
Bahia	14.813	919,0	62,0	60,7
Sudeste	87.712	30.499	295,9	76,5
Minas Gerais	21.041	4.403	209,3	69,8
Espírito Santo	3.972	1.500	377,6	71,6
Rio de Janeiro	17.160	1.556	90,7	77,8
São Paulo	45.539	23.040	505,9	79,6
Região Sul	29.754	8.625	300,3	73,2
Paraná	11.349	4.365	384,6	72,8
Santa Catarina	7.075	2.644	373,7	76,3
Rio Grande do Sul	11.330	1.615	142,6	71,7
Centro Oeste	16.086	4.306	275,4	76,6
Mato Grosso do Sul	2.748	1.040	378,6	74,8
Mato Grosso	3.442	636	184,7	72,8
Goiás	6.921	1.804	260,7	75,3
Distrito Federal	2.975	826	277,5	85,3

Fonte: a) Estimativas da população residente no Brasil (jul/2018) (IBGE, 2018);
 b) Valor aprovado CEAF (R\$) Set/2018 a Fev/2019 (DATASUS, 2019);
 c) Acesso à internet (2017) (IBGE, 2017) (%).

Os estados selecionados são aqueles situados entre a menor e a maior relação entre as seguintes variáveis: a) valor financeiro aprovado pelo MS para os

medicamentos do CEAF (produção de APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) baseado no DATASUS, 2018-2019, b) tamanho da população residente por estado e c) percentual de acesso à internet pela população de cada estado baseados na Pesquisa Nacional de Domicílios (PNAD)/IBGE, 2017.

A produção de APAC (valor \$) reflete o efetivo acesso à política do CEAF, uma vez que indica a quantidade, em valor, dos medicamentos efetivamente dispensados aos usuários/pacientes - dimensão do acesso específico ao CEAF. Esse acesso se dá em função da relação: **Produção aprovada (\$)** / **População residente**. Corroborando para a escolha dessa relação que (MENICUCCI, 2014) “[...] a desigualdade de gasto afeta a oferta potencial dos serviços, e isso reflete maiores dificuldades de acesso [...]. Então, podemos de alguma maneira inferir as possibilidades de acesso por dados relativos à utilização de serviços e à oferta de serviços” (MENICUCCI, 2014, p. 85).

No percentual do acesso à internet, identificamos por região os estados com acesso igual ou superior à média regional de acesso à internet, para que justifiquem a avaliação do instrumento – *websites*. Reconhecemos, contudo, a limitação da infraestrutura necessária para que o instrumento escolhido cubra o território nacional, dada a variação de cobertura de acesso à internet no país e as próprias variações regionais inerentes à complexidade do objeto de estudo – políticas públicas para acesso aos serviços de saúde e à informação no país, de diversas origens e natureza (nível socioeducacional, econômica, infraestrutura, serviços de saúde, acesso à internet, etc.).

Assim, por meio da combinação da pior e melhor relação – valor medicamento/população com acesso à internet –, descartamos aqueles em que estivessem com o acesso à internet abaixo da média de acesso dos estados da região geográfica a qual faz parte, resultando em 11 *websites* avaliados, conforme relação abaixo e, os respectivos domínios oficiais da *World Wide Web* (www.saude.ESTADO.gov.br)¹⁸:

- Ministério da Saúde (www.saude.gov.br)
- Secretarias Estaduais de Saúde:
 - Região Norte: Roraima (www.saude.rr.gov.br) e Tocantins (www.saude.to.gov.br)

¹⁸ De acordo com a tipologia de Tate & Alexander e do *Institute of Technology Assessment*, os sites governamentais classificam-se como “prestadores de informação”, encontrando-se disponibilizados no domínio.gov (BARBOZA; NUNES; SENA, 2000, p. 120).

- Região Nordeste: Bahia (www.saude.ba.gov.br) e Paraíba (www.saude.pb.gov.br)
- Região Sudeste: Rio de Janeiro (www.saude.rj.gov.br) e São Paulo (www.saude.sp.gov.br)
- Região Sul: Rio Grande do Sul (www.saude.rs.gov.br) e Santa Catarina (www.saude.sc.gov.br)
- Região Centro-Oeste: Mato Grosso (www.saude.mt.gov.br) e Distrito Federal* (www.saude.df.gov.br)

*Na região Centro-oeste, a escolha prevaleceu o DF que apresentou o segundo maior valor de acesso a medicamentos em função de que o primeiro estado – Mato Grosso do Sul por apresentar o acesso à internet abaixo da média da região.

2.2.1.3.5 Etapa 5: Caracterização sócio econômica das regiões e nível educacional dos estados – consiste na identificação do perfil socioeconômico de cada região geográfica a partir de indicadores oficiais: taxa de analfabetismo, rendimento real domiciliar, taxa de desocupação e desigualdade de renda (tabela 2) (IBGE, 2017a), e dos dados sócio educacionais de cada estado: nível de instrução por escolaridade (tabela 3) (IBGE, 2018). Os dados oficiais do perfil sócioeconômico e educacional da população brasileira (IBGE) foram utilizados para compor a análise com os achados na avaliação das páginas eletrônicas. Dessa forma, foi possível estabelecer comparações acerca das informações disponibilizadas nos *websites* das SES com o perfil populacional do Brasil e dos estados analisados.

Tabela 2 - Dados socioeconômicos

REGIÃO	Educação	Rendimento	Trabalho	Desigualdade de renda
	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade	Rendimento real efetivo domiciliar per capita médio e mediano das pessoas residentes em domicílios particulares	Taxa de desocupação das pessoas de 14 anos ou mais de idade	Índice de Gini da distribuição do rendimento real efetivo domiciliar per capita
BRASIL	7	1 285	12,5	0,549
NORTE	8	829	11,9	0,544
NORDESTE	14,5	815	14,7	0,567
SUDESTE	3,5	1 547	13,3	0,529
SUL	3,5	1 566	8,3	0,477
CENTRO-OESTE	5,2	1 533	10,5	0,536

Fonte: Síntese de Indicadores Sociais (SIS), IBGE (2018).

Tabela 3 - Nível de escolaridade da população brasileira

Nível de instrução das pessoas de 25 anos ou mais de idade ^(d)							
Região /Estados	Sem instrução	Fundamental incompleto	Fundamental	Ensino Médio incompleto	Ensino Médio	Ensino Superior incompleto	Ensino Superior
Brasil	50,4			49,5			
	7,5	34,6	8,3	4,7	25,9	3,8	15,2
Norte	8,8	36,4	7,3	5,4	26,8	3,7	11,6
Rondônia	8,8	41,5	8	5,3	22,1	3,2	11,1
Acre	13,6	34,1	7,6	4,2	22,9	3,7	14
Amazonas	7,6	30,6	6,7	4,2	32,5	4,6	13,9
Roraima	7,9	25,3	5,7	5,7	31,9	5,5	18,1
Pará	8,3	39,9	7,7	6,3	25,6	3	9,1
Amapá	6	27	7,3	6	29,4	6,4	17,9
Tocantins	13,5	33,9	5,8	4,5	24,7	3,6	13,9
Nordeste	14,3	37,3	6,6	4,5	24,2	2,7	10,3
Maranhão	17,8	36,3	7,5	4,6	24,2	2,1	7,4
Piauí	13,6	41	7,6	4,5	19,9	2,2	11,3
Ceará	14,5	35,6	8,5	4,4	24	3,1	10
Rio G. do Norte	9,3	39,9	6	5,3	24,7	3	11,8
Paraíba	13,8	39,6	6,2	4,2	20,4	3,1	12,7
Pernambuco	13	35,9	6,5	4,1	26	2,6	11,9
Alagoas	17,8	39,7	6,6	3,9	21,1	2,5	8,4
Sergipe	12,2	39,1	6,8	4,7	22,7	3,5	11
Bahia	14,5	36,9	5,3	4,6	26	2,7	9,8
Sudeste	3,8	30,4	9,3	4,2	29,6	3,8	18,8
Minas Gerais	4,9	40,5	9	4	24,5	3,4	13,7
Esp. Santo	6,4	34,0	9,5	4,1	27,2	3,2	15,6
Rio de Janeiro	4,1	27,0	10,5	4,2	31,8	4,1	18,3
São Paulo	3,0	26,9	9	4,3	31,2	4	21,7
Região Sul	3,9	36,4	10,3	4,4	24,1	4,4	16,5
Paraná	5,8	35,2	9,3	4,6	25	3,2	16,9
Santa Catarina	2,6	36,3	11,4	3,8	24,7	3,9	17,3
Rio G. do Sul	2,8	37,7	10,6	4,5	22,9	5,8	15,8
Centro Oeste	6,8	32,7	7,8	5	24,6	4,3	18,8
Mato G. do Sul	5,5	37,4	8,4	5	22,7	4,6	16,5
Mato Grosso	9,4	35,6	7,3	5,7	23,3	3,9	14,8
Goiás	7,6	34,8	8,3	5,1	24,7	4,1	15,2
Distrito Federal	3,5	20,6	6,8	3,8	27,2	5	33,2

Fonte: IBGE, 2018.

2.2.1.3.6 Etapa 6: Descrição da técnica, critérios e realização da avaliação dos *websites* – esta etapa descreve a definição das técnicas e dos critérios estabelecidos para a realização das análises dos *websites* e, a realização propriamente da aplicação dos instrumentos de verificação nas páginas eletrônicas definidas, a partir dos critérios estabelecidos.

As análises feitas por meio dos instrumentos de verificação geral e específico (Roteiro A e B), se deram a partir da página inicial dos *websites* oficiais do MS e das SES e foi centrada nas seções que disponibilizassem informações e orientações para a política da AF, especificamente do CEAF. A avaliação dos diferentes elementos que compõem o roteiro de leitura observou a ausência (valor zero) ou presença (valor um) dos aspectos abrangidos. A análise dos *sites* foi realizada a partir da navegação direta realizada pelo usuário comum, isto é, todo e qualquer cidadão que tenha o direito constitucional de acesso às informações das políticas públicas, na ocorrência, a do CEAF. O registro e a coleta de dados se deram no período de fevereiro a julho de 2019. Os resultados estão apresentados inicialmente pelo MS, seguido dos estados por região geográfica.

Para análise do aspecto geral da página inicial de cada *website*, que é a porta de entrada da instituição eletronicamente, nos utilizamos do conceito de Carga de informação que é a soma de todos os elementos da interface: textos, *links*, ícones, funcionalidades, cores, fundos, *menus*. Realizamos uma análise breve para, de forma geral, sob a perspectiva do cidadão (usuário comum) identificar o nível da carga de informação, com base nos seguintes aspectos: notícias com fotos, animações, marcadores, ícones, linhas, *banners*, espaços para “respiro” (espaço em branco), rolagens vertical ou horizontal etc., que em excesso acaba, por fim, a abarrotar a página com sobrecarga de informações. Uma carga de informação alta, tende a confundir o cidadão, sendo mais provável a ocorrência de erros e acabam por prejudicar a navegação. Desse modo, devem ser usados criteriosamente nas páginas eletrônicas.

A fim de obtermos uma medida da clareza e compreensão da linguagem adotada nas informações disponibilizadas pelo MS e pelas SES, selecionamos dois textos sobre a política de medicamentos de cada *site* estudado para a leitura humana e aplicação do índice de legibilidade do texto - ILT. Os textos analisados estão dispostos na íntegra em anexos.

Para a consulta das páginas eletrônicas adotamos o procedimento de baixar todo o material por conta de eventuais alterações com supressão ou inclusão de conteúdo

novo nessas páginas. Em função da variação dos *websites* em termos de quantidade de páginas e subpáginas foi adotado como critério de método de ilustração, estabelecer no corpo da análise as 4 principais páginas de cada *website* estudado (página inicial, cliques para a informação, página da AF e página do CEAF). As demais páginas, foram compostas em anexo, ainda que analisadas no corpo do texto principal, uma vez que seria inviável dispor de todas no texto.

Em síntese, para este trabalho, a análise dos instrumentos, iniciativas, e normativos se centra nos aspectos relacionados à oferta de serviços eletrônicos e maturidade dos mesmos. Características mais específicas como acessibilidade do Portal ou uma leitura aprofundada à luz da perspectiva do *design* da informação não fazem parte do escopo, pois requereriam avaliação de maior aporte técnico, não exequível diante do objetivo da pesquisa. Contudo, os aspectos gerais do *design* da informação, como a carga informacional, e nos aspectos incluídos no Roteiro A contribuíram, de forma preliminar, na análise realizada.

3 DIREITO À SAÚDE E O ACESSO A MEDICAMENTOS

Neste capítulo abordamos a questão do acesso a medicamentos sob a ótica das políticas públicas e do direito à saúde e à informação. Para tanto, apresentamos de modo conceitual o acesso à saúde e os principais modelos de acesso a medicamentos, alguns dados e características do mercado farmacêutico para, por fim, analisar a estrutura da política nacional de AF e, especificamente do CEAF.

3.1 Acesso a serviços de saúde e o acesso a medicamentos: Conceitos e características.

A sociedade brasileira por suas características de alta segmentação tem traduzido no sistema de saúde pela diferenciação do acesso e na qualidade da atenção fornecida a seus serviços (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Giovanella e Fleury (1996) dispõem ainda, que por meio do acesso, como categoria central, expressos na “unidade de relação do usuário com os serviços” que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. “A categoria central para análise dessas inter-relações é o **acesso**” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 189, grifo nosso). E,

ao tratar a política de saúde a partir das condições de acessibilidade devemos ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica referente à relação entre oferta e demanda, uma dimensão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma dimensão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 196).

O conceito de acesso à saúde de acordo com Travasso e Martins (2004), “é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores¹⁹ e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável” (TRAVASSO; MARTINS, 2004, p. 191), sendo, por vezes,

¹⁹ Travasso e Martins (2004), assim como Sanchez e Ciconelli (2012) realizaram uma revisão dos conceitos de acesso na qual identificaram-se diferentes autores que têm trabalhado o conceito de acesso a serviços de saúde e acessibilidade, como: Frenk (1985); Penchanski e Thomas (1987); Dever (1988); Barrenechea, Trujillo e Chorny (1990); Donabedian (1973); Houaiss (2001) e Donabedian (2003). Destacamos aqui os conceitos mais recentes e que dialogam com os aspectos da saúde enquanto direito.

utilizado o substantivo acessibilidade. Contudo, nesse trabalho, usaremos a terminologia **acesso**.

De acordo com Silva *et al.* (2011), o acesso à assistência à saúde pode ser medido pela utilização de serviços, que é uma expressão positiva da mesma, uma vez que agrega melhorias na saúde da população (SILVA *et al.*, 2011).

Sanchez e Ciconelli (2012) dispõem o acesso como “um atributo dos usuários dos serviços” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 261) tendo seu conceito passado por modificações, não se limitando apenas aos aspectos tangíveis do sistema e da população usuária. Desse modo, o acesso estaria relacionado ao desempenho do sistema na oferta de serviços. Na revisão realizada pelas autoras as mesmas identificaram que nas publicações mais recentes, a concepção do acesso tem se tornado mais abrangente ao incorporar aspectos menos tangíveis, dentre eles os aspectos: cultural, educacional e socioeconômico, incorporando o elemento aceitabilidade nas análises. Outro ponto de destaque identificado na literatura se dá sobre o aspecto informacional, em que “ter informação está na base do acesso à saúde, estando essa noção associada aos conceitos de empoderamento e de letramento para a tomada de decisões de saúde” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 260).

Para Travassos, Oliveira e Viacava (2006), o acesso a serviços de saúde “expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam” (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006, p. 976). Quando da existência de obstruções, essas atuam como barreiras. Desse modo, as **barreiras de acesso** têm sua origem nas próprias características dos sistemas e dos serviços de saúde. Dentre essas características da oferta que afetam o acesso, podemos destacar: “A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a **informação** sobre o sistema [...] (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006, p. 976, grifo nosso).

Para Soares (2013),

[...] as dificuldades de acesso são, frequentemente, expressas em termos de barreiras e de problemas de disponibilidade de serviços (integrados por instituições, profissionais, bens de saúde e rotinas), que parecem ter relação com a burocracia institucional e as marcadas diferenças entre os que necessitam e aqueles que provêm cuidados de saúde (SOARES, 2013, p. 56).

Um dos maiores desafios para alcançar a cobertura universal da saúde, dentre os diversos serviços de saúde, apontado por importantes organizações e diferentes autores, advêm de barreiras persistentes ao **acesso a medicamentos e outras tecnologias** seguros e de qualidade (OPAS/OMS, 2009; BERMUDEZ, 2014; WHO, 2017). Em que pesem, as desigualdades no acesso aos medicamentos refletem falhas nos sistemas de saúde e na política de medicamentos (WHO, 2004, p. 61).

A questão do acesso a medicamentos como um dos componentes essenciais no acesso aos serviços de saúde foi abordada pela primeira vez, de forma prioritária pela OMS em 1975 na 28ª Assembleia Mundial de Saúde, que propôs uma abordagem efetiva para esse problema (WHO, 1998; BERMUDEZ, 1995 *apud* BERMUDEZ, 2014). Desde meados dos anos 90 o tema vem ganhando cada vez mais espaço na agenda internacional “de governos, organizações não governamentais de interesse público, fundações internacionais, empresa e organizações do Sistema das Nações Unidas (ONU)” (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2017, p. 17).

A Organização Mundial de Saúde define acesso a medicamentos como a disponibilidade e a capacidade financeira para sua obtenção de forma equitativa (WHO, 2001). E, ao destacar o reconhecimento global dos medicamentos essenciais como componente chave para o acesso universal aos cuidados de saúde, incorpora o acesso a medicamentos dentre os quatro principais eixos de atuação para as políticas nacionais de medicamentos, sendo eles: política, **acesso**, qualidade e segurança e, uso racional (WHO, 2004). Sob o aspecto do acesso, a OMS aponta quatro os fatores críticos para assegurar o acesso a medicamentos essenciais, além do problema geral de desempenho dos sistemas de saúde, conforme modelo apresentado na figura 5:

Figura 5 - Fatores críticos ao acesso de medicamentos - OMS



Fonte: (WHO, 2004, p. 24).

Sendo:

- i) a seleção racional de medicamentos e desenvolvimento de produtos;
- ii) os preços acessíveis a governos e consumidores;
- iii) o financiamento sustentável através de arrecadações governamentais gerais e do seguro social; e
- iv) o sistema de abastecimento confiável com um mix de serviços públicos e privados (WHO, 2004).

Especificamente para medicamentos de alto custo, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ao avaliar “o problema do acesso aos medicamentos de alto custo e fontes limitadas na América Latina e no Caribe”, identifica os fatores que os constituem barreiras: Problemas de Pesquisa e Desenvolvimento; Problemas de Disponibilidade; Limitações dos Serviços de Saúde; Limitações no Sistema de Fornecimento e, Limitações na Acessibilidade (OPAS, 2009, p. 9).

Mais recentemente (2018) tem-se ampliado a lista de itens que compõem esses fatores identificando outras barreiras que governos e cidadãos de todo o mundo têm encontrado para o acesso a medicamentos e outras tecnologias (OPAS/OMS, 2018):

- Indisponibilidade de certos medicamentos e outras tecnologias em determinados mercados.
- Altos preços praticados por titulares de patentes;
- Monopólios e oligopólios;
- Medicamentos órfãos e o desinteresse da indústria farmacêutica em realizar pesquisa e desenvolvimento de medicamentos e outras tecnologias para doenças negligenciadas;
- Produção local insuficiente ou inexistente;
- Baixa capacidade aquisitiva de pessoas e governos de países subdesenvolvidos e em via de desenvolvimento;
- Ausência ou inadequação de políticas e má gestão da assistência farmacêutica;
- Condições geográficas ou climáticas desfavoráveis que afetam as operações logísticas;
- Acesso escasso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento de doenças, bem como acompanhamento de doenças crônicas;
- Lacunas ou excessos regulatórios relacionados a produtos e serviços de saúde;
- Aspectos negativos relacionados aos determinantes sociais da saúde (OPAS/OMS, 2018, p. 37).

Desse modo, temos duas categorias centrais de barreiras de acesso: as restrições

por parte da demanda, que influenciam a capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades de utilizarem os serviços e, restrições da oferta, que são os aspectos relacionados aos serviços do setor de saúde que dificultam sua obtenção. Como exposto, “são muitas as discrepâncias que afastam ou impedem que grande parcela da população brasileira consiga usufruir das tecnologias e serviços disponíveis” (OPAS/OMS, 2018, p. 38). “Para que seja possível alcançar o acesso universal a medicamentos e outras tecnologias, superando as assimetrias socioeconômicas e geográficas, é necessário aprofundar as políticas bem-sucedidas e promover novas ações que contemplem os desafios atuais” (OPAS/OMS, 2018, p. 40).

Nesse contexto, cabe destacar o conceito de medicamentos essenciais (ME) que são “aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população” (BRASIL, 2004, *on-line*). Os medicamento essenciais “são selecionados levando em consideração a prevalência da doença e a relevância para a saúde pública, evidências de eficácia e segurança clínicas e custos e custo-efetividade comparativos”, e são estabelecidos em listas, os quais também tem a finalidade de orientar a aquisição e o fornecimento de medicamentos no setor público, produção local de medicamentos, dentre outros (WHO, 2019b, *on-line*).

Atualmente, o acesso a medicamentos essenciais é identificado como um dos indicadores para o cumprimento do direito à saúde, tendo sido incluído nos últimos anos em dois importantes mecanismos criados para avaliar, o mais objetivamente possível, o compromisso e o desempenho dos governos em relação ao cumprimento do direito à saúde.

Em primeiro lugar, o Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos criou conjuntos de indicadores para 12 aspectos dos direitos humanos, incluindo o direito à moradia e abrigo, o direito à educação, o direito à liberdade de expressão e o direito à saúde. Os indicadores para o cumprimento do direito à saúde referem-se a cinco aspectos frequentemente sujeitos à iniquidade e discriminação: (1) saúde sexual e reprodutiva; (2) mortalidade infantil e cuidados de saúde; (3) ambiente natural e ocupacional; (4) prevenção, tratamento e controle de doenças; e (5) acesso a instalações de saúde e medicamentos essenciais. Em segundo lugar, em 2008, o Lancet publicou uma primeira avaliação independente do cumprimento do direito à saúde em todos os países do mundo (22). Dos 72 indicadores utilizados, 8 mediram o acesso a medicamentos essenciais²⁰ (HOGERZEIL; MIRZA, 2011, p. 4, tradução nossa).

²⁰ Firstly, the UN High Commissioner for Human Rights has created sets of indicators for 12 aspects of human rights, including the right to housing and shelter, the right to education, the right to freedom of expression and the right to health (21). The indicators for the fulfilment of the right to health refer to five aspects which are often subject to inequity and discrimination: (1) sexual and reproductive health; (2)

Em consonância com essa identificação, Bermudez (2014) destaca o acesso a medicamentos como parte integrante e de importância no acesso à saúde:

A garantia da saúde como direito humano, envolvendo acesso aos serviços, à prevenção, ao cuidado e ao tratamento, obrigatoriamente deve incluir no seu contexto, o acesso aos medicamentos. Consideramos que a perda ou a falta do acesso deve ser considerada como uma agressão aos direitos humanos (BERMUDEZ, 2014, p. 19).

Entendimento compartilhado por Cassimiro e Diós-Borges:

Em termos da questão do acesso a medicamentos, consideramos que o mesmo deve ser encarado como um desafio global, envolvendo a luta contra as iniquidades, desequilíbrio, concentração de renda e injustiças. Adicionalmente e mais do que nunca, o acesso a medicamentos deve ser enquadrado no contexto do direito à saúde como direito humano fundamental, em linha com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e em especial com a meta 3 dos ODS (CASSIMIRO; DIÓS-BORGES, 2017, p. 55).

Desse modo, para se alcançar a cobertura universal de saúde, a OMS estabelece que faz-se necessário **o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis**, sendo um dos alvos dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - Objetivo 3: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” explicitamente na meta 3.b (ONUBR, 2017, p. 32):

Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o **acesso a medicamentos e vacinas essenciais** a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha²¹, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o **acesso a medicamentos para todos** (ONUBR, 2017, p. 53, destaque nosso).

O acesso a medicamentos, também está implicitamente vinculado a outras metas, como: redução da taxa de mortalidade materna (meta 3.1); acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos (3.2); acabar com as

child mortality and health care; (3) natural and occupational environment; (4) prevention, treatment and control of diseases; and (5) access to health facilities and essential medicines. Secondly, in 2008 The Lancet published a first independent assessment of the fulfilment of the right to health in all countries of the world (22). Of 72 indicators used, 8 measured access to essential medicines, largely taken from those used by WHO and by the UN High Commissioner for Human Rights.

²¹ A Declaração de Doha se deu a partir da IV Conferência Ministerial da Organização Mundial de Comércio, realizada em Doha, Catar em 2001. Trata de uma declaração sobre o acordo TRIPS – Aspectos de Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio - e a saúde pública, no sentido do reconhecimento da gravidade dos problemas de saúde pública de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, no que tange à proteção de propriedade intelectual e sua flexibilização na promoção do acesso a medicamentos nas situações de emergência nacional e circunstâncias de extrema urgência (WTO, 2001).

epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis (3.3), dentre outras (ONUBR, 2017, p. 53).

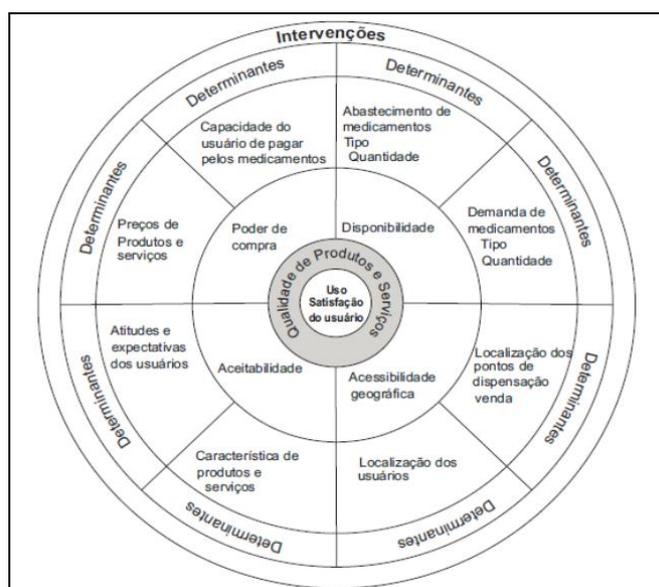
Visto o acesso a medicamentos se tratar de uma ação pública complexa, que como exposto, envolve diversos fatores, atores e suas interrelações, são estabelecidos modelos de acesso que possibilitam identificar e avaliar as relações estabelecidas entre as dimensões selecionadas. Em sua revisão, Carraro e Castro (2014) identificaram pelo menos quatro modelos de acesso a medicamentos instituídos: a) da OMS (WHO, 2004); b) de Frost e Reich (FROST; REICH, 2010), c) da OMS e da *Management Sciences for Health* (WHO; MSH, 2000) e, d) de Bigdeli *et al.* (BIGDELI *et al.*, 2013), conforme descrição:

No modelo da OMS (WHO 2004) são propostas a garantia de qualidade e os sistemas de gestão para sustentar todos os componentes desse acesso. Para tanto, estabelece quatro dimensões: uso racional; preço acessível; financiamento sustentável; e sistema de saúde e abastecimento confiáveis. O modelo de Frost e Reich (2010) analisa a forma de acesso a medicamentos pelas populações pobres, tendo como determinantes: arquitetura; disponibilidade; acessibilidade e adoção e ainda, examina as tecnologias médicas (CARRARO, 2014, p. 6).

Nos ateremos com mais detalhes os modelos da OMS e da MSH (2000) por ser o modelo amplamente conhecido e o de Bigdeli *et al.* (2013) por ser o mais atual e presentemente mais completo. A partir do trabalho de Penchansky e Thomas (1981)²² (PENCHANSKY; THOMAS, 1981), adaptado por Luiza (2003) (figura 6) e, baseado nas proposições do *Consultative Meeting em Ferney-Voltaire*, foi estabelecido o modelo de acesso a medicamentos reconhecido como “o modelo da OMS e da MSH” (WHO; MSH, 2000). Esse modelo baseia-se em quatro dimensões - os 4A (em inglês): *Availability* (disponibilidade), *Accessibility* (acessibilidade), *Acceptability* (aceitabilidade) e *Affordability* (poder de compra), tendo a “qualidade de produtos e serviços” como determinante transversal.

²² Em 1981, Penchansky e Thomas (1981) publicaram o artigo cujo título “The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction” que se tornou referência nos estudos de acesso por sua visão ampliada, estabelecendo o acesso como “[...] uma grande preocupação em política de saúde e é uma das palavras mais usadas nas atuais discussões sobre o sistema de saúde” (PENCHANSKY; THOMAS, 1981, p. 127).

Figura 6 - Modelo de acesso a medicamentos WHO e MSH (2000)



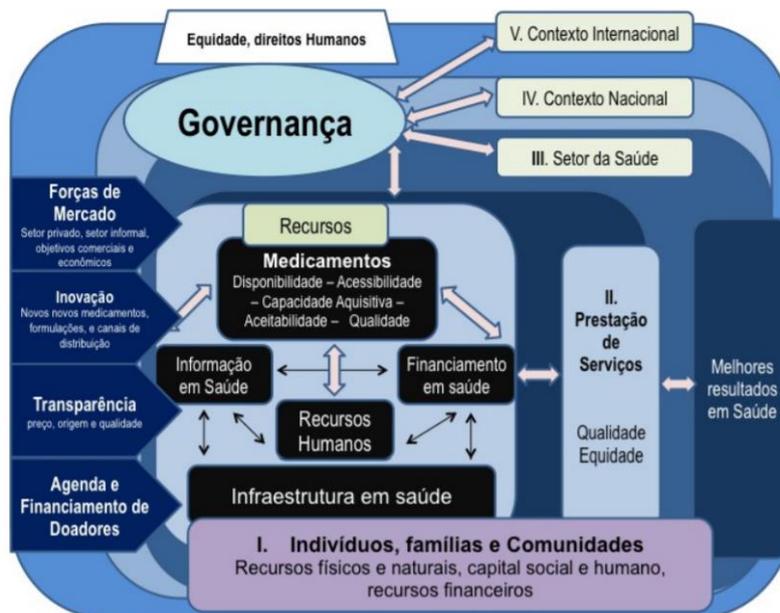
Fonte: Adaptada por LUIZA (2003, p. 27, a partir de WHO; MSH 2000).

Cada uma das dimensões apresentadas possui dois determinantes específicos - relacionados à oferta e demanda. Sendo: i) Disponibilidade: relação entre quantidade ofertada de serviço em relação à necessidade real ou percebida dos usuários; ii) Capacidade aquisitiva: relação da capacidade do usuário de pagar pelos serviços ou produtos e o preço dos mesmos; iii) Adequação: relação entre as características do cuidado e dos provedores quanto às características aceitáveis e as expectativas e necessidades dos usuários; iv) Acessibilidade geográfica ou oportunidade: relação entre a localização da população usuária dos serviços de saúde e o percurso que esta faz para atingir tais serviços; e, v) Qualidade de produtos e serviços: componente essencial do acesso e perpassa todas as dimensões anteriores (LUIZA, 2003).

Bigdeli *et al.* (2013) ao realizar uma revisão sobre os principais modelos de acesso a medicamentos, concluem que as abordagens dos modelos de acesso se apresentam fragmentadas, verticais ou focam isoladamente na oferta. Para tanto, dispõem que as barreiras existentes estão inter-relacionadas e ocorrem simultaneamente em diferentes níveis do sistema de saúde, onde operam várias partes interessadas (atores) sendo, portanto, uma questão complexa dada a variedade e diversidade de barreiras. De acordo com Hafner e Walkowiak (2014), na ausência de um modelo que estabelecesse conexões entre todos esses aspectos, ainda que identificado experiências positivas, Bigdeli *et al.* (2013) desenvolveram o modelo de acesso a medicamentos sob a óptica dos sistemas de saúde no qual “identificam as barreiras ao acesso da demanda

e da oferta e suas interações com os elementos essenciais nos vários níveis do sistema de saúde”²³ (figura 7) (HAFNER; WALKOWIAK, 2014, p. 31, tradução nossa).

Figura 7 - Modelo de acesso a medicamentos Bigdeli *et al.* (2013)



Fonte: Modelo de acesso a medicamentos sob a perspectiva dos sistemas de saúde (Bigdeli *et al.* 7, 2012, traduzido por Vera Lúcia Luiza) (CHAVES, 2015, p. 18).

Assim, propõem que se adote modelos em que se disponha de uma visão holística das restrições do lado da demanda, ao colocar a população no centro, reconhecendo-a como parte integrante de um sistema de saúde, apresentado no modelo como o “Nível 1” denominado “I. Indivíduos, famílias e comunidades”. Sendo o “contexto de vulnerabilidade” fator determinante no comportamento de busca de saúde do indivíduo ou família, representada por cinco ativos de subsistência: capital natural, físico, humano, social e financeiro. Destaque também para o elemento informacional em que está presente no modelo sobre “informação em saúde” (BIGDELI *et al.*, 2013).

Do mesmo modo, buscamos chamar atenção aos aspectos socioeducacionais da população brasileira para que as informações sobre as políticas públicas e, sobretudo de medicamentos, estejam adequadas às características da população a que se dirige.

²³ Bigdeli *et al.* (2013) adapted the building blocks framework to develop a systems approach to access to medicines (Figure 6). The authors do not attempt to define a pharmaceutical system but rather to highlight the interactions between the health systems’ building blocks and medicines. They identify the demand- and supply-side barriers to access and their interactions with the building blocks throughout the various levels of the health system.

Portanto, para melhor compreensão dos fatores que levam às barreiras de acesso a medicamentos, já explorados seus conceitos e modelos, passamos a analisar características do mercado farmacêutico, e a política de AF do país.

3.2 Características do mercado farmacêutico

Diversos estudos realizados pela OMS têm observado, mundialmente, avanços no acesso aos medicamentos essenciais nos últimos anos. Essa observação pode ser retratada pela quantidade de países que possuem listas nacionais de medicamentos essenciais (160 países), e países que dispõem de políticas nacionais de medicamentos em vigor ou em desenvolvimento - mais de 100 atualmente (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

“Em 1996, já no escopo da elaboração da [Política Nacional de Medicamentos] PNM, nasceu a primeira lista de medicamentos essenciais do Brasil, baseada em evidências, dando início a um intenso processo de revisões consecutivas” (BERMUDEZ *et al.*, 2018, p. 1941).

Apesar dos avanços, no entanto, os dados apontam para importante preocupação atual, na qual os medicamentos essenciais ainda “permanecem indisponíveis, inacessíveis, inseguros ou inadequadamente usados em muitas partes do mundo. Estima-se que um terço da população mundial não tenha acesso regular a medicamentos essenciais, com esse número aumentando para mais de 50% nas partes mais pobres da África e da Ásia” (WHO, 2019, *on-line*, tradução nossa). Uma preocupação que atinge a todos:

O impacto econômico dos produtos farmacêuticos é substancial - especialmente nos países em desenvolvimento. Embora os gastos com produtos farmacêuticos representem menos de um quinto do total de gastos públicos e privados em saúde na maioria dos países desenvolvidos, representam 15 a 30% dos gastos em saúde nas economias em transição e 25 a 66% nos países em desenvolvimento. Na maioria dos países de baixa renda, os produtos farmacêuticos são os maiores gastos públicos em saúde, depois dos custos com pessoal e os maiores gastos em saúde das famílias. (...) Apesar do potencial impacto na saúde de medicamentos essenciais e apesar dos gastos substanciais com medicamentos, a falta de acesso a medicamentos essenciais, o uso irracional de medicamentos e a baixa qualidade dos medicamentos continuam sendo sérios problemas globais de saúde pública”²⁴ (WHO, 2019, *on-line*, tradução nossa).

²⁴ The economic impact of pharmaceuticals is substantial – especially in developing countries. While spending on pharmaceuticals represents less than one-fifth of total public and private health spending in most developed countries, it represents 15 to 30% of health spending in transitional economies and 25 to

As barreiras de acesso a medicamentos e demais tecnologias, se deve, em parte, pelas características intrínsecas do mercado farmacêutico, de, monopólios e oligopólios, dependência tecnológica e econômica, e iniquidades, com altos preços sobre os novos medicamentos, que imputam uma enorme pressão sobre a capacidade de todos os sistemas de saúde de fornecer acesso completo e acessível aos cuidados de saúde e, impactam negativamente sobretudo os países em desenvolvimento, fazendo, portanto, do acesso uma preocupação global (BERMUDEZ, 2014).

De acordo com o Guia 2019 da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – Interfarma²⁵, mundialmente, o gasto global com medicamentos atingiu US\$ 1,2 trilhão em 2018 e estima-se que ele ultrapasse US\$ 1,5 trilhão em 2023. Já o mercado farmacêutico brasileiro tem apresentado um crescimento constante, tendo crescido 11% em 2018, chegando a R\$ 90 bilhões. A variação mais expressiva entre 2014 e 2018 ocorreu no varejo, de 12%, enquanto o mercado institucional (vendas ao governo, a clínicas, hospitais e planos de saúde) aumentou 9,5% (R\$ 27,8 bilhões). Nas compras públicas também houve elevação significativa, de 11,3%, passando de R\$ 13 bilhões para R\$ 14,5 bilhões. As projeções também são de crescimento. Estima-se que em 2023 o mercado farmacêutico brasileiro deve comercializar algo em torno de 238 milhões de doses e deve subir duas posições no *ranking* mundial de mercados farmacêuticos. Atualmente, o Brasil ocupa o sétimo lugar no ranking mundial, conforme figura abaixo (figura 8) (INTERFARMA, 2019).

66% in developing countries. In most low income countries pharmaceuticals are the largest public expenditure on health after personnel costs and the largest household health expenditure. (...) Despite the potential health impact of essential drugs and despite substantial spending on drugs, lack of access to essential drugs, irrational use of drugs, and poor drug quality remain serious global public health problems.

²⁵ A INTERFARMA é a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, uma entidade setorial, sem fins lucrativos, que representa 51 associadas, empresas e pesquisadores que buscam promover e incentivar a pesquisa, o desenvolvimento e a inovação voltada para a produção de insumos farmacêuticos, matérias-primas, medicamentos e produtos para a saúde humana. São condições para fazer parte da entidade, realizar pesquisa, desenvolvimento e inovação e aderir ao Código de Conduta da associação (INTERFARMA, 2019, não paginado).

Figura 8 - Ranking do mercado farmacêutico mundial (2013, 2018 e 2023)

2013			2018			2023		
Rk	País	% of US	Rk	País	% of US	Rk	País	% of US
1	Estados Unidos	100	1	Estados Unidos	100	1	Estados Unidos	100
2	▲ China	28	2	China	28	2	China	27
3	▼ Japão	24	3	Japão	18	3	Japão	12
4	▲ Alemanha	12	4	Alemanha	11	4	Alemanha	10
5	▼ França	10	5	França	7	5	▲ BRASIL	7
6	Itália	7	6	Itália	7	6	Itália	6
7	▲ Reino Unido	6	7	▲ BRASIL	6	7	▼ França	6
8	▲ BRASIL	5	8	▼ Reino Unido	6	8	Reino Unido	5
9	▼ Espanha	5	9	Espanha	5	9	▲ Índia	5
10	▼ Canadá	5	10	Canadá	5	10	▼ Espanha	4
11	▲ Índia	3	11	Índia	4	11	▼ Canadá	4
12	▼ Coreia do Sul	3	12	Coreia do Sul	3	12	▲ Rússia	4
13	▼ Austrália	3	13	▲ Rússia	3	13	▼ Coreia do Sul	3
14	▲ Rússia	3	14	▼ Austrália	3	14	▲ Turquia	3
15	▼ México	2	15	México	2	15	▲ Argentina	2
16	▲ Arábia Saudita	2	16	▲ Polônia	2	16	▼ Austrália	2
17	▲ Polônia	2	17	▲ Turquia	2	17	▼ México	2
18	▼ Bélgica	2	18	▼ Arábia Saudita	2	18	▼ Polônia	2
19	▼ Holanda	2	19	▲ Argentina	1	19	▼ Arábia Saudita	2
20	Suíça	1	20	▼ Bélgica	1	20	▲ Vietnã	1

Fonte: INTERFARMA (2019, p. 8).

Esses dados apontam a importância econômica do setor em todo o mundo e, ao mesmo tempo, o desafio para as políticas públicas em suprir as necessidades da sua população, especialmente no Brasil, que pelas dimensões continentais e o baixo nível socioeconômico de importante parcela da população, associada à crise do país, eleva a dependência às ações governamentais no suprimento das necessidades de saúde.

Ainda, a dependência tecnológica externa é um dos problemas comuns aos países subdesenvolvidos, sendo o Brasil um dos poucos países a possuir um parque público estatal – com 18 laboratórios públicos, de abrangência nacional. Esse, voltado para a produção de medicamentos primordialmente destinados aos programas de saúde pública em assistência farmacêutica, assim como o suprimento de medicamentos de baixo interesse comercial pelo setor privado, mas de importância clínica para o país, que atingem especialmente os mais pobres, como nas doenças endêmicas (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006). No mercado farmacêutico privado, o Brasil contava em 2017 com 241 laboratórios farmacêuticos regularizados e autorizados para a venda de medicamentos, sendo a maioria (60%) de capital de origem nacional (SINDUSFARMA, 2018).

Para Bermudez, “seu fortalecimento e consolidação [dos laboratórios públicos] são vistos como instrumento efetivo de apoio às ações governamentais e uma referência para a regulação do mercado nacional” (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006, p. 2381). Para tanto, deve contar com políticas públicas que proporcione seu desenvolvimento como: financiamento e estímulo à produção local, estímulo à inovação e políticas de inovação tecnológica, adoção de políticas públicas de acesso aos medicamentos, definição de marco regulatório estável, dentre outros.

No Brasil, medidas de fortalecimento local e condições para promoção do acesso vem sendo implementadas no país ao longo dos anos, como as políticas públicas para o fortalecimento do Complexo Econômico e Industrial da Saúde²⁶ (CEIS) e das relações entre saúde e desenvolvimento. As interações entre o SUS e o Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação no Brasil, como nas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) tem sido estratégica na política nacional para incorporação de tecnologias no país e desse modo, permitir a ampliação do acesso e reduzir a dependência tecnológica internacional. “O CEIS, analiticamente, constitui um espaço institucional delimitado, político, econômico e social, no qual se realiza a produção e a inovação em saúde, captando sua dinâmica interdependente” (GADELHA; TEMPORÃO, 2018, p. 1894).

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), instrumento concebido em 2008, foi segundo Gadelha e Temporão (2018),

a forma concreta e inovadora de efetivar o uso do poder de compra para a transformação no sistema produtivo da saúde. Permitia, a um só tempo, aumentar a autonomia nas áreas de maior dependência tecnológica e orientar os projetos de investimento de acordo com as demandas de saúde, conforme definido pelo Ministério nas sucessivas publicações das listas de produtos estratégicos para os projetos de PDP. O modelo básico das PDP envolve a utilização das compras, realizadas centralizadamente pelo MS, de produtos (normalmente de alto custo e maior complexidade tecnológica), que eram adquiridos no mercado (com grande participação de importações), para estimular a produção local, envolvendo a transferência de tecnologia. A produção local ocorre pelo estabelecimento de uma parceria entre a empresa detentora da tecnologia e uma instituição pública qualificada para atender ao SUS durante o período de absorção tecnológica (sendo a Fiocruz e o Butantan as mais importantes) (GADELHA; TEMPORÃO, 2018, p. 1897).

²⁶ “O conceito do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) foi desenvolvido em trabalhos de pesquisa realizados nos anos 2000. Inicialmente designado como “Complexo da Saúde”, adquiriu diferentes denominações em função das ênfases buscadas em sua aplicação teórica e política: Complexo Industrial da Saúde, Complexo Produtivo da Saúde e Complexo Industrial e de Serviços em Saúde” (GADELHA; TEMPORÃO, 2018, p. 1892).

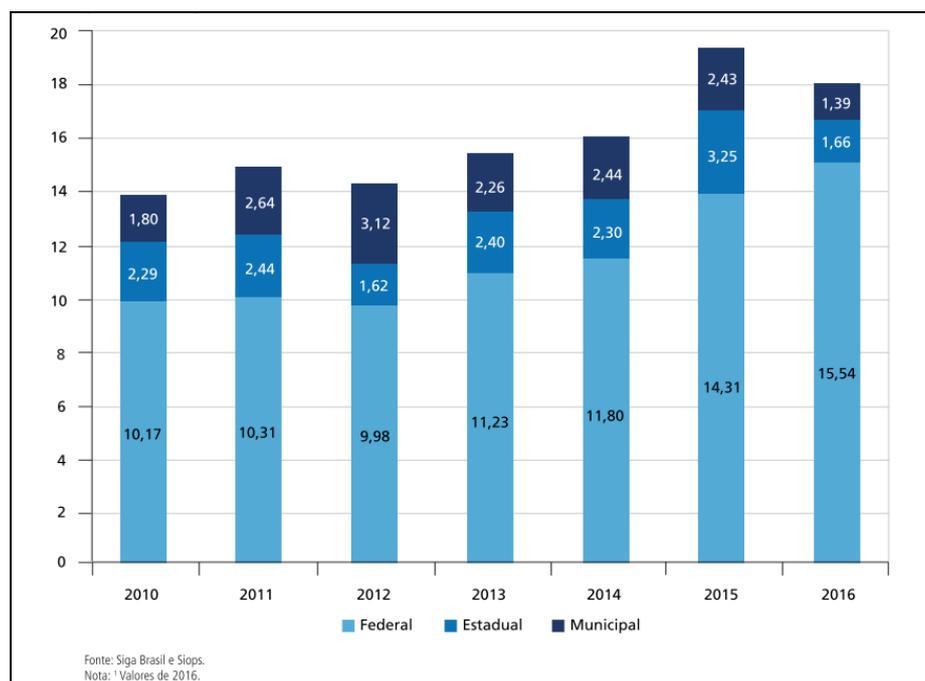
Desse modo, “as compras públicas se tornam um instrumento de capacitação tecnológica e desenvolvimento da base produtiva do CEIS, visando reduzir a vulnerabilidade do SUS e a geração de investimentos, emprego e renda. O processo altera estruturalmente o mercado da saúde, pois reduz as práticas monopolistas, mediante uma progressiva presença de instituições públicas (MS e produtores públicos) em seu direcionamento” (GADELHA; TEMPORÃO, 2018, p. 1897). Chamam atenção os autores aos reflexos da instabilidade do novo contexto político e institucional que o país vive, em que “no momento atual, esse instrumento se mantém, apesar de enfrentar novos e complexos desafios (...) (GADELHA; TEMPORÃO, 2018, p. 1897). Atualmente o país dispõe de 92 PDPs vigentes, totalizando 58 itens entre medicamentos, vacinas e hemoderivados e, 6 produtos para a saúde (kits para diagnóstico e outros) (BRASIL, 2019, *on-line*).

Nos últimos anos, o Brasil realizou investimentos significativos na expansão da cobertura do SUS e ampliação da rede de prestação de serviços. Nos dez anos até 2014, as despesas públicas com saúde cresceram a uma taxa real média de 7%, o que aumentou os gastos públicos com saúde proporcionais ao PIB em 0,5 ponto percentual (GRUPO BANCO MUNDIAL, 2017).

Em 2015, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil foi de R\$ 546 bilhões (9,1% do PIB). Desse total, R\$ 231 bilhões (3,9% do PIB) corresponderam a despesas de consumo do governo e R\$ 315 bilhões (5,2% do PIB), a despesas de famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias. Do total do consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil, 19,0% corresponde ao consumo exclusivo de medicamentos e o restante de demais serviços de saúde (IBGE, 2017, não paginado).

Considerando as três esferas de governo, com relação ao gasto de medicamentos no SUS, houve um crescimento de 40% entre 2010 e 2015, indo de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015. Tendo comportamento de queda em 2016, caindo para R\$ 18,6 bilhões (-7% nos últimos dois anos). O gráfico 1 a seguir, referente ao gasto por esfera de governo, “mostra queda nos valores liquidados pelos estados e o Distrito Federal (-27%) e pelos municípios (-23%), além de aumento do gasto do governo federal (53%) neste período” (VIEIRA, 2018, p. 15).

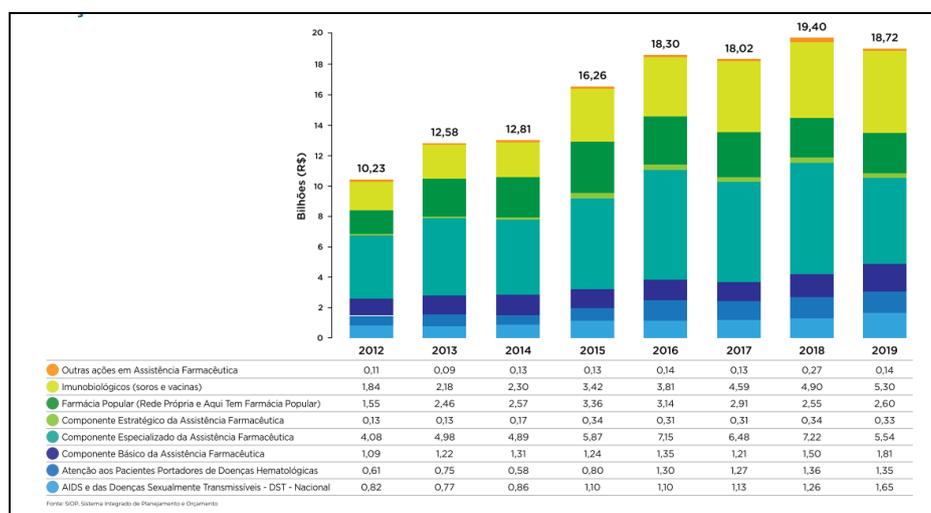
Gráfico 1 - Gasto com medicamentos por esfera de governo – valores liquidados (2010 -2016) (em R\$ bilhões)



Fonte: VIEIRA (2018, p. 15).

O orçamento do MS para a AF vem em uma histórica crescente de recursos, contudo, conforme gráfico abaixo, observa-se uma perda de aproximadamente 4% da dotação da assistência farmacêutica em relação ao ano anterior (2018 - 2019) (GRÁFICO 2) (INTERFARMA, 2019).

Gráfico 2 - Orçamento da Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde (2012 – 2019)



Fonte: Guia Interfarma (INTERFARMA, 2019, p. 22).

Ainda, com relação ao financiamento público da saúde, importante destacar, conforme apresentado por Reis *et al.* (2018) que, embora as significativas cifras,

ao contrário do que leva a crer o senso comum, o Brasil apresenta baixa participação de financiamento público à saúde (46%), em comparação com outros países com sistemas similares, que superam 60% (PIMENTEL *et al.*, 2017). Uma das razões é a baixa participação pública na compra de medicamentos que são, fundamentalmente, financiados pelo consumidor. Conforme dados da Conta-Satélite da Saúde, pouco mais de 10% do consumo final de medicamentos é de responsabilidade do governo, enquanto na média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) esse índice superior a 50% e ultrapassa 70% em países como Alemanha, Irlanda, Japão e nos Países Baixos (OECD, 2018) (REIS *et al.*, 2018, p. 303).

Dentre os gastos com a assistência farmacêutica (figura 9), como se pode observar, o CEAF é o item de maior peso e, sobre o qual houve maior redução com queda de 23% (2017 – 2018) (INTERFARMA, 2019, p. 22). Essa redução desperta preocupação, uma vez que o acesso a esses tratamentos, para a maioria dos brasileiros, é viável apenas por meio do SUS.

Figura 9 - Execução orçamentária da Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde (2012 – 2019)

Ações	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Total Geral
AIDS e das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST - Nacional	70,7%	75,0%	75,2%	75,9%	80,4%	69,4%	84,8%	47,6%	76,3%
Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas	43,7%	27,2%	62,5%	71,3%	84,1%	81,4%	87,9%	35,8%	70,9%
Componente Básico da Assistência Farmacêutica	89,4%	87,9%	85,1%	80,7%	89,7%	94,2%	88,4%	45,7%	87,9%
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	92,3%	87,0%	91,4%	86,9%	93,2%	80,4%	63,4%	31,4%	83,9%
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	43,9%	61,9%	66,5%	72,9%	62,7%	44,3%	41,7%	13,4%	56,3%
Farmácia Popular (Rede Própria e Aqui Tem Farmácia Popular)	94,0%	77,4%	85,6%	85,7%	87,7%	99,1%	99,5%	53,2%	89,6%
Imunobiológicos (soros e vacinas)	64,4%	60,2%	78,3%	62,9%	71,5%	66,0%	58,8%	38,3%	65,5%
Outras ações em Assistência Farmacêutica	57,9%	68,2%	46,1%	75,5%	41,7%	65,7%	74,7%	41,1%	63,0%
Total das Ações de Assistência Farmacêutica	81,6%	75,9%	84,0%	79,2%	85,1%	79,4%	71,8%	39,2%	79,3%

Fonte: SIOP, Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
*Execução contabilizada até 23 de agosto de 2019

Fonte: Guia Interfarma (2019, p. 25).

A necessidade da população, o direito estabelecido constitucionalmente e o os recursos financeiros disponibilizados pelas estruturas de governo para a política nacional de AF, são incoerentes, conforme apresentado por Gadelha, Costa e Maldonado (2012):

Há, entretanto, uma incoerência entre o volume de financiamento público e as premissas constitucionais do sistema nacional de saúde. O pacto político-social que estabelece um sistema universal de saúde no

País é enfraquecido, uma vez que na prática a estrutura de dispêndio do sistema de saúde é mercantil. O gasto público representa menos que metade do gasto total em saúde no País, segundo dados da Organização Mundial da Saúde. Como decorrência, o peso do gasto privado sistema de saúde é bastante significativo, o que dificulta a universalização do acesso e acaba por reforçar as já existentes desigualdades (de renda e regionais) (GADELHA; COSTA; MALDONADO, 2012, p. 27).

Para além das dificuldades expressas para um país com consideráveis diferenças socioeconômicas como o Brasil, apresenta ainda como importante problema, a presença de significativas ineficiências no uso dos recursos nas despesas com saúde em comparação ao desempenho de outros países. Desse modo, há segundo estudos do Banco Mundial, perdas evitáveis de recursos se estes fossem melhor administrados (GRUPO BANCO MUNDIAL, 2017).

Esse baixo investimento traz consequências às famílias, que sem a cobertura da assistência pública necessita prover recursos próprios para as suas necessidades, conforme demonstra os dados da Conta-Satélite de Saúde do Brasil²⁷. Em 2015 o financiamento privado na aquisição de medicamentos pelas famílias correspondeu a 1,5% do PIB, contra apenas 0,2% pelo governo, forçando, portanto, maior participação das famílias nos gastos com saúde (IBGE, 2017). Ao recair diretamente sobre a população, de acordo com a OMS, “o preço de remédios que não cabem no orçamento das famílias levam mais de 100 milhões de pessoas à pobreza a cada ano”. Problema que vem afetando também os de alta renda, que “estão cada vez mais tendo que racionar remédios para câncer, hepatite C e doenças raras. O problema também se estende a remédios mais antigos, cujas patentes já expiraram, como insulina para diabetes” (ONU, 2019, *on-line*).

Segundo Santos (2015) “isso aumenta a probabilidade de as famílias serem forçadas a incorrer nos chamados gastos catastróficos, que causam redução do bem-estar, por sacrificar outros itens importantes” (SANTOS, 2015, p. 12). A autora avaliou os dados da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 com relação às despesas com medicamentos, na qual 83,6% das famílias tiveram algum dispêndio

²⁷ Conta-Satélite do Brasil é uma extensão do Sistema de Contas Nacionais, que permite a elaboração de análises sobre o perfil e a evolução de um determinado setor, de forma comparável ao total da economia medido pelas Contas Nacionais. Conta-Satélite de Saúde são análises interinstitucionais desenvolvidos com a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e o Ministério da Saúde, o IBGE que apresentam dados sistematizados sobre a estrutura produtiva e a dinâmica deste setor no Brasil no período de 2010 a 2015 (IBGE, 2019, *on-line*).

com medicamentos. Quanto às famílias que não reportaram gastos com remédios, uma das razões possíveis é a dificuldade de acesso – a outra seria a não necessidade no período em questão. Ainda, a pesquisa aponta que 35,3% das famílias com renda mais baixa relataram alguma restrição de acesso a medicamentos, o que evidencia iniquidade (SANTOS, 2015). A POF 2008-2009 demonstra ainda regressividade dos dispêndios com saúde, na qual a população de mais baixa renda apresentou maiores gastos com medicamentos (76,36% do orçamento) que os de renda superior (33,93%), comprometendo importante parcela do orçamento familiar, dentre os gastos com saúde (IBGE, 2010). Desse modo, Santos (2015) ao analisar os gastos com medicamentos sob aspectos econômicos, defende a necessidade de políticas de AF:

Quando uma família precisa, mas não pode comprar, isso configura uma iniquidade. O acesso desigual a medicamentos é uma das formas pelas quais se manifesta a desigualdade econômica. As famílias pobres são as que mais enfrentam restrições. As ações de políticas públicas de assistência farmacêutica são, pois, fundamentais para a redução da desigualdade (SANTOS, 2015, p. 13).

A autora destaca a informação como um dos possíveis fatores dessa iniquidade no acesso a medicamentos, em acordo com o nosso pensamento:

Comparando o acesso na forma não monetária, entre 2002-2003 e 2008-2009, houve uma clara redução do acesso das famílias dos estratos mais pobres (de 25,37% para 21,86%) e um aumento das mais ricas (de 11,23% para 13,46%). Este fato pode estar indicando uma assimetria de informação, onde os mais ricos possuem melhores informações sobre programas de assistência farmacêutica. Há também de considerar o fator regional desse acesso, pois foram as regiões Sul e Sudeste que apresentaram o maior crescimento dos gastos não monetários, visto que, na região Sudeste, o gasto não monetário aumentou 65%, e na região Sul aumentou 104%, o que pode estar se refletindo no crescimento do acesso das famílias em melhores posições socioeconômicas (SANTOS, 2015, p. 120).

Outra recente pesquisa realizada por Drummond, Simões e Andrade (2018) aponta para “alta prevalência de acesso total a medicamentos prescritos no Brasil (83,0%; IC95% 81,3 – 84,6)”, no qual, a maioria da população teve pagamento direto na obtenção dos fármacos (63,9%). Os principais motivos relatados para o não acesso foram a ausência do medicamento no serviço público de saúde (57,6%) e a falta de dinheiro (11,9%) (DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018).

Podemos observar, a partir das diferentes fontes e perspectivas, que para se alcançar o efetivo acesso a medicamentos pela população são necessárias diversas e complexas políticas públicas, que não se restringe exclusivamente a área da saúde.

Fatores sociais, econômico, tecnológicos, industriais além da própria gestão do sistema de saúde precisam de uma intensa rede de articulação e de interesses com diferentes atores da ação pública até que o usuário final possa ser atendido nas suas necessidades. Apesar dos avanços no país, inclusive com reconhecimento mundial, a exemplo dos programas de medicamentos genéricos, o programa de DTS/AIDS, o programa nacional de imunizações, muitos são os problemas ainda enfrentados na rede de serviços de saúde e na política de AF.

São necessários muitos esforços e uma complexa rede para que as tecnologias farmacêuticas, especialmente os medicamentos, estejam disponíveis no sistema com qualidade e segurança. Mas ainda há uma nova etapa para que após disponível na rede de serviços, os pacientes tenham acesso efetivo. São falhas que vão desde a estrutura física, de atendimento clínico, e de fluxos administrativos, que no caso do CEAF, pode interferir no tempo para aquisição dos medicamentos e manutenção do tratamento proposto. Esses motivos e muitos outros são de grande relevância e preocupação para a saúde pública.

A possibilidade de se adquirir medicamentos por meio de políticas governamentais tem impacto significativo no bem-estar das famílias, sobretudo as mais pobres e em condições clínicas importantes, que como exposto, no Brasil tem grande parte do financiamento da aquisição de remédios realizado por desembolso direto pelas famílias. Sabe-se que a ampliação do acesso a medicamentos essenciais pela população, de forma segura e com uso racional, agrega além das melhorias do estado de saúde, como assegura ganhos de desenvolvimento, promovendo o máximo aproveitamento do potencial farmacêutico (BERMUDEZ, 2014).

No Brasil, a provisão pública de medicamentos à população está organizada por meio da Assistência Farmacêutica, a qual apresentamos a seguir.

3.3 A política de Assistência Farmacêutica recente no Brasil e os medicamentos essenciais

No Brasil, dentre as diversas políticas públicas de saúde estruturou-se no SUS, ações específicas voltada para os medicamentos. Importantes marcos legais promoveram a implementação e o fortalecimento da AF no país. A Assistência Farmacêutica é conceituada como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998, p. 34).

Especificamente elaborada para a normatização da provisão e uso de medicamentos no país, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) - Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998), inscrita na PRC nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXVII (BRASIL, 2017); representou um marco para a Assistência Farmacêutica, por se caracterizar como um importante instrumento balizador da política de medicamentos no Brasil e “é considerada o primeiro posicionamento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão dos medicamentos no contexto da reforma sanitária” (BERMUDEZ, 2014).

Antes da promulgação da PNM, as políticas públicas vigentes voltados ao acesso da população a medicamentos e à AF se caracterizavam por uma “significativa fragmentação das ações e das iniciativas direcionadas ao acesso aos medicamentos, representada pela existência de aproximadamente vinte ‘programas’ distintos que tratavam com medicamentos, com financiamentos também fragmentados e extemporâneos, com elencos de medicamentos sobrepostos e com gestão não articulada” (SANTOS *et al.*, 2016, p. 8).

“A PNM foi formulada com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde e expressa as principais diretrizes para o setor” (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006, pp. 2383-2384), sendo aprovada como parte integrante e essencial da Política Nacional de Saúde (PNS).

A PNM tem como suas principais diretrizes: o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da AF, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária, com destaque para a diretriz de promoção do uso racional de medicamentos, com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2017).

O ano de 2003 apresentou importantes marcos para a estruturação da AF no país. Nesse ano, deu-se a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), que

constituiu passo essencial para a superação das fragmentações evidenciadas ao final do ano 2002, bem como para a instituição, no MS, de lócus qualificado para as interfaces setoriais com outros campos da estrutura de governo, com os setores produtivos públicos e privados e com os segmentos organizados da sociedade civil, na perspectiva de garantir o acesso da população aos medicamentos, às demais tecnologias e aos serviços demandados pelas ações de atenção à saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade, e considerada a sua característica de integralidade. (...) é inequívoca a percepção de que os aspectos essenciais da formulação pensada e institucionalizada a partir de 2003 encontram-se hoje consolidados na estrutura do MS, com impactos importantes e positivos no estabelecimento e na manutenção de competências direcionadas ao desenvolvimento da capacidade científica, tecnológica e produtiva nacional, na perspectiva sempre presente do fortalecimento do SUS como sistema de saúde universal, e para a superação das suas vulnerabilidades (SANTOS *et al.*, 2016, p. 9).

Destacam os autores ainda o papel da SCTIE que dentre suas atribuições,

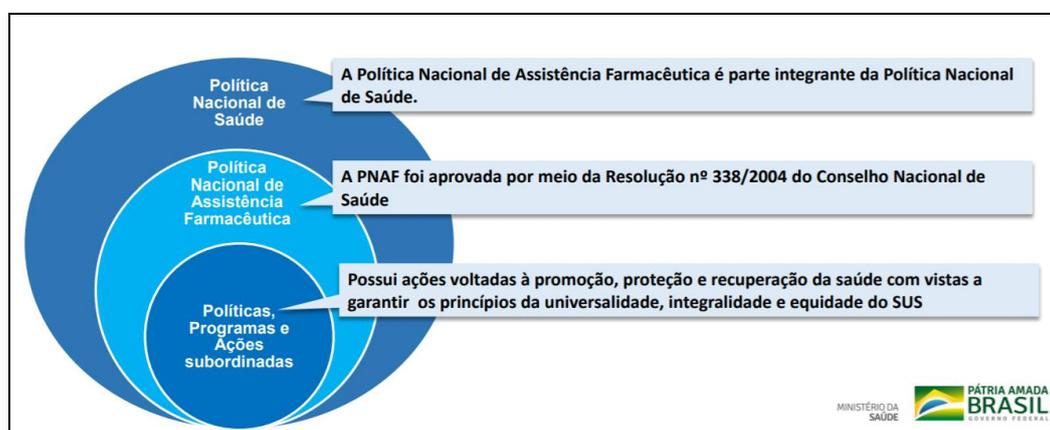
tem a responsabilidade institucional de atuar fortemente no processo coletivo de formular e implementar políticas nacionais, em particular no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde; da Assistência Farmacêutica; e do fomento à pesquisa e à inovação em saúde. Essa estrutura formal também assume o papel institucional de identificar e desenvolver métodos e mecanismos voltados à análise da viabilidade econômico-sanitária e ao estímulo a empreendimentos públicos e privados no campo mais amplo do Complexo Industrial da Saúde; de promover as condições para o estímulo ao desenvolvimento tecnológico e para a produção nacional de produtos e tecnologias considerados estratégicos para o país; bem como de coordenar o processo dinâmico de incorporação crítica de tecnologias em saúde no âmbito do SUS (SANTOS *et al.*, 2016, p. 9).

Assim, a partir da criação do DAF se deu a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em setembro de 2003, cujo tema central foi “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social” (BRASIL, 2005). Como resultado desta, estruturou-se a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) - Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, voltada para a oferta de medicamentos (BRASIL, 2004). A PNAF é definida na PNM como:

Um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos²⁸ (BRASIL, 2017).

A estruturação da política de AF (figura 10) objetiva, então, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e do seu uso racional, a melhoria da qualidade de vida da população, de forma a atender os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade.

Figura 10 – Estruturação da Política Nacional de Saúde / Política Nacional de AF



Fonte: BRASIL (2019).

Essa política é organizada em níveis de complexidade de forma a promover o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais à manutenção das condições de saúde da população. Como medicamentos necessários ao tratamento e controle da maioria das doenças prevalentes no País, esses produtos devem estar sempre disponíveis à sociedade, e integram a relação nacional de referência – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) - instrumento promotor do uso racional e lista

²⁸ O uso racional de medicamentos (URM) é o termo que define o processo que visa o uso adequado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade pela população. Este compreende a prescrição médica apropriada, a dispensação e a disponibilidade de medicamentos oportunamente e a preços acessíveis, o consumo nas doses indicadas e intervalos e períodos definidos. Convém elucidar, que o termo dispensação é referida na PNM como “o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento” (BRASIL, 1998, p. 34).

orientadora do financiamento de medicamentos na AF - para que estados e municípios compoam suas listas de acordo com os perfis epidemiológicos locais. Essa lista, ainda, serve de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico do país. Está organizada em 5 anexos, a saber: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico; Componente Especializado; Insumos; Hospitalares. Essa estruturação considera o financiamento e a responsabilidade dos entes federativos na aquisição das tecnologias, em conformidade com a estrutura da AF (BRASIL, 2019).

A RENAME é constantemente revisada e atualizada pela Conitec²⁹, a partir de uma avaliação que considere as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros aspectos, obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2019). Nessas revisões, o elenco de medicamentos e insumos disponíveis no SUS é atualizado, assim como a definição da responsabilidade pela compra e distribuição desses fármacos entre estados, municípios e a União. A última versão disponível, até o presente momento, é a recém lançada RENAME 2020, publicada por meio da Portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019, e contém 921 itens (medicamentos e insumos), sendo que 39 desses foram incluídos como novas opções para tratamento de diferentes doenças (BRASIL, 2019).

Cabe destacar o papel da Conitec, enquanto estrutura de assessoramento do MS, descrita como:

órgão colegiado de caráter permanente, que tem como objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à análise e à elaboração de estudos de avaliação dos pedidos de incorporação, ampliação de uso, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde; e na constituição ou na alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs). Por meio de instrumento legal, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) foi institucionalizada no Brasil como critério indispensável para a tomada de decisão sobre a incorporação tecnológica no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 11).

Retomando a estruturação da AF, por meio da Portaria nº 399/2006 o MS instituiu o Pacto pela Saúde – conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de

²⁹ A partir da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), esta passa a ser responsável por propor a atualização da RENAME, conforme estabelecido no Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Anteriormente, cabia à Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Comare, composta por membros representando universidades brasileiras, entidades de classe e científicas, instâncias gestoras do SUS e representantes do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, para dar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, ao redefinir as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Nesse momento, as formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Portaria nº 698/2006): Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, substituindo, assim, a fragmentação de financiamentos existentes (CNS, 2019, *on-line*). A partir de então, a AF “consolidou-se como um dos blocos prioritários de financiamento para o custeio das ações e dos serviços de saúde, considerando a alocação dos recursos federais” (SANTOS *et al.*, 2016, p. 10).

Pela Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, foi regulamentado o bloco de financiamento da AF, que dispõe sobre a forma de financiamento da AF no SUS, estruturando-a em três componentes: a) componente básico, b) componente estratégico e c) componente de medicamentos de dispensação excepcional (BRASIL, 2007).

Em 2008, conforme referido anteriormente, estabeleceram-se as Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP) que são conceituadas na Portaria nº 837/2012 (BRASIL, 2012), que define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das PDP como:

As PDP são parcerias realizadas entre instituições públicas e entidades privadas com vistas ao acesso a tecnologias prioritárias, à redução da vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) a longo prazo e à racionalização e redução de preços de produtos estratégicos para saúde, com o comprometimento de internalizar e desenvolver novas tecnologias estratégicas e de valor agregado elevado (BRASIL, 2012, *on-line*).

Em 2009 o “programa” de medicamentos de dispensação excepcional ou de alto custo³⁰ passa a ser designado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) - Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 que promoveu a alteração tanto em termos de estrutura, quanto conceitual da política (BRASIL, 2009). O CEAF, então definido como uma estratégia do SUS para garantir a integralidade do tratamento medicamentoso foi organizado na forma de linhas de cuidados, de forma a desvincular o elenco pelo custo individual dos medicamentos e do seu caráter de excepcionalidade. A

³⁰ O primeiro termo utilizado foi o de “medicamentos excepcionais” criado pela Portaria Interministerial nº 3 MPAS/MS/MEC, de 15 de dezembro de 1982 “no sentido de tornar um ato excepcional o fornecimento de medicamentos não previstos na RENAME da época” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 27).

partir de então, definiu-se o financiamento e a gestão pela divisão de responsabilidades entre as três esferas federativas, alterando também as formas e fluxos para incorporação de tecnologias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em 2011, através da Lei 12.401 que altera a Lei no 8.080/90, define-se a assistência terapêutica integral em que a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde (órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos), passa a ser atendida em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas nos PCDT, nas diferentes fases evolutivas da doença. Essa atualização dispõe também sobre a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS pela Conitec, tendo como base critérios técnicos (eficácia, acurácia, efetividade e segurança) e econômicos (avaliação econômica comparativa, relação de custo-efetividade), isto é, uso de evidências científicas³¹ para a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, assim como a constituição ou alteração dos PCDT (BRASIL, 2011a).

Em 2013 é editada a Portaria GM/MS nº 1.554 de 30/07/2013 que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do CEAF no âmbito do SUS, revogando a Portaria 2981/2009.

Se os últimos atos normativos apresentaram importantes avanços para as políticas públicas de saúde, a promulgação da Emenda Constitucional 95 de 2016 - conhecida como PEC 55 tem limitado seu desenvolvimento ao impor o congelamento dos gastos públicos por 20 anos (BRASIL, 2016). Assim, as novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas, que no caso da saúde têm impacto direto dado a prevalência de doenças crônicas com o envelhecimento da população, e o empobrecimento das famílias que leva a maior utilização do SUS, além do que,

obviamente, impedirá os investimentos necessários à manutenção e expansão dos serviços públicos, incorporação de inovações tecnológicas, aumentos de remuneração, contratação de pessoal, reestruturação de carreiras, o que se faz necessário em virtude do crescimento demográfico, e sobretudo em razão dos objetivos e

³¹ Cada vez mais presente, as políticas baseadas em evidências configuram como instrumentos chave no campo da informação científica, uma vez que objetivam a tomada de decisões de forma sistematizada, pautada em evidências científicas. Dessa forma, “consolida-se a noção de que são cada vez mais necessários conhecimentos científicos que fundamentem os processos de tomada de decisões. A ideia de política baseada em evidência foi apropriada pelo Estado moderno, e na saúde vem recebendo especial atenção. Avalia-se que, assim procedendo, se ampliam as chances de se tomar decisões mais efetivas, trazendo maiores benefícios à saúde da população, com menos custos econômicos ou sociais” (BARRETO, 2004, p. 329).

fundamentos constitucionais, que direcionam um projeto constituinte de um Estado de Bem Estar Social (MARIANO, 2017, p. 261).

Desse modo, conforme apresentam Rossi e Dweck (2016), “a PEC 55 torna impossível qualquer melhora na saúde e educação públicas no Brasil, pelo contrário, abre-se espaço para o sucateamento dessas áreas e para a eliminação de seu caráter universal” (ROSSI; DWECK, 2016, p. 4).

Em setembro de 2017 todas as portarias ministeriais (do Ministério da Saúde) passam por uma avaliação e aquelas consideradas “de conteúdo normativo e de efeitos permanentes ou duradouros” são agrupadas em 6 grandes blocos: PRC nº1- Consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS; PRC nº 2 - Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS (incluindo a Assistência Farmacêutica); PRC nº 3 - Consolida as normas sobre as redes do SUS; PRC nº 4 - Consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS; PRC nº 5 - Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS e PRC nº 6 - Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

A partir da Portaria 3.992, de 28/12/2017, o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde são modificados. Se antes os blocos de financiamento se caracterizaram por serem blocos financeiros, tendo uma conta corrente vinculada a cada um dos 5 blocos de custeio (atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS), a partir de 2017 passa a integrar 2 blocos: custeio e investimento. Desse modo, há a junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio (BRASIL, 2017). De acordo com o Fundo Nacional de Saúde, “essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas” (FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, 2018, *on-line*).

Atualmente, o acesso pela população brasileira aos medicamentos no SUS se dá de forma gratuita, ou por compra direta (adquirida por preços baixos subsidiados pelo MS), com particularidades de formas de acesso e cobertura entre os componentes. Para tanto, é fundamental entender em qual componente está o medicamento que o usuário precisa, não só para garantir o financiamento do tratamento, mas fundamentalmente para determinar como será seu acesso (conforme apresentado e disposto na

RENAME).

Com exceção do Programa Farmácia Popular, em todos os outros componentes o financiamento é tripartite, ou seja, de responsabilidade dos três entes federativos: União, estados e municípios. De modo geral, os quatro blocos são assim caracterizados (BRASIL, 2019a):

- a) Componente Básico – envolve um grupo de ações destinadas ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. A responsabilidade pela aquisição, seleção, armazenamento, controle de estoque, além da distribuição e dispensação destes medicamentos é dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Os recursos federais são repassados mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e/ou municipais de saúde com base na população IBGE;
- b) Componente Estratégico – compõem os medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos. São medicamentos para o tratamento de Tuberculose, Hanseníase, o Combate ao Tabagismo, para a Alimentação e Nutrição e para as Endemias Focais (Ex: Malária, Leishmaniose, Dengue, dentre outras), Coagulopatias e DST/AIDS. Esses medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados e/ou municípios de acordo com programação informada pelos Estados e Municípios. A aquisição dos medicamentos do Componente Estratégico é responsabilidade do MS, realizada de forma centralizada, com repasse dos produtos aos Estados para que os mesmos distribuam aos Municípios;
- c) Componente Especializado (CEAF) – objetiva a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, organizada por linha de cuidados, por meio de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que guiam a condução e o uso racional do tratamento das doenças neles contemplados, geralmente doenças crônicas, graves e de elevado custo do tratamento medicamentoso. Esse componente será descrito no próximo tópico;
- d) Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) – o programa “Aqui tem Farmácia Popular” é um convênio do MS com farmácias privadas e drogarias comerciais, nas quais são disponibilizados gratuitamente medicamentos para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma, e fornecimento com até 90% de desconto em

medicamentos para algumas condições de saúde (rinite, dislipidemia - colesterol alto, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma), anticoncepcionais e fraldas geriátricas. Até maio de 2017, o programa Farmácia Popular, operava com duas modalidades: o “Aqui tem Farmácia Popular” (vigente) e a “Rede Própria”, que teve suas atividades encerradas³².

Com essa organização, estaria contemplada a cobertura de produtos farmacêuticos necessários para o atendimento dos problemas mais prevalentes e impactantes da população brasileira. No entanto, essa compartimentalização por blocos impacta na forma de execução da política, fragmentando o acesso e o cuidado à saúde, porque reparte a responsabilidade da distribuição dos medicamentos entre as diferentes estruturas governamentais – municipal, estadual e federal –, configurando diferentes processos de organização e estruturação, de compra/aquisição, de financiamento, dispensação, etc.

Assim, ao sair do atendimento médico portando uma prescrição, o paciente ora deverá recorrer às farmácias municipais, ora aos estabelecimentos estaduais, ambos organizados por regras de acesso diferentes, e uma intrincada rede de gestores, profissionais e usuários. Como também referido por Rover (2016):

A falta de articulação é muito evidente na organização do acesso aos medicamentos. A assistência farmacêutica, organizada por componentes (Especializado, Básico e Estratégico) financiados e geridos de formas distintas, dificulta, na prática, a lógica do atendimento por linhas de cuidado e o exercício profissional farmacêutico, uma vez que não há fluxos coordenados (ROVER *et al.*, 2016, p. 699).

Uma reorganização da política da Assistência Farmacêutica, que a torne mais integrada possibilitará ganhos positivos ao Sistema Único de Saúde, conforme apontado pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2018, p. 9).

No que tange a organização do SUS, a sua fragmentação e os consequentes resultados negativos que interferem na gestão eficiente desse sistema amplo e complexo também são uma preocupação do ponto de vista da Assistência Farmacêutica. Por isso, busca-se uma

³² Programa Farmácia Popular foi criado por meio do Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Esse teve uma das suas duas modalidades de funcionamento (Rede Própria) encerrado por decisão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio de Ofício Circular nº 7/2017 do DAF/MS de 28/04/2017. Tratava-se de farmácias próprias administradas pela Fiocruz, em parceria com governos estaduais, municipais e instituições públicas, para atendimento da população de 112 itens, incluindo medicamentos e preservativo masculino, que eram dispensados pelo seu valor de custo, com redução de até 90% do valor de mercado. Atualmente apenas o “Aqui tem Farmácia Popular” em convênio com farmácias privadas está em operação.

organização que supere a desarticulação entre seus componentes e que propicie uma interação mais harmônica nos diferentes elementos organizativos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2018, p. 9).

Dado sua relevância, conforme motivos apresentados ao longo dessa tese, seguimos a analisar o Componente Especializado com mais detalhes, que desde a promulgação da PNM e apesar dos seus avanços, ainda apresenta limitações para o acesso, conforme recente destaque de Bermudez *et al.* (2018):

Os 20 anos que nos separam do lançamento da PNM mostram avanços heterogêneos na provisão pública de medicamentos: vemos excelente acesso em alguns nichos de agravos na [Atenção Primária à Saúde] APS, e **enormes dificuldades para os usuários na obtenção de medicamentos especializados** (BERMUDEZ *et al.*, 2018, p. 1943, grifo nosso).

3.3.1 Caracterização da Política de Medicamentos no SUS: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em foco

Foco do nosso estudo, o Componente Especializado (CEAF) é dentre os componentes da AF, o que apresenta proeminente impacto tecnológico, econômico e social. Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas por meio das linhas de cuidado estabelecidas nos PCDT (BRASIL, 2018, *on-line*) e é regido atualmente pela PRC n° 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXVIII, Título IV, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do CEAF no âmbito do SUS (BRASIL, 2017), conforme citado na introdução dessa pesquisa. Conceitualmente,

o termo “especializado” refere-se a todas as ações de saúde necessárias para o cuidado dos pacientes, visto que esse paciente, majoritariamente, necessitará de tecnologias mais especializadas (médicos especialistas, exames mais complexos, medicamentos mais caros, tratamento mais complexo) do que os agravos cobertos integralmente no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), por exemplo (BRASIL, 2014, p. 27).

Acrescenta-se a essa descrição, as particularidades do fluxo de acesso (etapas de execução) que o paciente deverá percorrer para o pleito a esses medicamentos, que a caracterizam como de maior complexidade operacional, também o diferindo do Componente Básico, e será descrito mais à frente nesse capítulo.

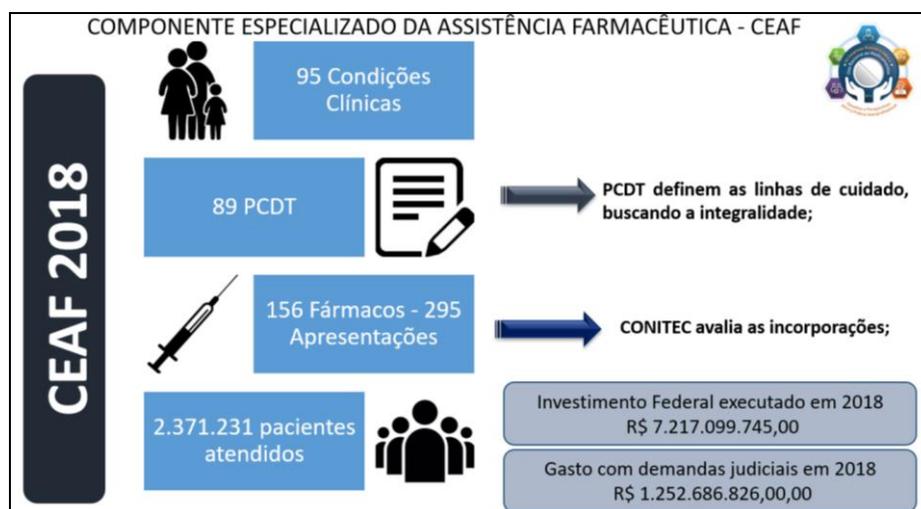
Estamos, assim, a estudar o desenvolvimento do “Componente mais sensível da

Política de Assistência Farmacêutica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 13). Para além dos aspectos já destacados, o CEAF é tido como o mais “sensível” “porque em seu âmbito é que se estabelece a maior parte das tensões entre os três polos (...): o aumento dos gastos, a pressão da demanda e a competição comercial” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 13).

Em termos de governança, a política do CEAF possui coordenação nacional pelo MS por meio do DAF vinculada à SCTIE. O DAF, realiza dentre outras atribuições, principalmente as de coordenação, normatização, orientação, elaboração e acompanhamento das políticas de medicamentos, tais como: i) Elaborar e acompanhar a execução de programas e projetos relacionados à produção, à aquisição, à distribuição, à dispensação e ao uso de medicamentos no âmbito do SUS; e ii) Coordenar a implementação de ações relacionadas à assistência farmacêutica e ao acesso aos medicamentos no âmbito dos Programas de AF do MS (BRASIL, 2018b, *on-line*). Cabe aos estados, por meio das SES, conforme diretrizes do DAF executar a gestão do CEAF na sua esfera de abrangência e, aos municípios em convênio aos estados, algumas das etapas previstas na PRC n° 2 / 2017 (BRASIL, 2017).

Esta política teve ao longo da sua implementação ampliação sistemática do financiamento, ampliação do acesso e da cobertura de tratamento para novas doenças por meio de incorporação de novos medicamentos, contando em 2018 com a cobertura para 95 condições clínicas, 156 fármacos em 295 apresentações farmacêuticas (BRASIL, 2019b) (figura 11).

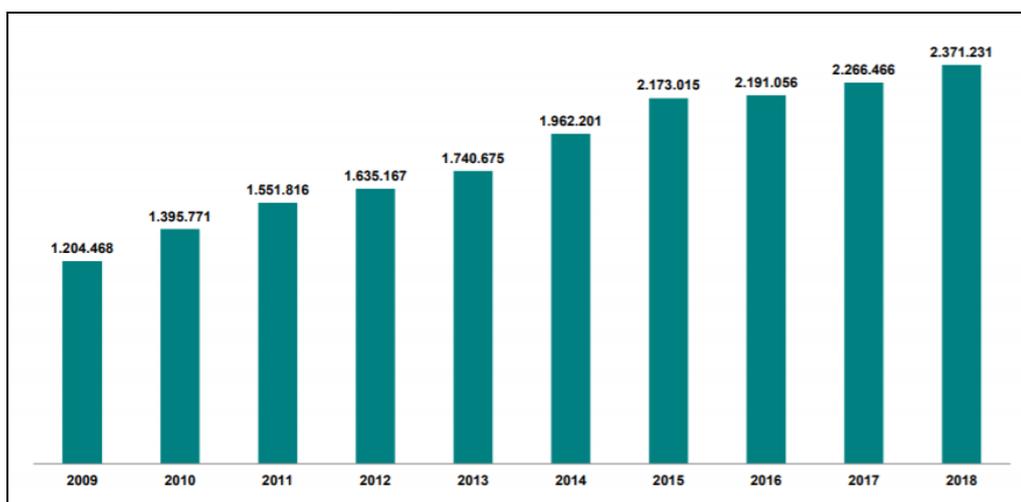
Figura 11 - Cobertura atual do CEAF (2018)



Fonte: BRASIL (2019b)

Em termos de acesso, o número de pacientes atendidos pelo CEAf tem crescido constantemente desde sua implantação, ultrapassando mais de 2,3 milhões de usuários atendidos em números absolutos atualmente (BRASIL, 2019b) (figura 12).

Figura 12 – Evolução do número de pacientes atendidos no CEAf



Fonte: BRASIL (2019b).

Desde sua implantação, o investimento foi de R\$ 3,1 bilhões (2010) para R\$ 5,15 bilhões (2016) - investimento incremental em torno de 39% no período (BRASIL, 2018a). Em 2018 foram adquiridas 592.518.028 unidades de fármacos (BRASIL, 2019), com gasto de aproximadamente R\$ 7,217 bilhões em 2018 referente à contrapartida federal (BRASIL, 2019b).

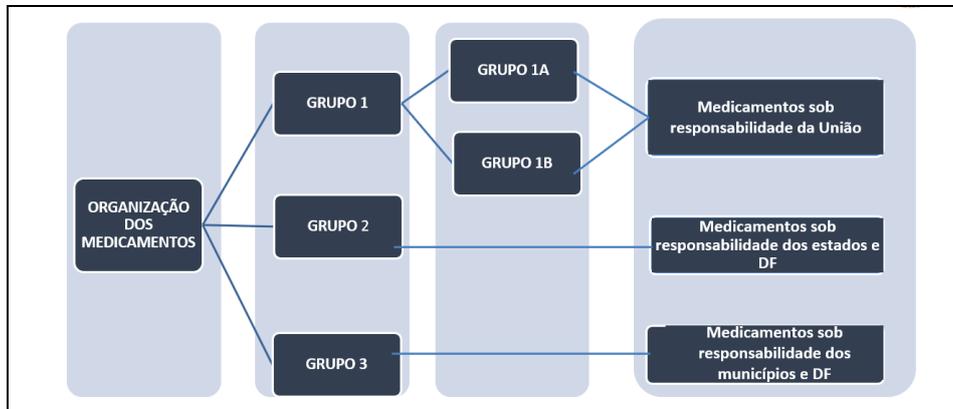
Em estudo realizado por Brandão *et al.* (2011), é apresentada uma análise sobre os custos do tratamento medicamentoso do CEAf. Os três diagnósticos que dispenderam as maiores médias de gastos mensais (em reais) por paciente foram: outras esfingolipidoses (R\$ 21.867,36), síndrome Di George (R\$ 6.806,28), e anemia hemolítica auto-imune induzida por droga (R\$ 5.609,17). Já por medicamento, as três maiores médias mensais de gastos por paciente foram: imiglucerase (R\$ 22.211,41), infliximabe (R\$ 5.945,58), interferon-peguilado (R\$ 5.599,29) (BRANDÃO *et al.*, 2011). Convém ressaltar, que novos tratamentos têm sido incorporados modificando os protocolos de tratamentos das doenças, o que tende a alterar os valores médios do tratamento, assim como a própria atualização dos preços dos produtos.

Ainda, cabe destacar que essa é uma política para todos os cidadãos brasileiros,

usuários ou não do SUS. Isso implica em dizer que pacientes em que a origem do atendimento médico ambulatorial tenha ocorrido em unidade privada (plano de saúde ou desembolso direto) também têm direito à cobertura farmacêutica do CEAF, além dos pacientes atendidos em unidades de saúde pública (SUS), conforme disposto no Art. 69, § 2º da PRC nº 2/2017, Anexo XXVIII, referente à etapa de “solicitação”: “§ 2º Os documentos descritos nos incisos III, IV e V do § 1º poderão ser oriundos de serviços privados de saúde, desde que respeitadas as demais regras deste Título e as pactuações realizadas no âmbito da respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB)” (BRASIL, 2017). Ademais, poucas são as operadoras de planos de saúde que dão essa cobertura.

Dado sua abrangência e importância social e econômica, os medicamentos contemplados são agrupados em função da responsabilidade logística-financeira, e estão descritos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Sigtap)³³ de acordo com os atributos específicos que garantem a gestão do componente, conformidade com o cumprimento dos critérios definidos nos PCDTs, conforme apresentado na Figura 12 (BRASIL, 2019b):

Figura 12 - Organização dos grupos de medicamentos – CEAF



Fonte: BRASIL (2019b)

Essa organização estratifica os grupos considerando sobretudo a complexidade

³³ O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS – Sigtap é uma ferramenta de gestão organizada por Grupos, Subgrupos e Forma de Organização, com estrutura em forma de codificação. No caso dos medicamentos especializados, pertence ao grupo 06 – Medicamentos; sub-grupo 04 – CEAF e forma de organização (ex: 60 – retinóides). Os dados são parametrizados em acordo com os PCDTs, estabelecendo dentre outros as idades mínimas e máximas, as quantidades máximas dispensada, o sexo e o valor de repasse quando for o caso, por item. O sistema permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência/mês, detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos (BRASIL, 2020).

do tratamento da doença, a garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado e a manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. Desse modo, temos:

Grupo 1: medicamentos cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União, devido a algumas particularidades: i) medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente; ou ii) com indicação para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ ou à segunda linha de tratamento; ou iii) inclusos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 1 é subdividido em: Grupo 1A – que possui aquisição centralizada pelo MS e dispensação estadual (SES), e Grupo 1B com aquisição estadual e repasse financeiro ministerial e dispensação estadual;

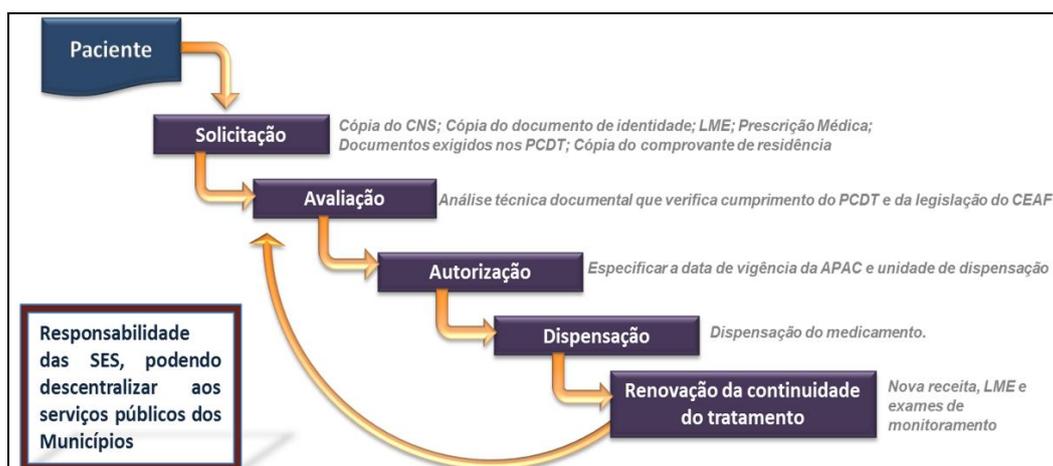
Grupo 2: medicamentos cuja aquisição, financiamento e dispensação são da esfera estadual; e

Grupo 3: medicamentos pertencentes ao Componente Básico da AF. Possui financiamento tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios.

Os medicamentos dos grupos 1 e 2, os quais possuem a gestão dos fluxos de acesso em esfera estadual, correspondem atualmente a 138 fármacos em 273 apresentações farmacêuticas (BRASIL, 2018).

Desse modo, para que um usuário tenha acesso ao(s) medicamento(s) do CEAF deve atender todas as etapas de execução previstas na referida PRC nº 2/2017, Anexo XXVIII, que consistem em: solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento (figura 13). Sinteticamente, a etapa de **solicitação** corresponde ao pleito por medicamentos, pelo paciente ou seu responsável, em um estabelecimento de saúde definido (geralmente farmácias estaduais). A **avaliação** corresponde à análise técnica, de caráter documental, da solicitação e da renovação da continuidade de tratamento (realizada por profissional de saúde de nível superior – mais comumente farmacêuticos e médicos). A **autorização** corresponde ao parecer, de caráter administrativo, que aprova ou não o procedimento referente à solicitação ou renovação da continuidade do tratamento previamente avaliada. A etapa da **dispensação** consiste no ato de fornecer os medicamentos previamente autorizados ao paciente ou responsável. A **renovação** da continuidade do tratamento é o início das etapas anteriores, repetidas a cada três meses.

Figura 13 - Etapas de execução do CEAF



Fonte: BRASIL (2019b)

Essas etapas devem obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos PCDTs estabelecidos pelo MS, de abrangência nacional. Desse modo,

os PCDT, além de definirem as linhas de cuidado, indicam também a melhor abordagem terapêutica em cada situação, com base nas melhores evidências disponíveis, o que faz com que essa ferramenta assuma um papel primordial para a orientação do acesso aos medicamentos no Ceaf. Isso torna o processo mais transparente aos usuários e também para aqueles que operacionalizam o SUS, contribuindo sobremaneira para o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2018, p. 17).

Para tanto, no CEAF a estruturação normativa é responsabilidade do MS, além de algumas etapas, como aquisição centralizada de certos medicamentos (grupo 1A). Porém, a operacionalização ocorre no nível estadual, isto é, executada somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais de saúde, podendo ser descentralizadas junto à rede de serviços públicos dos Municípios mediante pactuação entre os gestores estaduais e municipais de saúde para as etapas de solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento; as demais etapas são exclusivas da gestão estadual. Para tanto, as SES devem manter os Municípios informados sobre a sistemática de execução deste Componente e os critérios de acesso aos medicamentos.

A execução dessa política apresenta importantes variações regionais, tendo em

vista a adesão gradativa dos estados, além do tamanho e complexidade da rede de serviços de saúde dos diversos estados (BRASIL, 2010). Dentre as variações regionais que impactam na complexidade de acesso dos usuários, tem-se: variações na interpretação dos PCDTs; tempo de análise para inclusão do usuário; variações quanto à relação dos medicamentos ofertados, considerando as diferenças nos perfis epidemiológicos; infraestrutura de atendimento em que a oferta e a organização dos serviços contrastam com os requisitos estabelecidos nos PCDTs; organização da gestão da AF; forma e conteúdo da disponibilização de informações e de orientações para a política, dentre outros.

Assim, diferentemente dos outros componentes da AF, o CEAF apresenta especificidade operacional de acesso e manutenção dos usuários no recebimento dos medicamentos e acompanhamento farmacoterapêutico e, como apresentamos, geralmente doenças crônicas, graves e de elevado custo do tratamento.

Dada suas especificidades operacionais, especificamente de acesso e de manutenção dos usuários no recebimento dos medicamentos e no acompanhamento farmacoterapêutico, diferentemente dos outros componentes, o CEAF se torna bastante complexo e, muitas vezes considerado pelos profissionais e usuários como “burocrático”. O aspecto da burocracia vinculada aos processos de AF, especialmente do CEAF, foi identificado como um dos principais problemas na “Primeira Oficina para Avaliação Global da AF na Saúde Pública do Brasil”, realizada com gestores e trabalhadores do SUS, pelo MS em 2018 (BRASIL, 2018).

Dentre diversos aspectos avaliados, a burocracia foi ressaltada nas categorias “informação e monitoramento” e “burocratização dos serviços de AF”. Como apontamento ao MS, concluem que os fluxos e as normas de acesso ao CEAF, precisam ser “flexibilizadas ou otimizadas”. Em outro aspecto avaliado, “infraestrutura”, foi destacada a fragmentação da AF e seus serviços, que, ao seguir a lógica dos componentes, dificulta a definição de um modelo. “Faltam modelos flexíveis para as diferentes realidades regionais” (BRASIL, 2018, pp. 46, 48).

Nos cabe chamar atenção que devido a suas características anteriormente descritas, para o CEAF, faz-se necessário maior controle sobre todas as etapas, ocasionando em complexidade operacional das etapas estabelecidas. Desse modo, o desconhecimento ou fragilidades gestoras e operacionais sobre as mesmas pode levar a dificuldades de acesso, traduzidas em barreiras ao usuário.

Para melhor compreensão das barreiras de acesso existentes para o CEAF, a

seguir apresentamos as características dessa política a partir das 4 dimensões de acesso do modelo estabelecido pela WHO e MSH (2000): disponibilidade; acessibilidade geográfica; aceitabilidade e poder de compra (WHO; MSH, 2000). Dada as dimensões apresentadas, temos:

A **disponibilidade** envolve a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Isto é, está relacionada com a disponibilidade material (presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos), e configura como a mais importante dimensão do acesso, ainda que sua exclusiva disponibilização não seja determinante para a garantia do mesmo. Conforme apresentado, a oferta do tratamento medicamentoso pelo CEAF enquanto política pública encontra-se disponível com arcabouço legal e estrutura em funcionamento entre os níveis federal e estaduais.

A **acessibilidade geográfica** está relacionada com a distância e o grau de dificuldade/facilidade para locomoção do usuário às unidades de atendimento. Conforme já explorado, a centralização do serviço nos estados, implica, em geral, em concentração das farmácias nas capitais ou em grandes centros, havendo, no geral, limitações de acesso geográfico para usuários fora do eixo dos grandes centros.

A **aceitabilidade**, terceira dimensão do acesso à saúde, está relacionada com a natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais. Cada vez mais presente, as pesquisas de satisfação de usuários do SUS, está diretamente relacionada aos aspectos de participação social, que é um dos princípios do SUS, traduz a percepção dos usuários ao sistema. Pesquisa realizada em 2011³⁴ aponta variações regionais de percepção de qualidade, com melhores resultados para a região sul e sudeste. De forma geral, 36,16% avaliaram o SUS como “bom” e “muito bom”, 34,04% avaliaram como regular e 28,64% como “ruim” ou “muito ruim”. A procura por medicamentos foi o segundo atendimento mais procurado (52,74%), perdendo apenas para consultas médicas (78,66%), dentre diversas categorias de serviços. Dos 61,59% pacientes que conseguiram medicação pelo SUS, 56,75% buscaram na Unidade Básica de Saúde (por

³⁴ O MS, por meio do seu Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, realizou em 2011, a “Pesquisa de satisfação com cidadãos usuários e não usuários do SUS”, para avaliar o grau de satisfação dos usuários do SUS. Nesta, foram analisados os aspectos de acesso e de qualidade percebida na atenção à saúde e/ou urgência e emergência, a partir de inquérito amostral em todas as regiões do país. 9,88% dos pacientes não receberam a medicação, embora prescrito pelo médico. Chama atenção a pesquisa, que este percentual que não recebeu a medicação é expressivo, ao se considerar o número total de participantes (26.662 entrevistas realizadas) (BRASIL, 2011).

se tratar de pesquisa com foco na atenção básica) e 7,41% buscaram no Programa Farmácia Popular. A pesquisa expressa as diferenças existentes regionalmente no país, e nas características sócio-econômico-culturais (BRASIL, 2011). Essas diferenças revelam importantes aspectos do uso dos serviços e acesso à saúde e também da informação pela sociedade brasileira, conforme descrito na reflexão de Araújo (2004):

Há desigualdade de condições também no consumo, território onde finalmente se concretiza a hegemonia. O que se consome, de que forma, o uso possível das informações e do conhecimento, tudo isto é diferenciado de acordo com os contextos e lugares de interlocução. Localiza-se aí a questão do acesso a outras fontes de informação, tão cara ao movimento da democratização da comunicação e de setores específicos, como o da saúde coletiva (ARAÚJO, 2004, p.172).

A quarta dimensão, o **poder de compra** refere-se à relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos. No Brasil, a barreira financeira é expressiva. Os dados do último Censo, realizado pelo IBGE em 2000, apontam que cerca de 60% dos trabalhadores brasileiros têm renda de até dois salários mínimos e, portanto, não dispõem de condições de meios para fazer uso dos medicamentos essenciais à sua saúde, dependendo inteiramente dos programas governamentais do SUS, somados à baixa e desigual cobertura de planos de saúde, conforme já abordado, em que se observa escala decrescente de cobertura a partir de 2013. Ainda, é abissal a diferença da cobertura dos planos regionalmente, com variação de 20% a 30% de cobertura para as regiões sul e sudeste, e de 5% a 20% para as demais regiões (ANS, 2020). Conforme Garcia *et al.* (2013) o peso dos gastos com medicamentos sobre a renda familiar recai proporcionalmente de forma maior na população com “condições de vida mais difíceis”, em relação às famílias de melhor condição financeira (GARCIA *et al.*, 2013, p. 41), o que pode incorrer nos chamados “gastos catastróficos” abordado anteriormente (SANTOS, 2015). Para os autores, assim como na nossa visão, esses dados reforçam a importância dos programas de assistência farmacêutica do SUS:

A partir dos resultados da POF e do fato de estudos realizados com a PNAD (Ipea, 2011) terem mostrado que metade da população brasileira recebeu gratuitamente os medicamentos receitados, há indicações de que os programas de assistência farmacêutica do SUS são a única forma de acesso a medicamentos de largas parcelas da população brasileira, principalmente aquela de menor renda. Dessa maneira, existe um grande potencial para que as políticas públicas de

assistência farmacêutica tenham um impacto redistributivo importante.” (GARCIA *et al.*, 2013, p. 44).

Essa condição é agravada pela característica de que os gastos com saúde em geral, e principalmente medicamentos, são condicionados pelo estado de saúde do paciente, independente, muitas vezes, da sua condição socioeconômica. É o que se chama de inelasticidade dos gastos, ou seja, não há amplo poder de escolha na realização ou não do gasto, uma vez que a condição de agravo ocorre independentemente da vontade e necessita ser solucionado.

A partir dessa análise, podemos identificar a presença das principais dimensões do acesso para fomento às políticas de medicamentos estabelecidas pela OMS (WHO; MSH, 2000). A complexidade da efetivação do acesso a medicamentos, como discutimos, envolve uma rede de atores públicos e privados e que desempenham diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social. Inserido nesse contexto temos o usuário, sujeito único, com as inúmeras características individuais: crenças, conhecimento prévio, nível educacional e preferências em relação ao cuidado com a saúde (ÁLVARES *et al.*, 2015, p. 139).

Contudo, o referido modelo não abarca integralmente a complexidade do sistema e das características dos usuários. Temos cada vez mais a necessidade de modelo mais abrangente e que considere as especificidades, capacidades e variedade dos usuários das políticas públicas. Podemos apontar como ponto crítico ao modelo, a ausência dos aspectos informacionais ou ações específicas voltadas para a ampliação do acesso por meio de políticas que atendam o preceito constitucional de direito ao acesso à informação, que dado a variedade de atores são de fundamental importância para a consolidação das políticas públicas de medicamentos. O componente informacional ao ser alçado enquanto um dos elementos críticos para o acesso tende a contribuir, conjuntamente com os demais elementos, para a superação dos desafios e barreiras à política de medicamentos. Conseqüentemente, a efetivação da política de assistência farmacêutica só poderá ser alcançada com o adequado acesso de quem a necessita, e no tempo oportuno.

Assim sendo, a **informação** é um elemento essencial que perpassa as demais dimensões, ampliando as possibilidades e uso das políticas públicas, ao favorecer a redução do grau de assimetria informacional sobre e para as políticas públicas entre os atores envolvidos (usuário, profissional de saúde e corpo técnico/gestão da política). Esse aspecto pode impactar diretamente sobre o efetivo acesso, especialmente no caso

da política do CEAF dada todas as características intrínsecas apresentadas.

Essa relação de assimetria se constitui num dos desafios para a promoção da saúde, na qual se busca o “estabelecimento de uma relação simétrica entre os profissionais e os grupos sociais que fomentem a participação social em saúde” (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2010, p. 5). A existência de problemas no fluxo de informação e comunicação no CEAF já foram identificadas em pesquisas, como em Rover et. al (2016), em que o problema do fluxo informacional é referido tanto pelos profissionais, especialmente médicos, quanto pelos pacientes, em que “o usuário acaba sendo a ponte entre os serviços, é fonte de informação, pois não existem, na realidade, uma rede de serviços e um fluxo estabelecido de informações” (ROVER *et al.*, 2016, p. 700). Desse modo, “a falta de comunicação leva ao desconhecimento sobre o funcionamento do componente, o que inviabiliza o uso adequado dos mecanismos existentes, comprometendo, por exemplo, a disponibilidade oportuna dos medicamentos.”

Outro fator de relevância para o país, conforme vimos discutindo, é que “o nível de informação em geral, o qual está relacionado com o nível educacional dos indivíduos, determina, de forma significativa, o acesso individual aos recursos sociais e, portanto, aos cuidados com a saúde” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 266). Já na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), Sérgio Arouca apontava essa questão:

[...] cabe a nós, profissionais, técnicos, associados com a sociedade brasileira. Não divorciados. Nós temos que romper o muro e o fosso do setor saúde e abrir canais de comunicação com a sociedade brasileira. Inclusive aprender a falar com ela. Nós temos que começar a transformar a nossa linguagem e a mudar o nosso ouvido. Para que, quando a sociedade de bairro ou sindicato fale, a gente entenda. E quando a gente consiga falar que é importante acabar com as doenças transmissíveis nesse país, isso possa ser dito de uma forma simples e objetiva para que o nosso povo entenda (AROUCA, 1986).

Para que se tenha a compreensão de cada uma das dimensões do acesso, é imprescindível que se disponha da informação, que se dá pelo processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Para tanto, importa estudar de modo sistemático a forma do poder público federal e estadual disponibilizam as informações sobre e para o acesso à política pública de medicamentos, como instrumento de promoção da saúde, visando uma melhor eficiência da política pública de AF, para cumprimento da política de governo

eletrônico orientada ao cidadão, priorizando os aspectos que possam contribuir para a disponibilização eficiente e efetiva de serviços por meio eletrônico, que passamos a abordar no capítulo seguinte.

4. SOCIEDADE, POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERNET

Uma vez que a concretização do acesso às políticas públicas faz parte de uma imbricada rede³⁵ sócio-política, abordaremos a seguir 5 de suas dimensões, quais sejam: (1) os aspectos do direito à informação; (2) da democratização do acesso à informação; (3) das Tecnologias da Informação e Comunicação - TICs; (4) da política do governo eletrônico no país e (5) das políticas de acesso aberto (Lei de Acesso à Informação), dado as características do nível sócio econômico educacional do país.

O objetivo desse capítulo é demonstrar a importância do elemento informacional para as políticas públicas em geral, sobretudo para as políticas públicas de saúde e de medicamentos, a partir da reconfiguração da sociedade da informação, dos avanços das TICs, e da implementação da política de eGOV, haja vista a presença de assimetrias e desigualdades no acesso aos serviços de saúde, conforme abordado anteriormente.

4.1 Direito à informação e a sociedade informacional

O direito à informação, assim como o direito à saúde, possui arcabouço formal que o inscreve e o constitui como um direito legalmente estabelecido, tendo acompanhado as modificações tecnológicas. O direito à informação está previsto na Constituição Federal de 1988, que apresenta em seu art. 5º que “todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, ressalvadas aquelas consideradas sigilosas e imprescindíveis à segurança da sociedade e do Estado” (BRASIL, 1988).

Segundo Mendel (2009) e Perlingeiro *et al.* (2016), o direito à informação situa-se como um direito civil, um direito político e um direito social e, em posse de órgãos de governo constitui um direito humano fundamental, garantido pelo direito internacional (MENDEL, 2009; PERLINGEIRO *et al.*, 2016).

Para Dallari (2005), os direitos humanos dizem respeito às necessidades essenciais da pessoa humana e são considerados fundamentais, pois sem eles o

³⁵ “Do entendimento da duplicidade (explicação e desenvolvimento) da relação entre ciência e tecnologia argumenta-se que ambas têm uma necessária inserção nos processos e valores sociais. Ao mesmo tempo em que é influenciada pelos processos sociais, a ciência influencia a sociedade, caracterizando o que Granovetter chama de imbricação (*embeddedness*) de uma esfera da vida social compreendida como autônoma – a ciência – na sociedade. A força desse padrão de racionalidade, configurado na relação ciência e tecnologia, é exatamente o laço entre os valores sociais e os respectivos valores cognitivos produzidos por essa forma de conhecimento” (SCHOR, 2007, p. 337).

indivíduo não é capaz de se desenvolver e participar plenamente da vida (DALLARI, 2005). A perspectiva de cidadania dada nos termos dos direitos sociais, dos direitos humanos e dos direitos básicos do ser humano está associada à efetividade desses direitos através da construção participativa e dinâmica do espaço público. Tornando, portanto, o espaço público como condição essencial para a construção da cidadania e a efetivação dos direitos (HELENA; BONILLA, 2011).

Dallari (2005), esclarece ainda que “o primeiro passo para se chegar a plena proteção dos direitos é informar e conscientizar as pessoas sobre a existência de seus direitos”, lhes possibilitando a capacidade de conhecimento e defesa. De forma que, “um direito só existe realmente quando pode ser usado” (DALLARI, 2005, p. 96):

o direito de acesso à informação é o princípio básico que norteia e fundamenta a geração e o conhecimento de outros direitos. Com efeito, quando alguém não sabe que tem um direito ou dispõe apenas de informações vagas e imprecisas sobre ele, é pouco provável que venha a tomar alguma atitude em defesa desse direito ou que vise à sua aplicação prática. É preciso, portanto, que haja a mais ampla e insistente divulgação dos direitos, sobretudo daqueles que são fundamentais ou que se tornam muito importantes em determinado momento, para que o maior número possível de pessoas tome conhecimento deles (DALLARI, 2005, p. 97).

Sob esse aspecto, o direito à informação tende a agir como um “escudo” que protege a efetivação dos demais direitos. Mendel (2009) apresenta ainda:

A informação é um fundamento essencial da democracia em todos os níveis. Em sentido mais genérico, a democracia gira em torno da capacidade dos indivíduos de participar de modo efetivo da tomada de decisões que os afeta. [...] A participação efetiva em todos esses níveis depende, de maneira razoavelmente óbvia, do acesso à informação, inclusive de informações mantidas por órgãos públicos. [...] O direito à informação também pode ajudar a assegurar uma arena participativa mais equilibrada (MENDEL, 2009, p. 4).

Por isso, além do acesso à informação, o indivíduo deve possuir a capacidade de interpretar os dados informacionais, pois “o exercício de tal direito, está condicionado às possibilidades de efetivo acesso à capacidade de entendimento da informação” (SILVEIRA, 2001, p. 87).

Na acepção de Nusdeo Lopes (1998) sobre os meios de comunicação e as políticas públicas, antes mesmo da difusão da internet no país,

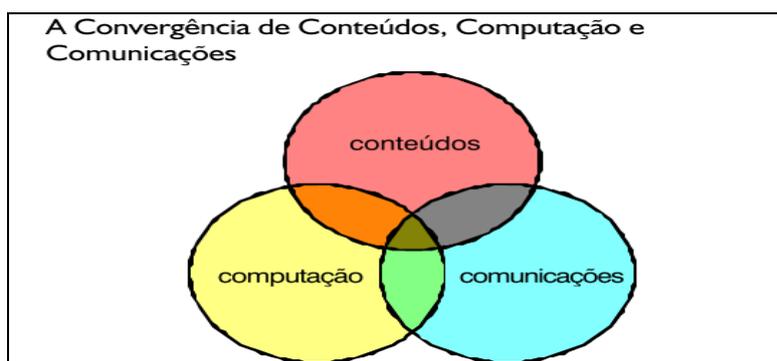
a dimensão do direito à informação que aqui se pretende evidenciar

decorre da relevância assumida pelos meios de comunicação de massa e sua função pública na sociedade atual: o direito de toda a sociedade em ser bem informada, de forma ampla e diversa, de modo a propiciar a formação e consciência política, social, cultural dos indivíduos livre e isonomicamente, garantindo a todos o acesso aos meios de comunicação de massa para que possam receber e transmitir pensamentos e opiniões, com vistas a assegurar também o pluralismo político e social definidores de uma sociedade democrática (LOPES, 1998, p. 190).

Assim como os avanços tecnológicos no campo das ciências da saúde, as transformações no campo da informação e da informática, com a adoção intensiva das tecnologias digitais, tem produzido modificações nas relações sociais decorrentes da inclusão digital. A sociedade atual, mais do que nunca, tem no acesso à informação novas possibilidades, com importantes implicações culturais, políticas, econômicas e sociais. Vivemos em uma época reconhecida como “Sociedade da informação”³⁶ dada a intensa e veloz produção informacional, aliada ao desenvolvimento e utilização de serviços avançados de computação, comunicação e informação e de suas aplicações na sociedade que assume valores sociais e econômicos fundamentais (TAKAHASHI, 2000, p. 3).

A nova configuração da sociedade da informação se deu fundamentalmente da aproximação da convergência da base tecnológica (computação, informática e suas aplicações), as comunicações (transmissão e recepção de dados, voz, imagens etc.) e os conteúdos (textos, livros, filmes, pinturas, fotografias, música etc.), possibilitados pela dinâmica da indústria, com redução de preços das tecnologias e, o crescimento da Internet, conforme ilustrado na Figura 14 (TAKAHASHI, 2000, p. 4). Essa convergência apresenta impactante dimensão social pelo elevado potencial de promover a integração, ao reduzir as distâncias entre pessoas e aumentar o nível de informação.

³⁶ O conceito de Sociedade da Informação surgiu nos trabalhos de Alain Touraine (1969) e Daniel Bell (1973) sobre as influências dos avanços tecnológicos nas relações de poder, estabelecendo a informação como ponto central da sociedade contemporânea (GOUVEIA, 2004; MATTELART, 2001).

Figura 14 - Convergências na sociedade da informação

Fonte: TAKAHASHI (2000, p. 5).

Manuel Castells (2002) identifica a nova estrutura social da Era da Informação de “sociedade em rede”, dado sua constituição “de redes de produção, poder e experiência, que constroem a cultura da virtualidade nos fluxos globais os quais, por sua vez, transcendem o tempo e o espaço” (CASTELLS, 2002). Neste contexto, o referido autor destaca os principais aspectos que conformam a base material da Sociedade da Informação (sociedade pós-industrial):

- i) A informação é a sua matéria-prima – de forma que “são tecnologias para agir sobre a informação” e não o contrário, o que diferencia esta nova era das revoluções tecnológicas anteriores;
- ii) Capacidade de penetração dos efeitos das novas tecnologias – refere-se ao poder de influência que os meios tecnológicos exercem na vida social, econômica e política da sociedade;
- iii) Lógica de redes – característica predominante desta nova sociedade, que se utilizam das recentes tecnologias da informação e facilita a interação entre as pessoas e contempla todos os tipos de processos e organizações;
- iv) Flexibilidade – refere-se às possibilidades de mobilidade das informações - reconfigurar, alterar e reorganizá-las;
- v) Convergência de tecnologias específicas para um sistema altamente integrado – lógica comum de produção da informação possibilitando contribuição e produção de conhecimento por todos usuários dado o contínuo processo de convergência entre os diferentes campos tecnológicos (CASTELLS, 2002).

Desse modo:

O conhecimento tornou-se, hoje mais do que no passado, um dos principais fatores de superação de desigualdades, de agregação de valor, criação de emprego qualificado e de propagação do bem-estar. A nova situação tem reflexos no sistema econômico e político. A soberania e a autonomia dos países passam mundialmente por uma nova leitura, e sua manutenção - que é essencial - depende nitidamente do conhecimento, da educação e do desenvolvimento científico e tecnológico (TAKAHASHI, 2000, p. V).

Embora esses sejam elementos pilares do mundo contemporâneo, na prática política atual do país vemos um descompasso nos investimentos, ações e projetos que indicam contingenciamento e redução do papel do Estado, sobretudo na educação, na ciência e tecnologia, para a consecução do desenvolvimento do país.

A relevância do tema e a preocupação com as políticas públicas são expressas ainda de forma mais evidente, como exposto:

Em um contexto globalizado, o volume de informações disponíveis nas redes passa a ser um indicador da capacidade de influenciar e de posicionar as populações no futuro da sociedade. Assim, a preservação da identidade nacional, na sociedade global, é decisiva para a capacitação em assuntos culturais, artísticos, científicos e tecnológicos, com suas claras dimensões econômicas. Portanto, questão estratégica nas políticas e programas de inserção na sociedade da informação é – além de cuidar do uso adequado das tecnologias – aumentar a quantidade e a qualidade de conteúdos nacionais que circulam nas redes eletrônicas e nas novas mídias (TAKAHASHI, 2000, p. 8).

Como podemos depreender, dentre as transformações que mais impactaram as relações sociais nos últimos tempos, certamente está o advento da internet - “um instrumento privilegiado para atuar, informar, recrutar, organizar, dominar e contradominar” (CASTELLS, 2003, p. 114).

Castells (2003), ao refletir sobre a interação da internet, sociedade civil e o Estado dispõe que “as sociedades mudam através de conflitos e são administradas por políticos” (CASTELLS, 2003, p. 114) e, destaca dentre essas interações, os movimentos sociais e o processo político. Assim como na ação pública (LASCOUMES, 2012; LASCOUMES; LE GALÈS, 2012), Castells também questiona o papel puramente instrumental da Internet – enquanto instrumento de política pública e dispositivo técnico-social. O instrumento internet, que tem caracterizado as políticas públicas na contemporaneidade, orienta as relações entre a administração estatal e a sociedade civil.

A partir dessa nova configuração social, se dá a “transformação das regras do jogo político-social que acaba por afetar o próprio jogo — isto é, as formas e objetivos dos movimentos e dos atores políticos” (CASTELLS, 2003, p. 114).

O autor dispõe ainda que a dimensão tecnológica possibilitou a transformação política e os processos democráticos na sociedade em rede, criando um espaço privilegiado para debates públicos e estratégias de exercício do poder. Desse modo,

a série de mudanças paradigmáticas na sociedade da informação, a mudança do perfil da democracia e avanço das TICs, dentre outras coisas, tem favorecido ao cidadão comum a possibilidade de cobrar dos líderes os seus direitos, ampliando sua participação no processo decisório e, também como consequência o surgimento de novas demandas dirigidas ao Poder Público no que diz respeito ao seu próprio funcionamento (TAKAHASHI, 2000, p. 5).

Assim, as TICs influenciam essas mudanças sendo denominadas por Castells como política informacional (CASTELLS, 1999, 2002). Para tanto, a participação efetiva dos cidadãos em todos os níveis está condicionada ao acesso à informação, inclusive de informações mantidas pelo governo (MENDEL, 2009). Nesta perspectiva, deve haver mecanismos e diretrizes que fomentem e mantenham os indivíduos informados acerca dos objetivos e decisões do governo.

Visto que o acesso às tecnologias, a inclusão digital e a inclusão social de todos os brasileiros na nova sociedade estão inseridas em um complexo conjunto de fatores sociais, técnicos, humanos e econômicos, pressupõe para tanto, o compartilhamento de responsabilidades entre os três setores: governo, iniciativa privada e sociedade civil, (MACHADO; RIVERA, 2017, p. 606) implicando na interação de diversos atores sociais.

A ação pública para a universalização de serviços para a cidadania, isto é, serviços que atendam às necessidades dos cidadãos promovidos especialmente pela administração pública, pressupõe aplicações das TICs nessa esfera administrativa. Os serviços públicos de grande alcance na sociedade envolvem ampla disseminação de informações, para que, desse modo, possam contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, equânime, que respeite as diferenças sociais e que se pautem pelo equilíbrio regional e “possibilite a efetiva participação social, sustentáculo da democracia política” (TAKAHASHI, 2000, p. 6). Para tanto, é importante que a administração pública por meio das TICs promova a criação de conteúdos que facilitem a vida do cidadão e, desse modo, simplifique a apropriação dos serviços de utilidade

pública ofertados pelos seus órgãos públicos e prestadores de serviços favorecendo o acesso à informação para a cidadania.

Pellegrini (2002), infere que o acesso universal à informação deve ser parte do processo de definição de políticas de saúde orientadas à equidade (PELLEGRINI FILHO, 2002). Ainda, como elucidado por Guimarães e Silva (2011), “por ser evitáveis, injustas e desnecessárias, as inequidades em saúde são elementos susceptíveis de intervenção; em particular o acesso à informação emerge como uma dimensão importante para a equidade em saúde” (GUIMARÃES; SILVA, 2011).

Com a modernização da administração pública e o processo participativo da sociedade na política, novos instrumentos foram incorporados na administração para melhor funcionalidade da gestão pública. Gradativamente tem-se estabelecido novas relações políticas e de reconhecimento de reivindicação de direitos pela sociedade ao Estado. Lascoumes e Le Gales (2012) apontam que a partir desses novos arranjos estabelece-se uma nova relação entre o **direito à expressão política** e o **direito à informação** (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012). Dada essa nova configuração, de convergência virtual dos serviços públicos no meio eletrônico novos conceitos emergem, como democracia digital, letramento digital, exclusão digital e empoderamento, que serão a seguir esclarecidos:

Para Coleman e Blumler³⁷ (2009), a Democracia Digital ou E-Democracia³⁸ é usar as tecnologias para energizar a vida política e democrática da nação, buscando modernização constitucional, tomada de decisões descentralizadas, aumento da transparência e dos direitos dos cidadãos (COLEMAN; BLUMLER, 2009). De acordo com Wilson Gomes (2005), o conceito de democracia digital refere-se a uma democracia mais participativa que se apoia “nos dispositivos eletrônicos que conectam entre si os cidadãos e lhes facultam a possibilidade de intervir nos negócios públicos” (GOMES, 2005, p. 219). Mais recentemente, o autor a define como:

Entendo por democracia digital qualquer forma de emprego de dispositivos (computadores, celulares, smartphones, palmtops, ipads...), aplicativos (programas) e ferramentas (fóruns, sites, redes sociais, medias sociais...) de tecnologias digitais de comunicação para suplementar, reforçar ou corrigir aspectos das práticas políticas e sociais do Estado e dos cidadãos em benefício do teor democrático da

³⁷ Coleman e Blumler³⁷ (2009) descreveram o projeto original de 2002 de Democracia Digital implementado no Reino Unido (ARAÚJO *et al.*, 2013).

³⁸ Os termos Democracia Digital, Democracia Eletrônica ou e-Democracia serão usados como sinônimos.

comunidade política (GOMES, 2011, p. 27-28).

Riecken (2008) a entende como a participação do cidadão na governança, especialmente no que se refere à capacidade de transparência e de participação, no acompanhamento da escolha e uso dos recursos públicos e nos mecanismos de fiscalização (RIECKEN, 2008).

Segundo Araújo *et al.* (2013), este conceito está associado à capacidade do cidadão de interagir com o governo via *web*, dando-lhe o poder social de intervir na gestão pública. Por isso, os autores ressaltam que a democracia eletrônica deve estar na pauta de prioridades do governo eletrônico. Assim, deve estar no universo do eGOV a preocupação com a dimensão da democracia eletrônica capaz de permitir que todo cidadão ao interagir com o governo via *web* possa exercer a sua capacidade participativa das mais diversas formas, seja acompanhada a gestão dos recursos do órgão, demandando serviços eletrônicos ao tempo que o gestor público concebe o ato democrático da expressão popular (...) (ARAÚJO *et al.*, 2013, p. 74). Machado e Rivera (2017) apresentam a inclusão digital “entendida como ferramenta do exercício pleno da cidadania por meio do acesso e uso das tecnologias e da internet” (MACHADO; RIVERA, 2017, p. 604).

As experiências de e-Democracia podem ser categorizadas³⁹ contemplando seis grupos a saber: (I) Monitoramento de contas, obras e políticas; (II) Acompanhamento dos representantes; (III) Informação e educação para a cidadania; (IV) Expressão de reivindicação civil; (V) Participação; (VI) Deliberação e, Direitos e acesso à justiça. Pelas suas características essa pesquisa que realizamos se enquadra nas experiências de e-Democracia categorizadas na categoria III – “Informação e educação para a cidadania” que são as plataformas digitais que oferecem informações de forma acessível, facilitando a formação de valores para a cidadania, como leis, esclarecimentos das iniciativas ou mesmo do funcionamento de determinado instituto.

Sobre democratização, ainda,

pressupõem-se meios e condições de uso, acesso e indivíduos capacitados para tornarem-se usuários dos serviços da Internet. Deve-se atuar na promoção da alfabetização digital, que proporcione a aquisição de habilidades básicas para o uso de computadores e da Internet, mas também que capacite as pessoas para a utilização dessas mídias em favor dos interesses e necessidades individuais e comunitários, com responsabilidade e senso de cidadania. Ampliação

³⁹ Essa categorização foi desenvolvida pelo grupo de pesquisa “Comunicação, Internet e Democracia” que realiza diversas pesquisas do campo no país, ligada à Universidade federal da Bahia (UFBA).

e melhoria da infra-estrutura de acesso até a formação do cidadão, para que este, informado e consciente, possa utilizar os serviços disponíveis na rede (TAKAHASHI, 2000, p. 31).

Para tanto, estabelece Machado e Rivera (2017):

Nesse ponto, o acesso igualitário e irrestrito à tecnologia e à internet demanda que ele venha acompanhado de educação e alfabetização digital para que se compreendam e se utilizem as informações e os conteúdos disponíveis nas plataformas digitais. A alfabetização (ou letramento) digital compreende as habilidades, conhecimentos e compreensão dos conteúdos na internet. Assim, a inclusão digital envolve um processo complexo e multifatorial, no qual intervêm fatores técnicos, sociais, culturais e intelectuais, que permitem a plena compreensão e uso das tecnologias e da internet. Portanto, o acesso às tecnologias, acompanhado do letramento digital, representa a base para o fortalecimento de estruturas comunitárias e de uma plena inclusão digital suscetível de incidir na sociedade” (MACHADO; RIVERA, 2017, pp. 605-606).

Desse modo, “ser letrado digitalmente é praticar as tecnologias digitais, respondendo ativamente seus diferentes propósitos, em diferentes contextos” (RIBEIRO, 2010, p. 67). Contudo, os pesquisadores da área salientam as diferenças da leitura realizada tradicionalmente (papel) da leitura em meios eletrônicos, em que “a

leitura e a escrita no ciberespaço possuem características próprias. Imagens, sons, movimentos, letras e cores são aspectos presentes, no mesmo instante, em uma mesma página da *web* (...). Desse modo, os internautas precisam possuir uma participação ativa frente às informações encontradas. Informações que não só se materializam através de letras e palavras” (RIBEIRO, 2010, p. 68).

Ribeiro destaca a organização do “hipertexto digital”, na qual “a informação é disponibilizada como um rizoma, permitindo diversos caminhos, sem um percurso definido, ultrapassando a linearidade e sequenciação”, requerendo formas de leitura e escrita próprias e específicas (RIBEIRO, 2010, p. 70). “As ferramentas (o computador, o teclado, os programas de interface), o suporte (a tela) e os dispositivos (meios eletrônicos) oferecem recursos técnicos que nos permitem comunicações e organizações e construções textuais, cuja arquitetura (hiper)textual é *sui generis*” (COSTA, 2005, p. 103).

Diferentemente da leitura “tradicional” em que o texto tem uma organização linear – sequência de páginas, nas hipermídias toma a forma de uma rede, cujas páginas se associam a muitas outras via (hiper)palavras, imagens, conectados eletronicamente,

com múltiplos percursos que se multiplicam na internet em todo tipo de *sites*, que possuem um suporte eletrônico e que podem ser lidos de diversas maneiras e por diversos caminhos (COSTA, 2005). Assim,

A diferença entre o hipertexto, virtual, e o texto-papel não é o produto – o artefato empírico –, mas a construção textual, isto é, a textualidade de um e de outro, em que linearidade ou não-linearidade é o resultado de um princípio de construção textual”. (...) “A não-linearidade é, pois, inerente a esses sistemas tecnológicos que parecem exigir novas competências (meta)cognitivas: [(utilização ou leitura do teclado, escrever com o teclado, leitura de *menus*, de ícones, palavras-chave, aprender o “navegar-ler” etc.)], novas estratégias de navegação, de pesquisa de informação e de compreensão do escrito (COSTA, 2005, p. 114).

Essa conformação torna o ambiente virtual de leitura mais complexo, o que requer dos usuários novas e maiores habilidades, como explica Costa (2005):

Portanto, as novas hipermídias são mais exigentes que os antigos no que se refere ao ler e escrever, tanto pelas ferramentas técnicas que oferecem como pelas novas práticas de escrita e de informações ali presentes, e também pelos novos gêneros textuais, produtos desse novo espaço cibercultural. O computador oferece um espaço visualmente animado e complexo (...), frutos de novas motivações sociais (interação virtual), de novas circunstâncias de comunicação (a comunicação eletrônica) e de novas ferramentas de comunicação e de produção de textos (o computador, o celular) (COSTA, 2005, p. 113).

Daí emerge o risco de exclusão digital ou "divisão digital", na acepção de Castells (2003), dada como a desigualdade de acesso à internet (GUIMARÃES; MEDEIROS, 2005, p. 3). Além da barreira ao acesso material aos recursos tecnológicos (Internet e TIC) - exclusão de primeira ordem (DEWAN & RIGGINS, 2005; BRANDTZÆG, HEIM, & KARAHASANOVI, 2011; NEMER, 2015; MOTA, 2016), apresentamos limitações nas competências e habilidades digitais para o uso efetivo desse recurso tecnológico. Assim, os chamados efeitos da exclusão digital de segunda ordem (HARGITTAI, 2002; VAN DIJK & HACKER, 2003; DEWAN & RIGGINS, 2005;) contemplam o comportamento, as atitudes e motivação do usuário que utiliza o artefato tecnológico (ARAUJO; REINHARD, 2018; ARAUJO, 2019).

Desse modo, a implementação de e-serviços “subestimando os fatores contextuais e as questões sociais e políticas de sua adoção (CORDELLA; BONINA, 2012), e, “ao tratar os cidadãos como clientes, corre-se o risco de discriminar os

primeiros e falhar nos valores democráticos de imparcialidade e igualdade” (CORDELLA, 2007). “De fato, ser excluído dessas redes é sofrer uma das formas mais danosas de exclusão em nossa economia e em nossa cultura” (CASTELLS, 2003).

Agregar valor aos serviços públicos digitais, “dar voz ao indivíduo e empoderá-lo, por meio de ações práticas de abertura governamental e colaboração cidadã são caminhos para a efetividade da adoção de serviços digitais” (CGLBR, 2018b, p. 77).

Neste aspecto, a melhoria dos fluxos de informação favorece as relações sociais, podendo-se sugerir que essa difusão de informações ao gerar conhecimento, vem empoderando o cidadão e afeta a sua qualidade de vida e a capacidade de tomar decisões, especialmente ao possibilitar o acesso aos serviços de saúde, sobretudo os serviços públicos de alto custo e complexidade. Destaca-se desse modo, o acesso à informação como determinante social da saúde e como direito do cidadão (GUIMARÃES; SILVA, 2011).

De acordo com Carvalho e Gastaldo (2008), o conceito de *empowerment* – empoderamento, é um dos núcleos filosóficos e estratégias-chave para a Promoção da Saúde, que se constitui para políticas públicas de saúde mundial em importante modelo teórico-conceitual. O autor salienta a identificação de variações conceituais sobre empoderamento, que tem apresentado diferentes conotações de acordo com os interesses de disputa e saberes, e que por sua importância, apresenta impactos na condução estratégica das políticas. Os autores destacam dois sentidos principais de empoderamento – o psicológico e o social/comunitário. Desses, suscitam estratégias que “buscam fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio e que procuram desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade” (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p. 2031).

(...) somos de opinião de que o empoderamento social é uma categoria/estratégia que pode contribuir para a consolidação de políticas de saúde de caráter universal e equitativo – como é o caso do Sistema Único de Saúde no Brasil. Indo mais além, julgamos que esta noção contribui para a construção de políticas públicas e sociais que têm como objeto a intervenção sobre os múltiplos determinantes do processo saúde/doença (p.ex., salário digno, moradia, saneamento e acesso à educação). Ela se presta, igualmente, para a superação de estruturas institucionais e ideológicas que dão sustentação ao *status quo*” (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p. 2037).

A potencialidade do empoderamento, contudo, depende do contexto social o qual o sujeito está inserido, e ao mesmo tempo não é condição determinante, conforme disposto por Silva (2017): “Considerar os efeitos da Internet e, mais especificamente, da

informação *on-line* sobre saúde no empoderamento não pode prescindir de considerar os contextos nos quais a tecnologia e a informação por ela acessada são utilizadas e apropriadas” (SILVA, 2017, p. 142). De modo que,

É importante considerar que o empoderamento relacionado a produção, acesso e compartilhamento de informações nas redes virtuais, assim como os resultados que esse empoderamento pode ter para indivíduos e coletividades, não são lineares e generalizados. Utilizar as redes virtuais e as informações que nela circulam pode contribuir para o empoderamento, mas não resulta diretamente nele. É o contexto onde elas são utilizadas e as condições e possibilidades que o caracterizam que afetam a ocorrência do empoderamento, estimulando-o, incrementando-o ou desfavorecendo-o (SILVA, 2017, p. 143).

Silva (2017), ao realizar uma análise bibliográfica sobre os temas saúde, internet e empoderamento, identificou que diversos autores assumem que as informações que circulam na internet estabelecem “condições sociotécnicas que podem estimular ou incrementar o empoderamento de indivíduos e coletividades” (SILVA, 2017, pp. 140-141). Esse fato é possível também pela possibilidade de interação e compartilhamento de informações entre indivíduos e grupos para que ampliem seus conhecimentos sobre direitos, acesso e políticas (SILVA, 2017, pp.140-141). Temos ainda, recentemente, observado um novo movimento conforme relatado por Garbin et. al (2008), no qual tem emergido um “novo ator na área da saúde”, o “*paciente expert*” que é aquele paciente, independente do segmento social, que por meio da internet, busca informações relacionadas à saúde e doença, como diagnósticos, medicamentos, tratamentos e custos.

Portanto, percebe-se que, a incorporação da competência informacional no âmbito do governo eletrônico, consiste em mecanismo que pode ampliar o acesso à informação e o aprendizado e a socialização do conhecimento, a participação ativa do cidadão, aumentando os níveis de interação entre o Estado e o cidadão-usuário, conduzindo este último à emancipação (ALMEIDA, 2014, p. 78).

Silva (2017) destaca que a contribuição para o empoderamento não é exclusivo de informações científicas apenas, englobando outras formas de informação. Desse modo, as informações geradas pelos órgãos oficiais para a promoção e acesso das políticas públicas devem ser do mesmo modo informativos, quanto promotores da autonomia cidadã na sua competência para percorrer os caminhos necessários à apropriação das políticas instituídas (SILVA, 2017).

Nessa concepção, diversas iniciativas na ação pública para atendimento ao cidadão podem e devem ser beneficiadas pelas TICs como a prestação de informações ligadas aos serviços públicos, a emissão de documentos e acompanhamento de processos administrativos, transparência e visibilidade nos atos governamentais, como no acompanhamento das licitações e compras públicas, acesso aos governantes, além da própria agilidade, responsividade e governança, ou seja, o aprimoramento da gestão pública e a promoção do acesso às políticas públicas, como os serviços de saúde e, dentre eles, o acesso aos medicamentos. Desse modo, o uso das TICs na administração pública caracteriza-se mais que um governo informatizado, mas um governo aberto e ágil para melhor atendimento das demandas da sociedade (CHAHIN *et al.*, 2004), como apontado:

Muitas vezes a relação entre governo e cidadãos é pouco investida, por isso há que se ter por parte do governo, políticas que garantam a inclusão digital e a democratização do acesso à informação e mais do que isso, é necessário implantar uma cultura digital na população. A era da informação não pode passar despercebida pelos menos favorecidos. Os cidadãos precisam aprender a buscar informações referentes à democracia pela Internet. (...) A informação e os meios estão disponíveis e sendo cada vez mais utilizados. Portanto, a inclusão digital deve ser vista como estratégica para construção e afirmação dos direitos dos cidadãos pela facilidade de acesso a eles (ROVER *et al.*, 2013, pp. 167-168).

Como descrito por Pinho (2008), os avanços da internet em associação às TICs possibilitam aplicações com efeitos ainda mais promissores no campo das políticas públicas:

1. no setor público: melhoria nos processos governamentais, oferta de serviços de melhor qualidade e quantidade, possibilidade de uma maior transparência na prestação de informações das atividades do governo, facilitação da vida dos cidadãos, entre outros; 2. na sociedade: possibilidade de maior acesso às informações do Estado, maior grau de formação e articulação de grupos dentro da sociedade, possibilidade de maior cobrança de serviços, em qualidade e quantidade, ao setor público, bem como transparência nas ações deste (PINHOa, 2008, não paginado).

Imperativo destacar que as desigualdades sociais, dado como um problema complexo, não podem ser atribuídas exclusivamente a uma única causa, ademais, as TICs, assim como o volume de informações disponibilizadas, não podem ser concebidas “nem como “panacéia” para os problemas de desigualdade, mas devem ser situadas como “uma das condições fundamentais da integração na vida social” (SORJ, 2003, p.

14).

Por conseguinte, dada a complexidade dos sistemas e políticas públicas de saúde, reconhecemos que o acesso à informação como elemento não é suficiente, e não se pode hiperdimensionar a responsabilidade individual da manutenção ou agravamento das condições de saúde. Mas reconhecemos a importância do mesmo para que as políticas se tornem mais acessíveis à população em geral, sendo um elemento estruturante para as políticas de saúde, assim como para a política de AF.

Cabe, portanto, ao poder público, a estruturação, o gerenciamento e a disponibilização adequada das informações para as suas políticas apropriada para os diferentes perfis que compõem a população brasileira. Disponibilizar informações é um caminho, mas apresentá-lo de forma adequada para compreensão da sociedade é muito além. “A oferta e a disponibilidade de informações atualizadas, compreensíveis e de fácil acesso aos cidadãos são práticas imprescindíveis para garantir o direito de acesso à informação de forma plena” (BRASIL, 2011). “Contudo, os serviços ofertados ainda estão aquém do esperado. Grande parte deles não é completamente concluída no meio digital e ainda promove pouca participação cidadã” (CGI.BR, 2018b, p. 76).

Desse modo, “a criação e manutenção de serviços equitativos e universais de atendimento ao cidadão contam-se entre as iniciativas prioritárias da ação pública” (SARDENBERG *in* TAKAHASHI, 2000, p. V), de fortalecimento do exercício da cidadania e do processo democrático. “Ao mesmo tempo, cabe ao sistema político promover políticas de inclusão social, para que o salto tecnológico tenha paralelo quantitativo e qualitativo nas dimensões humana, ética e econômica” (SARDENBERG *in* TAKAHASHI, 2000, p. V).

Portanto, para dimensionarmos a amplitude de alcance das informações sobre e para as políticas públicas por via eletrônica, passamos a observar os dados referentes a oferta e demanda das tecnologias digitais no país.

4.2 Sociedade brasileira e Internet: quão inclusivos somos?

Não podemos, contudo, falar de serviços públicos ofertados por meio eletrônico, sem observar 2 importantes blocos de questões e que são condições necessárias para as políticas digitais – de um lado, os aspectos relacionados à oferta desses serviços pelos órgãos públicos, ou seja, a disponibilidade das TICs, especialmente o uso dos

instrumentos de ação pública - *websites* pelas estruturas de governo e, por outro, os aspectos relacionados à demanda, isto é, o acesso às tecnologias, e mais preocupante, a capacidade de uso das mesmas pela sociedade brasileira. Iniciamos, a seguir, apresentando os dados e características referentes à oferta dos serviços.

Globalmente e de forma geral em todas as regiões, tem-se observado um progresso constante do governo eletrônico e da presença de serviços públicos *on-line*, que teve sua disponibilidade duplicada em todo o mundo, principalmente nos setores da saúde e educação. Essa informação decorre de pesquisas realizadas para avaliar o estado de Desenvolvimento de Governo Eletrônico (EGDI, 2018) dos 193 estados membros (ONU, 2018). De acordo com essa pesquisa⁴⁰, que mede o índice geral de EGDI, o Brasil ocupa a 44ª posição (no ano de 2018), tendo saltado 7 posições em relação ao ano de 2016 (ocupava a posição 51). Tendo sido a oferta de serviços públicos digitais o principal motivo para o salto brasileiro no índice geral (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2019).

Em consonância com esse estudo, os dados da terceira edição da pesquisa Sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no Setor Público Brasileiro - TIC Governo Eletrônico realizada em 2017, indicam que no Brasil é crescente a presença dos órgãos públicos brasileiros na Internet, apontando que 90% dos órgãos públicos federais e estaduais possuem *website*, chegando a 100% entre os federais. Já em relação às redes sociais, do total de órgãos públicos federais e estaduais, 77% afirmaram possuir perfil ou conta próprios em redes sociais, que são atualmente um importante meio para a divulgação de informações e interação com os cidadãos, e ampliação das práticas de governo aberto (CGI.BR, 2018b).

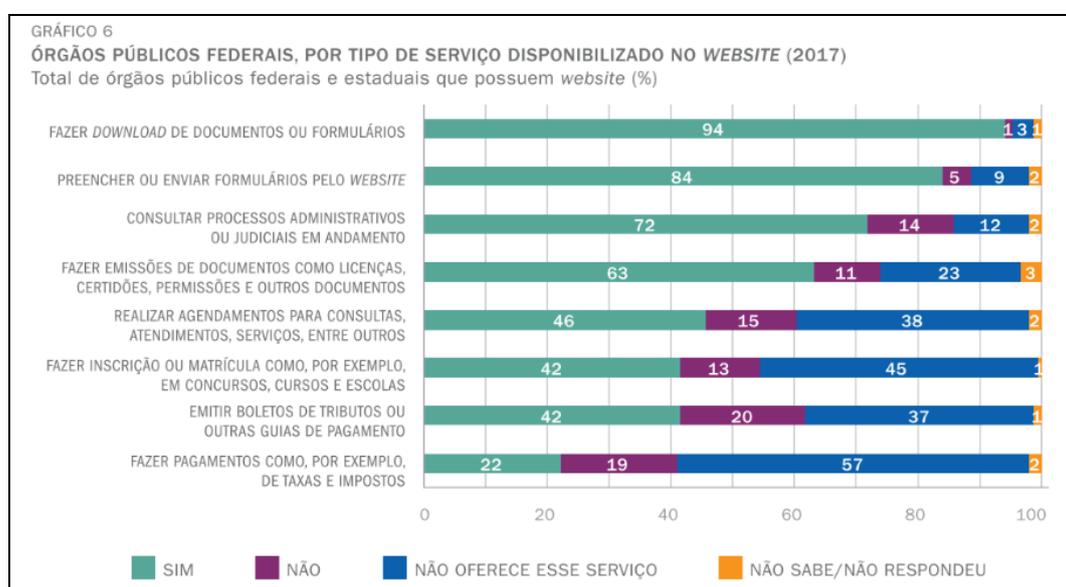
Nos *websites* federais e estaduais⁴¹ (figuras 15 e 16) o serviço mais ofertado aos cidadãos foi o *download* de documentos e formulários (94%) (84%), seguido da

⁴⁰ A pesquisa realizada anualmente pela ONU sobre eGOV mede a eficácia do governo eletrônico na prestação de serviços públicos e identifica padrões no desenvolvimento e desempenho, assim como países e áreas onde o potencial das TIC e do eGOV ainda não foram plenamente explorados. Para a realização desta, foram avaliados portais nacionais de serviços públicos digitais e de participação social de cada governo, assim como os portais dos ministérios associados a cada serviço, quando aplicável, levando em conta aspectos como a facilidade para encontrar informações e serviços. Incorpora três importantes dimensões: i) a adequação da infraestrutura de telecomunicações, ii) a habilidade dos recursos humanos para promover e usar as TICs, e iii) a disponibilidade de serviços e conteúdo online. Em 2018 aponta evidências para um maior aproveitamento do potencial do eGOV e formas de como os governos podem usá-lo com as tecnologias de informação para construir sociedades sustentáveis e resilientes (ONU, 2018).

⁴¹ A referida pesquisa TIC apresenta dados referente aos municípios brasileiros. Contudo, por não fazer parte do recorte da nossa pesquisa, não abordaremos os dados referentes aos mesmos.

possibilidade de preenchimento e envio de formulários (84%) (53%), e a consulta a processos administrativos ou judiciais (72%) (45%), respectivamente. A oferta de realização de agendamentos para atividades como consultas, atendimentos e serviços ainda é muito baixa nos dois âmbitos de governo (46%) (31%), sendo que no âmbito estadual quase metade dele (29%) poderia fazê-lo uma vez que o serviço é disponibilizado presencialmente (resposta no gráfico “não”)⁴² (CGI.BR, 2018b).

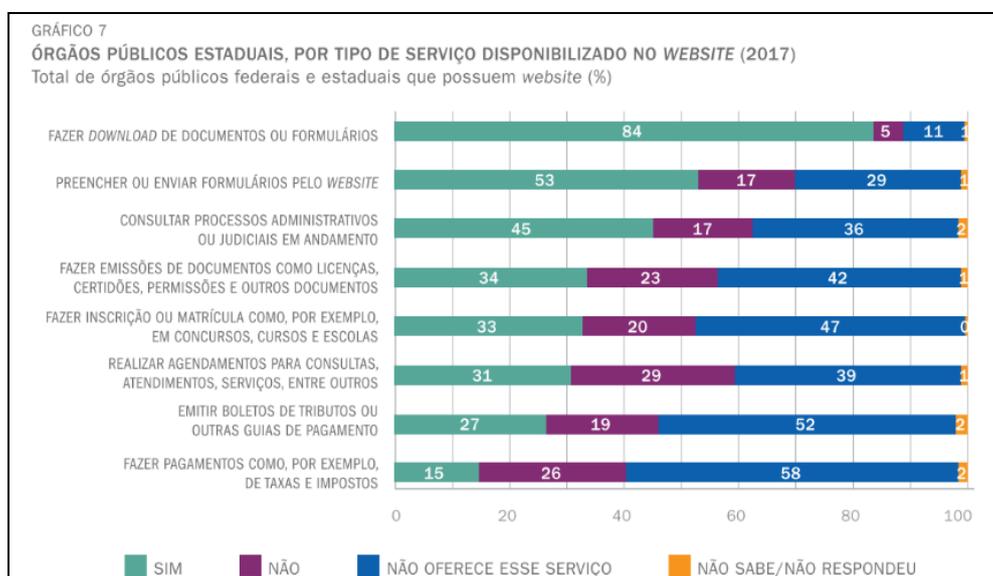
Figura 15 - Órgãos públicos federais, por tipo de serviço disponibilizado no *website* (2017)



Fonte:(CGI.BR, 2018, p. 130).

⁴² Diferentemente de outros serviços, que por diferenças de atribuições dos órgãos federais e estaduais, algumas organizações investigadas podem não ofertar alguns serviços medidos na pesquisa, mesmo que presencialmente, conforme demonstram as figuras 15 e 16 (item de resposta “Não oferece esse serviço” - inexistência do serviço inclusive presencialmente) (CGI.BR, 2018a).

Figura 16 - Órgãos públicos estaduais, por tipo de serviço disponibilizado no *website* (2017)



Fonte: (CGI.BR, 2018, p. 130).

Apesar da existência dos *sites* e da oferta de serviços *online* pelos órgãos públicos, seu uso pela população aparenta ainda apresentar importantes fragilidades. Dentre os serviços públicos mais procurados pelos cidadãos, apenas 44% e 25% são ofertados integralmente pela internet pelos órgãos federais e estaduais respectivamente. Os motivos mais citados pelos órgãos estaduais para não prestar o serviço público mais procurado integralmente pela rede foram a impossibilidade de realizar o serviço inteiramente pela Internet (59%) e restrições legais (39%) (CGI.BR, 2018b, p. 29).

Em relação à possibilidade de acesso de *website* pelo celular, 76% dos órgãos federais e 56% dos estaduais possuíam *website* adaptado para dispositivos móveis (CGI.BR, 2018b), que indica uma elevada proporção de páginas não adaptadas a esse tipo de dispositivo móvel que tem sido cada vez mais relevante, sobretudo pelo celular ter se tornado cada vez mais o principal instrumento de acesso à internet pela população, como apresentado mais à frente ao tratarmos das características da demanda (IBGE, 2010).

“Portanto, ainda permanecem os desafios para a ampliação de canais de acesso aos serviços públicos, especialmente por meio de dispositivos móveis, bem como a digitalização dos serviços oferecidos pelos órgãos públicos federais e estaduais” (CGI.BR, 2018b, p. 132).

Com relação ao conteúdo disponibilizado nos *websites* de Estado, segundo Sampaio (2013), evidências levantadas em pesquisas realizadas por pesquisadores brasileiros (FUGINI; MAGGIOLINI; PAGAMICI, 2005; JAMBEIRO, 2008; MARQUES; MIOLA, 2007; PINHO, 2008) têm demonstrado a ênfase de características de publicidade, informação e provisão de informações, em seus diferentes níveis, de modo que “poucas [foram as] ferramentas digitais que permitiriam ou facilitariam a participação efetiva dos cidadãos na gerência da coisa pública, ou ainda, ferramentas que poderiam efetivamente empoderar (*empower*) o cidadão e permitir que o mesmo tenha mais capacidade de influenciar as decisões políticas” (SAMPAIO, 2013, p. 56-57). Assim, “geralmente se diz que há muitos projetos e esforços na realização do governo eletrônico, mas pouco investimento na efetivação da Democracia Digital” (SAMPAIO, 2013, p. 57). E aponta a importância desses serviços:

Os serviços *on-line*, materializados nos portais governamentais (federal, estadual e municipal) possuem o potencial de transformaram o cenário político e social, facilitando o acesso e a comunicação com o poder público, e criando novas possibilidades de interação, organização e mobilização social. O Estado é o principal ator dessa transformação política chamada eGOV e a TIC tem auxiliado a reinventar essa nova forma de governo. Portanto, o eGOV é um importante meio para o exercício da democracia descentralizada e uma nova modalidade de política governamental das democracias contemporâneas e posteriores. Hoje, os *websites* governamentais são o instrumento mais importante de defesa da ordem democrática no século XXI (*Democracia Digital e Governo Eletrônico*, 2013, p. 102).

No contexto dos *websites* temos, antes mesmo da forma e conteúdo das informações prestadas, é primário que os cidadãos tenham conhecimento da oferta desses serviços virtualmente. “O acesso a um canal eletrônico se inicia com a ciência do cidadão acerca da possibilidade de receber, por via eletrônica, o serviço de que necessita. Por tudo isso, a divulgação é necessária” (TCU, 2015). A falta de conhecimento quanto a essa forma de prestação restringe seu acesso e utilização, e é apontada no “Guia para implantação da Carta de Serviços ao Cidadão”, elaborado pelo Ministério Público em 2008, como uma das causas da restrita participação dos cidadãos na melhoria dos serviços oferecidos pelo setor público (TCU, 2015).

Outro relevante aspecto para informações via TIC é a questão da disponibilidade e facilidade de encontrar essas informações, que muitas vezes se encontram escondidas nas páginas eletrônicas. Desta forma, ainda que disponível, o usuário sequer consegue

encontrar as informações que necessitam. Ocorre que a leitura nas páginas da internet por sua “organização interativa hipertextual” em que se dispõe de *links* (imbricações discursivas) são diferentes das do discurso tradicional linear, conforme apontado anteriormente, que por serem realizadas “via navegação instrumentalizada são bastante complexas, até labirínticas” (COSTA, 2005, p. 111). E, ainda que disponíveis e acessíveis materialmente, faz-se necessário que sejam acessíveis às diferentes necessidades da população, conforme refletem Cassimiro e Diós-Borges (2017)

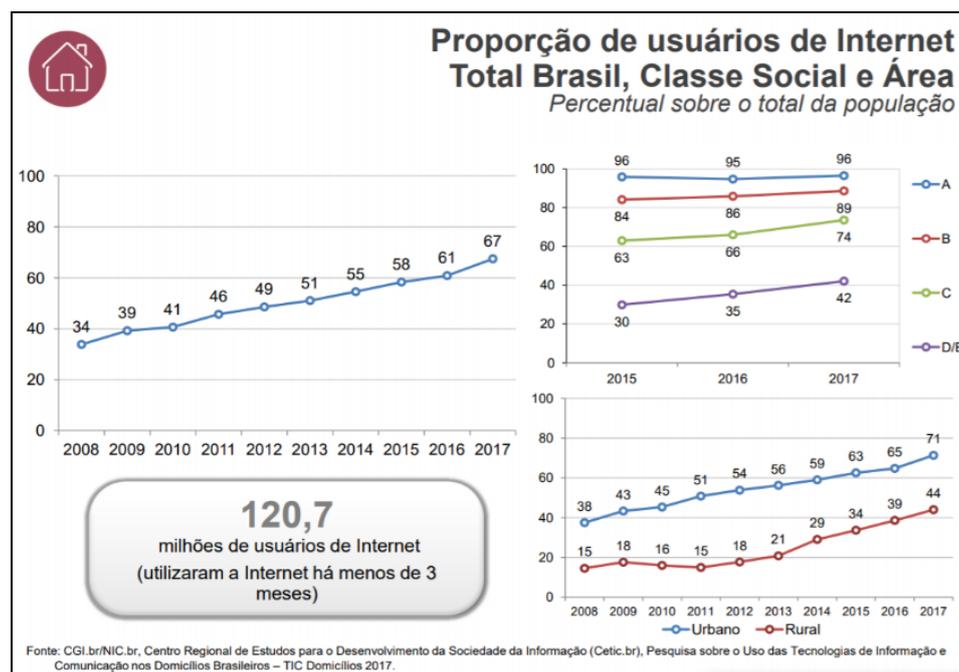
É consenso que vive-se em um ambiente cada vez mais complexo, seja pela dependência das tecnologias para o cotidiano da vida seja pela disponibilidade quase infinita de informações a que os indivíduos estão sujeitos. O paradoxo contemporâneo é que nem sempre as informações disponíveis encontram indivíduos capazes de entendê-las e traduzi-las em ações para benefícios próprios (CASSIMIRO; DIÓS-BORGES, 2017).

“Assim, mesmo com a disponibilização cada vez mais frequente de informações por meio da Internet, desafios sobre a qualidade desse acesso se tornam essenciais para a medição do direito aos dados públicos” (W3C BRASIL, 2009, p. 134).

Pelo lado da demanda, em termos mundiais, o Brasil ocupa a 31ª posição geral (de 100 países) em relação ao acesso à internet pela população, ficando atrás apenas do Chile entre os países da América Latina, de acordo com o *The Inclusive Internet Index* 2019, índice de Internet Inclusiva, encomendado pelo *Facebook* e conduzido pela *The Economist Intelligence Unit* (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2019).

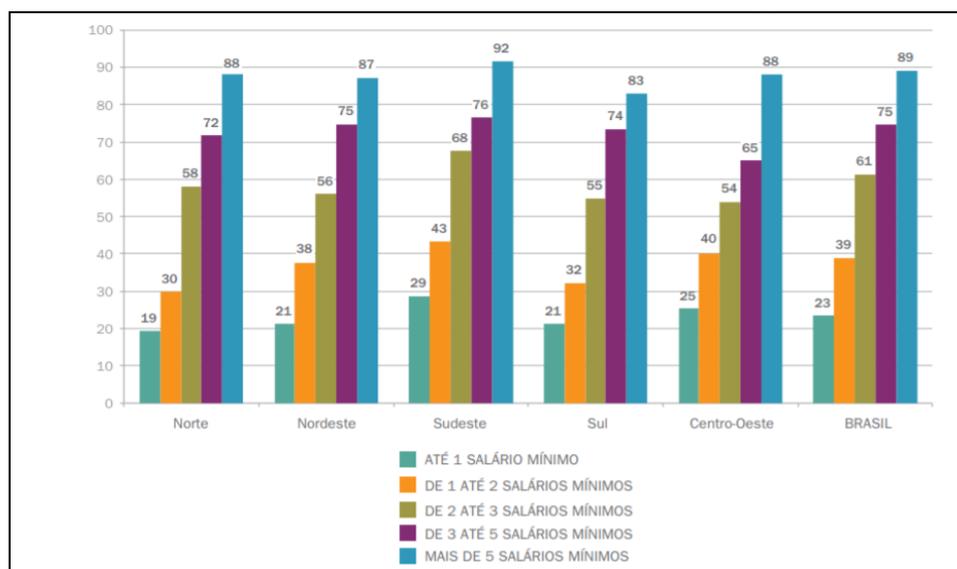
Temos um evidente crescimento no acesso individual e na quantidade de domicílios conectados à internet no país (figura 17) - o número de usuários na população brasileira tem sido crescente nos últimos anos alcançando em 2017 67% de usuários com acesso, o que corresponde em números absolutos a 120,7 milhões de usuários de internet (utilizaram a internet há menos de 3 meses) (CGI.BR, 2018a). Apesar disso, ainda persistem as desigualdades regionais e socioeconômicas, com maiores percentuais de usuários conectados em áreas urbanas (71%) e nas classes A (96%) e B (89%), frente a percentuais ainda reduzidos entre domicílios de áreas rurais (44%) e classes DE (42%)”, como exposto na figura a seguir (CGI.BR, 2018a).

Figura 17 - Proporção de usuários de internet no Brasil



Fonte: CGI.br – TIC Domicílios, 2017 (CGI.BR, 2018a).

Em todas as regiões do país o acesso à internet é diretamente proporcional à renda, reforçando que o fator socioeconômico é um definidor de acesso (figura 18). O dado configura ainda entre os três principais motivos para a falta de internet nas residências: elevado preço (27%), falta de interesse (16%) e não saber usar (16%) (CGI.BR, 2018a). Considerando que cerca de 40,62% das famílias possuem renda domiciliar mensal de até 2 salários mínimos (IBGE, 2010) é expressiva a parcela da população excluída digitalmente apenas por limitação de acesso à tecnologia, sem considerar as habilidades de uso ou letramento.

Figura 18 - Domicílios com acesso à internet por regiões do país (2017)

Fonte: CGI.Br – TIC Domicílios, 2017 (CGI.BR, 2018a).

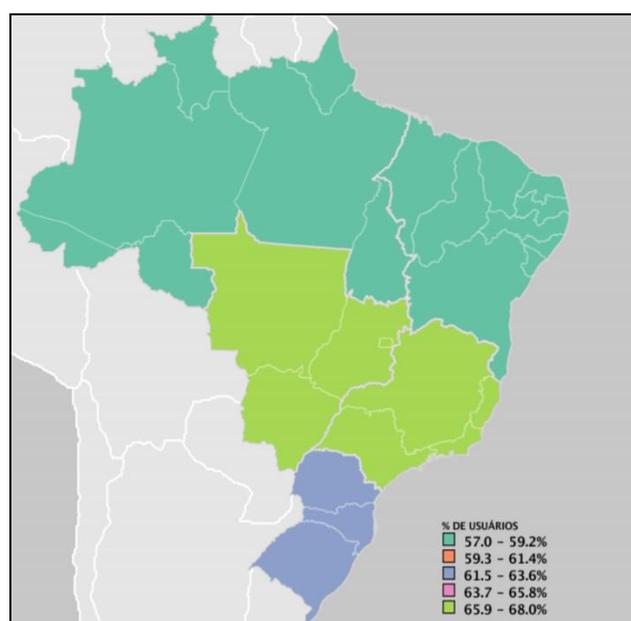
Associado à renda também está a capacidade de aquisição de bens duráveis, que modula a definição do dispositivo tecnológico de acesso à internet. A PNAD 2017 aponta que apenas 46% dos domicílios possuem microcomputador ou tablet, contra 96,7% das residências que possuem TV e 93,2% dos domicílios que dispõem de celular. Sob o aspecto individual, o percentual de pessoas (população brasileira com 10 anos ou mais) que têm celular foi de 81,9% na área urbana e, 55,8% em área rural, em 2017 (IBGE, 2018).

Por essa distribuição, o celular tem se tornado atualmente o principal dispositivo de acesso à internet, se consolidando como o principal equipamento para o acesso, especialmente para as “classes sociais mais baixas, de menor renda e residentes em áreas rurais”. De acordo com a ONU “esse perfil é justamente o dos principais usuários de serviços públicos de diversas áreas, como educação, saúde e assistência social” (CGI.BR, 2018a, p. 131). De 2016 para 2017, o percentual de pessoas que acessaram à Internet através do celular aumentou de 94,6% para 97,0% e a parcela que usou microcomputador para acessar à Internet caiu de 63,7% para 56,6% (IBGE, 2018). Essa disseminação “configura-se como uma oportunidade de interação mais ágil e frequente entre o poder público e os cidadãos na oferta de informações e serviços públicos por meio de dispositivos móveis”. “Nesse contexto, a garantia de informações e serviços acessíveis por dispositivos móveis poderia reduzir as barreiras de acesso a serviços governamentais e políticas públicas” (CGI.BR, 2018a, p. 131).

Embora a quantidade de pessoas que acessam a internet seja fundamental, “a influência das redes baseadas na Internet vai além do número de seus usuários: diz respeito também à qualidade do uso” (CASTELLS, 2003, p. 9), de forma a modular diversas atividades como as econômicas, sociais, políticas, dentre tantas outras.

Como recorte para as políticas públicas, 64% dos usuários de internet no Brasil declararam ter utilizado Governo Eletrônico nos últimos 12 meses na pesquisa realizada no ano de 2017 (CGI.BR, 2018a). A série histórica dos dados referentes ao eGOV apontam para um crescimento do uso destes serviços. No entanto, esse crescimento ainda pode ser considerado pequeno frente ao potencial e importância dos mesmos para a sociedade e para ampliação das políticas públicas nos âmbitos municipais, estaduais e da união. De acordo com a ONU (2018), as barreiras mais comuns à resiliência do governo eletrônico são a formação e acessibilidade insuficientes, assim como a carência da literacia digital (ONU, 2018, XXIV-XXV), o que parece indicar uma necessidade de maior alinhamento entre a demanda e a oferta destes serviços, assim como o estabelecimento de estratégias específicas para a redução de fatores limitantes da adoção. Assim como no acesso à internet, o uso do eGOV também apresenta distribuição de acesso desigual entre as regiões do país, apresentando os melhores resultados as regiões sudeste e centro-oeste e os piores nas regiões norte e nordeste, conforme a figura abaixo (figura 19).

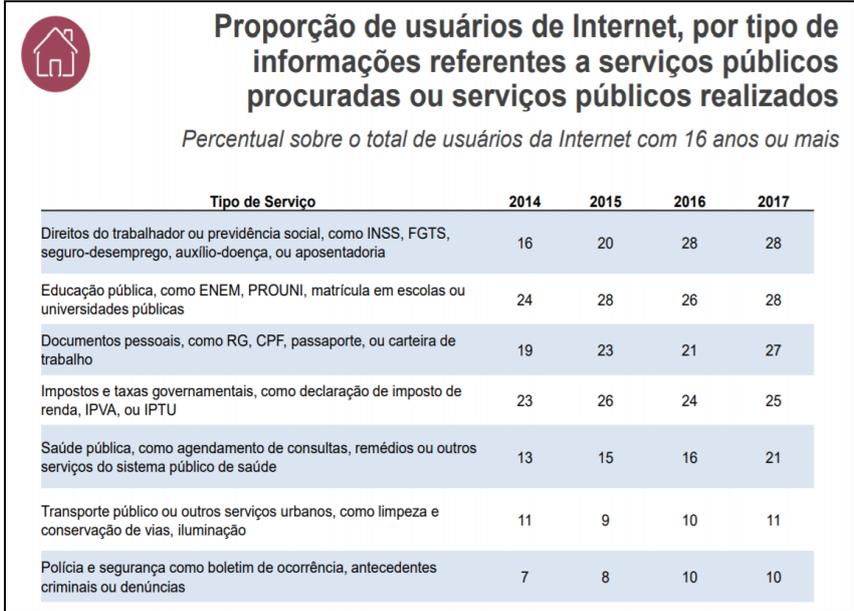
Figura 19 - Indivíduos que utilizaram o eGOV nos últimos 12 meses –



Fonte: CGI.Br – TIC Domicílios 2017 (CGI.BR, 2018a).

Dentre os tipos de serviços de eGOV mais procurados no ano de 2017, 21% refere-se à “saúde pública, como agendamento de consultas, remédios ou outros serviços do sistema público de saúde”, representando o maior crescimento por tipo de serviço em relação ao ano anterior (crescimento de 31,25%) (figura 20) (CGI.BR, 2018a).

Figura 20 - Proporção de usuários de internet por tipo de informações



Proporção de usuários de Internet, por tipo de informações referentes a serviços públicos procuradas ou serviços públicos realizados
Percentual sobre o total de usuários da Internet com 16 anos ou mais

Tipo de Serviço	2014	2015	2016	2017
Direitos do trabalhador ou previdência social, como INSS, FGTS, seguro-desemprego, auxílio-doença, ou aposentadoria	16	20	28	28
Educação pública, como ENEM, PROUNI, matrícula em escolas ou universidades públicas	24	28	26	28
Documentos pessoais, como RG, CPF, passaporte, ou carteira de trabalho	19	23	21	27
Impostos e taxas governamentais, como declaração de imposto de renda, IPVA, ou IPTU	23	26	24	25
Saúde pública, como agendamento de consultas, remédios ou outros serviços do sistema público de saúde	13	15	16	21
Transporte público ou outros serviços urbanos, como limpeza e conservação de vias, iluminação	11	9	10	11
Polícia e segurança como boletim de ocorrência, antecedentes criminais ou denúncias	7	8	10	10

Fonte: CGI.br/NIC.br – TIC Domicílios 2017 (CGI.BR, 2018a).

No Brasil, os dados nos têm demonstrado um gradual crescimento do acesso às TIC em todo o país, e de forma não homogênea entre os estados, o que tende a acentuar as desigualdades já existentes, principalmente por parte de populações de mais baixa renda, a maioria, em nosso país, com o uso de um instrumento de ação pública que dispõe de elevados benefícios sociais. Se por um lado o “maior acesso à informação poderá conduzir a sociedades e relações sociais mais democráticas” (...) [por outro], também poderá gerar uma nova lógica de exclusão, acentuando as desigualdades e exclusões já existentes, tanto entre sociedades, como, no interior de cada uma, entre setores e regiões de maior e menor renda” (TAKAHASHI, 2000, p. 7).

Desigualdades essas que não param de crescer, conforme recente estudo “A Escalada da Desigualdade”, elaborado pela Fundação Getúlio Vargas - FGV publicado em 2019. A pesquisa mostrou que a desigualdade de renda domiciliar *per*

capita do trabalho está aumentando há 17 trimestres consecutivos, ou seja, 4 anos (pico histórico), quando comparado ao mesmo mês do ano anterior (microdados atualizados até junho de 2019) (NERI, 2019, p. 3), tendo afetado negativamente especialmente aos jovens de 20 a 24 anos, que tiveram uma queda de renda do trabalho de 17% (a queda média para toda a população foi de 3%), a população negra (queda de renda de 8%); analfabetos, 15%; moradores do Norte e Nordeste do Brasil 13% e 7%, respectivamente (NERI, 2019, p. 10).

Desse modo, “embora nos últimos anos tenha ocorrido uma grande expansão no número de internautas no Brasil, isso não tem sido suficiente para o uso qualificado das potencialidades geradas a partir das TIC” (CGI.BR, 2018a, p. 35). Resultados da PNAD suplemento TIC 20017 evidenciam que no Brasil, “pouco mais de um terço desses internautas (35%) possuem níveis de habilidades digitais restritos, implicando em uso esporádico desse recurso tecnológico e, portanto, reduzindo as chances desse usuário se aproveitar dos potenciais benefícios e oportunidades da Internet” (CGI.BR, 2018a, p. 35). O principal fator de discriminação identificado é a classe social pertencente, “no qual membros das classes C e DE (de menor instrução) tendem a apresentar perfil de habilidades restritas e limitadas, enquanto membros das classes AB tendem a ter habilidades digitais amplas”. Para essa pesquisa são avaliadas seis dimensões distintas: comunicação, busca de informação, multimídia, educação e trabalho, criação e compartilhamento de conteúdo e downloads e, classifica os internautas brasileiros em quatro grupos de competências digitais (CGI.BR, 2018a, p. 38):

- (i) instrumentais - possuem maiores níveis de habilidades relacionadas às atividades de busca de informação e educação e trabalho;
- (ii) interativas - maiores níveis de habilidades de criação de conteúdo e multimídia;
- (iii) limitadas - menor nível de habilidade digital; e
- (iv) amplas - apresentam o maior nível de habilidade digital, com maior concentração no grupo de habilidades limitadas.

De modo semelhante, ao correlacionar o uso das tecnologias digitais com o nível de escolaridade, temos que apenas 45% dos usuários com nível de instrução do ensino fundamental usam eGOV, sendo de 85% o percentual dos que tem nível superior (BECKER, 2013, p.14).

No novo paradigma da sociedade da informação, a universalização dos serviços de informação e comunicação é condição necessária, ainda que não suficiente, para a inserção dos indivíduos como cidadãos (TAKAHASHI, 2000).

Para que as novas oportunidades não acentuem as assimetrias existentes, ou provoquem novas a partir desse desenvolvimento das TIC e, desse modo se tornem fontes de novas formas de exclusão, é necessário que as mesmas estejam apropriadas à população que as utilizará. No caso do Brasil, essas ações não podem estar dissociadas das variações regionais, sociais e econômicas. Assim, as desigualdades existentes podem se aprofundar e o instrumento ter seu potencial restrito no momento em que “para o usuário com limitada competência analítica a Internet é um instrumento de informação, para o usuário com maior capacidade analítica e de aprendizado a Internet é um instrumento de conhecimento” (SORJ, 2003, p. 32). Para tanto, faz-se necessário ações específicas promotoras de competência dos usos das tecnologias informacionais, “para que o modelo ampliado de governo eletrônico não seja uma política de ficção, e sim uma realidade” (ALMEIDA, 2014, p. 73). Desse modo, a “competência informacional como uma construção social deve, por meio da dimensão política, viabilizar a participação efetiva de todos os cidadãos” (ALMEIDA, 2014, p. 73).

O governo eletrônico como instrumento também de competência informacional, deve fomentar medidas que confrontem esses entraves a fim de retificar as disparidades existentes entre os cidadãos e potencializar o uso da tecnologia como ferramenta de participação democrática” (CGI.BR, 2018a, p. 136).

Para tanto, impõe por parte do governo a adoção e emprego de meios e métodos digitais em todos os poderes (executivo, legislativo e judiciário) e nos diferentes níveis governamentais (municipal, estadual e federal). “Em relação à prestação de serviços públicos na forma eletrônica, seguindo a evolução tecnológica, a legislação aponta para que os entes públicos prestem serviços de atendimento ao cidadão de forma integrada, eficiente, simplificada e por múltiplos canais de acesso, inclusive remotos” (TCU, 2015, p. 2). Para a consecução desses objetivos foi criado o governo eletrônico ou “eGOV”.

4.3 Informação e serviços públicos prestados eletronicamente – a política de eGOV no Brasil

O eGOV se caracteriza, essencialmente, pelo acesso via internet a informações e serviços oferecidos pelos governos, representando uma inovação tecnológica à ação pública, tendo no Brasil sua configuração inicial no ano 2000, como descrito na sessão seguinte. Desse modo, Governo Eletrônico pode ser definido como “a adoção e o uso das TIC na administração pública como, por exemplo, na prestação de serviços públicos. Refere-se à aplicação das tecnologias de informação e comunicação na administração pública e para prestação de informação e serviços públicos” (CUNHA, 2010, p. 98).

Mais recentemente, e como evolução da própria política do eGOV, passou a envolver outros aspectos, como a governança eletrônica, entendida como a "união dos cidadãos, pessoas-chave e representantes legais para participarem das comunidades, junto ao governo, por meios eletrônicos" (FERGUSON, 2002, p. 104). Guimarães e Medeiros (2005) destacam a governança eletrônica como um dos componentes da governança, que seria então, “o resultado da contribuição do eGOV para um contexto maior no qual o governo formula e implementa suas políticas com a participação da sociedade, considerando o papel das tecnologias de informação e comunicação e o ambiente regulatório que determina a atuação dos diversos atores” (GUIMARÃES; MEDEIROS, 2005, p. 2).

Para a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) Governo Eletrônico é definido como o uso de novas tecnologias de informação e comunicação, particularmente da internet, para obter um governo melhor. Identifica o eGOV além da oferta de informações e serviços online, dispondo seu uso como um poderoso instrumento de transformação de estruturas, processos e cultura do governo, tornando-o mais eficiente, transparente e voltado para o cidadão, ao propiciar, por meio das TIC o estreitamento da relação governo-cidadão (OCDE, 2018). Apesar da base tecnológica, o conceito de governo eletrônico vai além desse aspecto, envolve, também, aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais (ARAKAKI, 2008).

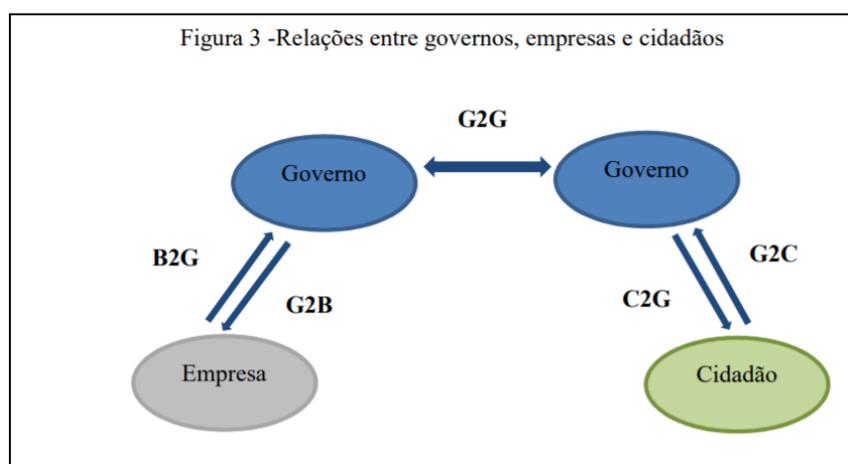
Segundo a ONU, Governo Eletrônico é a "utilização da internet e da *web* para ofertar informações e serviços governamentais aos cidadãos" (ONU, 2002, p. 1). A ONU (2017) identifica o governo eletrônico como um dos principais facilitadores da implementação da Agenda 2030 e das metas associadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONUBR, 2017). De acordo com o CGIBr “as tecnologias podem contribuir para todos os ODS em áreas como saúde [(ODS 3)] e educação [(ODS 4)] e em iniciativas de combate à pobreza, que são consideradas

estratégicas em todos os programas e ações do setor público” (W3C BRASIL, 2018b, p. 120). Especificamente para a saúde, as TIC por meio do eGOV ao promover informações para as políticas públicas, podem efetivamente contribuir para o “acesso a medicamento para todos” (ODS 3.8 e 3.b). Além disso, o ODS 9 – Indústria, inovação e infraestrutura – indica objetivamente aumentar significativamente o acesso às TIC e a oferta do acesso universal e a preços acessíveis à Internet nos países menos desenvolvidos, até 2020 (ODS 9.c).

“As políticas e ações concebidas nas diversas esferas governamentais afetam profundamente a saúde da população e o processo de redução das desigualdades sociais, devendo ser desenvolvidas de forma integrada, pois a saúde das pessoas não é responsabilidade única do setor de saúde” (ONUBR, 2017, p. 47). Nesse sentido, o uso das TIC atua na direção de contribuir e estabelecer “sinergias intersetoriais” na implementação da Agenda 2030, visto que “na era dos ODS, a saúde ocupa um lugar de destaque e atua como importante contribuinte e beneficiário das políticas de desenvolvimento sustentável” (ONUBR, 2017, p. 47).

Para tanto, por meio da política do eGOV é possível o estabelecimento de diferentes relações que se dão fundamentalmente por cinco tipos de transações. Essas ocorrem pelas diferentes possibilidades de relacionamento do governo com os diversos atores, conforme representado na figura 21 (TAKAHASHI, 2000):

Figura 21 - Relações entre governos, empresas e cidadãos



Fonte: Adaptado de Takahashi (2000, p. 18).

G2G (Government to Government): Governo para Governo, quando se trata de uma relação intra ou inter-governos, isto é, dentro do mesmo nível - horizontalmente

(dentro do nível Federal) ou verticalmente, em níveis diferentes (entre o Governo Federal e um Governo Estadual);

G2B/B2G (*Government to Business/Business to Government*): Governo para Empresa e Empresa para Governo, caracterizado por transações entre governos e pessoas jurídicas em seus vários papéis desempenhados (compras, contratações, licitações etc.);

G2C/C2G (*Government to Citizen/Citizen to Government*): Governo para Cidadãos, o governo oferece informações e serviços pela *Web* aos seus cidadãos (prestação de serviços on-line, veiculação de informações em *website* de um órgão governamental, com acesso aberto); Cidadão para Governo, um termo mais recente, resultado da procura por mais níveis e oportunidades de participação e interação, com recebimento de informações da sociedade;

A partir das possíveis relações estabelecidas acima, os serviços prestados eletronicamente podem ocorrer em diferentes graus de maturidade, isto é, a maturidade do serviço traduz em que medida o serviço é prestado de maneira “totalmente desmaterializada e completa” eletronicamente, sem o contato presencial. O eGOV brasileiro se pauta de três das quatro fases divulgadas no documento “*Gartner’s Four Phases of EGOVERNMENT Model*” elaborado pelo *Gartner Group* em 2000, que pode ser (BAUM; DI MAIO, 2000):

- Informação - Esta fase é caracterizada pela descrição das informações básicas necessárias para cada procedimento ou serviço tais como: onde obter, horário e local de funcionamento da instituição e pré-requisitos necessários. Geralmente são informações estáticas, básicas, limitadas e com propósito geral. Cada serviço é claramente identificado com a unidade da instituição que o executa;
- Interação - Este estágio oferece a possibilidade de pesquisa, obtenção e submissão dos formulários necessários para a realização do procedimento em questão, além de *links* para outras informações relevantes. O modelo de prestação do serviço ainda é voltado à estrutura formal e os departamentos de governo são referenciados de acordo com o organograma;
- Transação - O estágio de evolução tecnológica no nível transacional já permite a obtenção completa do serviço público de forma on-line. O serviço é totalmente realizado por meio eletrônico e está disponível 24 horas durante os 7 dias da semana (24x7). Além disso, a estrutura departamental por trás da prestação de

serviços deixa de ser percebida. Neste estágio os usuários podem conduzir, inclusive transações financeiras *on-line*. O foco desta fase é construir aplicações de auto-serviço e também usar a *web* como um complemento para outros canais de entrega.

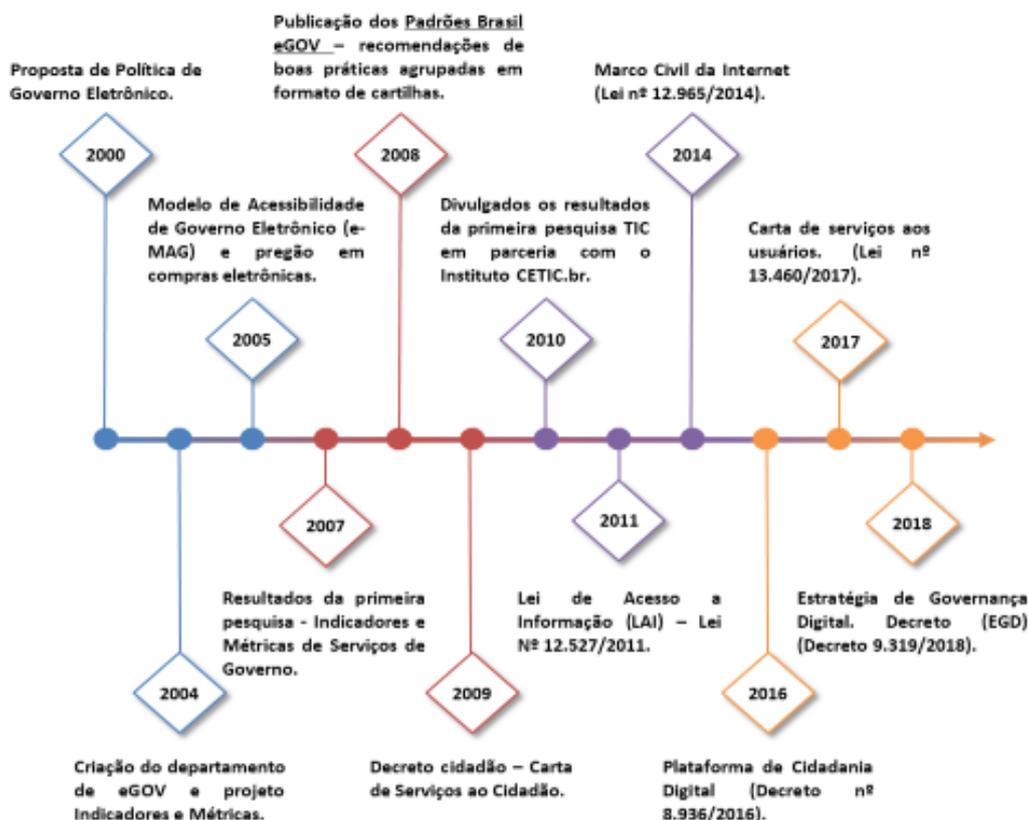
No âmbito do Governo Eletrônico do Estado brasileiro as diretrizes são pautadas para o atendimento de 3 ações principais: participação cidadã; melhoria do gerenciamento interno do Estado; e integração com parceiros e fornecedores, que têm se dado a partir da implantação da política no país e da sua implementação ao longo do tempo, a partir da configuração formal no âmbito federal, conforme vemos a seguir.

4.3.1 Estruturação formal da política de Governo Eletrônico no Brasil

O governo eletrônico no Brasil tem sua origem formal nos anos 2000. Por meio do Decreto Presidencial de 3 de abril de 2000, foi instituído o Grupo de Trabalho Interministerial para examinar e propor políticas, diretrizes e normas relacionadas com as novas formas eletrônicas de interação, principalmente as TICs, para promoção do relacionamento entre a administração pública e a sociedade (BRASIL, 2000).

A proposta da política de eGOV é apresentada no sentido de melhorar a eficiência das funções governamentais, aprimorar a qualidade da prestação de serviços públicos e da participação social por meio do acesso à informação. Busca, em tese, estimular a simplificação e a qualificação do acesso aos serviços, já existentes e de novos serviços, e informações prestadas nos *sites* e portais públicos, priorizando o cidadão e, desse modo, melhorar a governança pública (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. W3C BRASIL., 2009). Desde então, diversos instrumentos políticos, técnicos e de gestão vêm sendo elaborados para a organização e orientação no plano executivo federal do país que se relacionam com o papel democrático da administração pública no que tange à disponibilização de informações ou serviços públicos na esfera social e, com o avanço da internet e das TIC, também na esfera digital. Nesse sentido, destacamos as principais normativas e referenciais oficiais apresentados em ordem cronológica, conforme a linha da tempo apresentada abaixo (figura 22).

Figura 22 - Linha do tempo das realizações de eGOV no âmbito federal (2000 - 2018)



Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados do Governo Federal (BRASIL, 2018).

Sem a pretensão de fazer uma revisão de toda base estrutural ou legal acerca do tema, mas com a abrangência necessária para explicitarmos as evoluções da conformação política no país referente aos aspectos mais relevantes para a democratização da informação pela Administração Pública apresentamos, a seguir, os principais marcos da criação e estruturação do eGOV no país, a partir da criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTII) (Decreto Presidencial nº 3/2000) (BRASIL, 2000), e demais políticas referentes.

A partir dos resultados dos trabalhos realizados pelo GTII de diagnóstico das ações e serviços realizados eletronicamente no país, foi elaborado, no mesmo ano, o documento "Proposta de Política de Governo Eletrônico para o Poder Executivo Federal", tendo logo em seguida a publicação do Decreto de 18 de Outubro de 2000, que cria o Comitê Executivo de Governo Eletrônico (CEGE), com o objetivo de formular políticas, estabelecer diretrizes, coordenar e articular as ações de implantação do Governo Eletrônico, a partir do diagnóstico realizado.

A formulação e a implementação da política de eGOV levou ao envolvimento de diversas outras ações e projetos, com destaque para o programa “Sociedade da Informação”, conduzido pelo Ministério de Ciência e Tecnologia (Socinfo/MCT) devido a sua abrangência com ações voltadas para o fortalecimento da competitividade da economia e para ampliação do acesso da população aos benefícios gerados pelas TICs. Essas ações estão publicadas em documento denominado Livro Verde (TAKAHASHI, 2000), citado algumas vezes durante essa pesquisa.

Em 2004 então é criado o Departamento de Governo Eletrônico (Decreto nº 5.134, de 07 de julho) responsável por coordenar e articular a implantação de ações de eGOV no país de forma unificada e integrada, dentre outras ações. Nesse ano, ainda, foi desenvolvido o projeto de Indicadores e Métricas de Avaliação de e-Serviços - um conjunto de indicadores focados na avaliação da conveniência para o cidadão dos serviços eletrônicos prestados, considerando o seu nível de maturidade, facilidade de uso, comunicabilidade, multiplicidade de acesso, disponibilidade, acessibilidade, transparência e confiabilidade apresentado na metodologia dessa pesquisa (Indicadores e Métricas para avaliação de e-Serviços — Programa de Governo Eletrônico Brasileiro - Sítio Oficial, 2007). Esse projeto surge com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços públicos eletrônicos (internet) prestados pelas diversas esferas de governo, estruturado para fornecer informações que permitem a melhoria dos serviços já existentes e o alinhamento de novos serviços.

Em 2005, houve o lançamento do Modelo de Acessibilidade de Governo Eletrônico (e-MAG), que recomenda a acessibilidade nos portais e sítios eletrônicos da administração pública para o uso das pessoas com necessidades especiais. Em julho do mesmo ano foi publicado o Decreto nº 5.450/2005 que regulou as compras governamentais, tornando obrigatório na Administração Pública Federal o uso do pregão nas compras de bens e serviços comuns, e a publicação da Portaria normativa nº 05 de 14 de Julho de 2005 que institucionaliza os Padrões de Interoperabilidade de Governo Eletrônico (e-PING).

Em 2007 tem-se a publicação dos resultados da primeira pesquisa realizada de avaliação dos serviços de eGOV (2006) considerando os parâmetros da Metodologia de Indicadores e Métricas de Serviços de Governo Eletrônico.

No ano de 2008, há a publicação dos Padrões Brasil eGOV - recomendações de boas práticas agrupadas em formato de cartilhas, com o objetivo de aprimorar a comunicação e o fornecimento de informações e serviços prestados por meios

eletrônicos pelos órgãos do Governo Federal, podendo destacar a Cartilha de usabilidade, disciplina que promove que as informações e serviços prestados contemple as expectativas e necessidades do cidadão e, dessa forma, consiga utilizar das informações e serviços de forma plena e satisfatória.

A fim de simplificar o atendimento ao cidadão foi editado em 2009 o “Decreto Cidadão” - Decreto 6.932/2009. Trata-se de um documento intitulado “carta”, que tem por objetivo informar o cidadão dos serviços prestados pelo órgão ou entidade, das formas de acesso a esses serviços e que deve dispor de todos os serviços ofertados ao cidadão reunidos em único lugar. O normativo estabelece que os órgãos e entidades do Poder Executivo Federal que prestam serviços diretamente ao cidadão deverão elaborar e divulgar sua Carta de Serviços ao Cidadão, no âmbito de sua esfera de competência.

Em 2010 são divulgados os resultados da primeira pesquisa TIC em parceria com o Instituto CETIC.br - Centro de Estudos sobre as Tecnologias de Informação e Comunicação que retrata o uso das TICs no país e na população brasileira, a partir de critérios quantitativos e qualitativos. Seu objetivo é produzir indicadores que possam auxiliar os órgãos públicos no planejamento de serviços de eGOV oferecidos à população, conforme alguns dados apresentados ao longo dessa pesquisa.

Apenas em 2011 foi sancionado o primeiro instrumento formal em formato de lei, a Lei de Acesso à Informação, doravante LAI (Lei nº 12.527/2011), regulamentada no âmbito federal pelo Decreto nº 7.724/2012 - por ser o primeiro instrumento legal, e pela sua relevância, nos ateremos com mais detalhes (BRASIL, 2011). A LAI regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas, isto é, regula o acesso a dados públicos de caráter federal, estadual e municipal, com a finalidade de ofertar dados e informações para que a população possa acompanhar e, sobretudo, fiscalizar a gestão pública, atuando como instrumento de controle social. De acordo com o art. 1º e 2º a LAI deve ser cumprida por todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta: i) os órgãos públicos integrantes da Administração Direta dos Poderes Executivo, Legislativo; ii) as autarquias; as fundações públicas; as empresas públicas e; iv) as sociedades de economia mista. Desse modo, possibilita, a qualquer cidadão, pessoa física ou jurídica, o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades (BRASIL, 2011).

A LAI estabelece ainda o papel do Estado de garantir o direito de acesso à informação, de forma ágil, transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão. Assegura ao cidadão, dentre outros, o direito de obter informação sobre atividades

exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas a sua política, organização e serviços. Para tanto, os procedimentos adotados a partir desta devem ser executados de acordo com os princípios básicos da administração pública e as seguintes diretrizes (artigo 3º): I) observância da publicidade como preceito geral e do sigilo como exceção; II - divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações; III - **utilização de meios de comunicação viabilizados pela tecnologia da informação**; IV - fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública; V - desenvolvimento do controle social da administração pública. Seja por pleito individual, ou de forma mais ampla, por divulgação institucional, conforme artigo 8º “É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas” (BRASIL, 2011, grifo nosso). Para tanto, os órgãos e as entidades públicas deverão utilizar todos os meios e instrumentos legítimos de que dispuserem, sendo obrigatória a divulgação em *websites* oficiais (internet) (art. 8º § 20).

Cabe destacar, que conforme a LAI, o cidadão deve obter a informação que deseja de forma clara e fácil inclusive no que se refere à linguagem adotada, que deve ser acessível à população em geral, evitando siglas, jargões e termos técnicos etc. A simples disponibilização de informações, sem atendimento a esses preceitos, não favorece o acesso, não possibilitando, efetivamente, o exercício do controle social. Pela LAI o acesso à informação se torna a regra, sendo tratados como exceção apenas os dados sigilosos e informações pessoais, as quais poderão ter restrições de acesso. No Ministério da Saúde, o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), o qual versa sobre a aplicação da LAI, foi instituído pela Portaria nº 1.583/2012, e está ativo desde maio de 2012, seja por meio eletrônico (preferencialmente) ou de forma presencial (MS, *online*).

Ainda, a LAI está entre as iniciativas de ampliação da transparência em consonância com o conceito de governo aberto (*Open Government Partnership*), que no caso do Brasil “também tem estimulado a adoção de estratégias que promovem o acesso à informação pública e participação dos cidadãos” [...] e “vem sendo recomendada por uma série de organismos e articulações internacionais, tais como a ONU, a OCDE e a Parceria para o Governo Aberto” [...] que “reúne atores governamentais e da sociedade civil com o objetivo de obter comprometimento dos países para realizar práticas relacionadas à transparência, ao acesso à informação pública e à participação social,

incluindo o uso das tecnologias para fortalecer essas iniciativas” (CGI.BR, 2018b, p. 133). No tópico referente à metodologia dessa tese apresentamos em destaque as informações de que tratam o artigo 8º selecionados para a coleta de dados dessa pesquisa.

Outro destaque na linha do tempo do eGOV é o Marco Civil da Internet, instrumento legal aprovado pela lei nº 12.965/2014, que regula o uso da Internet no Brasil por meio da previsão de princípios, garantias, direitos e deveres para quem a usa e determina as diretrizes para a atuação do Estado em relação à internet (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), ao dispor sobre a atuação do poder público. Desse modo, visa orientar os direitos e deveres dos usuários, provedores de serviços e conteúdos, e outros envolvidos com o uso da Internet no Brasil. Estabelece diretrizes para o desenvolvimento da Internet no país, das quais cabe destaque no âmbito deste trabalho a prestação de serviços públicos de atendimento ao cidadão de forma integrada, eficiente, simplificada e por múltiplos canais de acesso, inclusive remotos e, facilidade de uso dos serviços de governo eletrônico (art. 24, inciso X) (BRASIL, 2014).

De forma geral, o Marco Civil da Internet apresenta elementos que contribuem positivamente para que a sociedade e as instituições públicas e privadas tenham maior segurança no uso a fim de tornar a internet um ambiente seguro e igualitário para todos os usuários, de modo a assegurar a liberdade, a privacidade e a neutralidade da rede. Podemos destacar a incorporação pela referida lei de alguns princípios que tornam a rede um ambiente mais democrático, a exemplo do princípio da Neutralidade, ao possibilitar que o usuário arque com os custos de acordo com o volume e a velocidade desejados e, o princípio da Privacidade que assegura a inviolabilidade e o sigilo da troca de informações entre os usuários, exceto para os casos de suspeita de situações ilícitas, com previsão da quebra do sigilo de dados (SANTOS, 2016).

Referente à administração pública, Zaganelli e de Miranda (2017) destacam a inserção na criação do Marco Civil da Internet, da prática da “Boa Governança”, a qual seja no âmbito dos direitos fundamentais ou das garantias próprias estabelecidas na lei, invoca “procedimentos éticos para evitar a má gestão e minimizar os riscos existentes” (ZAGANELLI; DE MIRANDA, 2017, p. 634). Desse modo, a internet enquanto ferramenta de governança “se apresenta como um motor elementar para a promoção de políticas públicas, uma vez que, primando pela transparência, possibilita o efetivo exercício do controle social ao permitir a celeridade no envio de informações públicas aos cidadãos” (ZAGANELLI; DE MIRANDA, 2017, p. 638-639).

Os avanços da política do eGOV no nível federal tem levado à sua ampliação e, por meio do Decreto nº 8.638/2016 institui a Política de Governança Digital no âmbito dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional e, pelo Decreto nº 8.936/2016 institui a Plataforma de Cidadania Digital e dispõe sobre a oferta dos serviços públicos digitais no âmbito dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Mais recentemente, em 2017 foi assinada a Lei nº 13.460/2017 que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, podendo destacar dentre as diretrizes (art. 5º): XIII - aplicação de soluções tecnológicas que visem a simplificar processos e procedimentos de atendimento ao usuário e a propiciar melhores condições para o compartilhamento das informações; e XIV - utilização de linguagem simples e compreensível, evitando o uso de siglas, jargões e estrangeirismos. Dentre os direitos básicos temos no artigo 6º: VI - obtenção de informações precisas e de fácil acesso nos locais de prestação do serviço, assim como sua disponibilização na internet. A Lei ainda versa sobre a Carta de Serviços ao Usuário (informações sobre os serviços prestados) e do direito de manifestações dos usuários (ouvidoria) (BRASIL, 2017).

Por meio do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), em 2018 foi lançada a Estratégia de Governança Digital (EGD), através do Decreto 9.319/2018 que institui a Política de Governança Digital no âmbito dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Esta visa buscar um reposicionamento das ações governamentais com os avanços das tecnologias digitais e das novas demandas da sociedade e, se posiciona como importante componente dentro de uma outra iniciativa do governo: a recém aprovada Estratégia Brasileira para a Transformação Digital (E-Digital), coordenada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC). Esse reposicionamento amplia o conceito de governo eletrônico para governança digital (E-Digital), de forma a integrar iniciativas de fomento ao uso das tecnologias digitais na administração pública. A E-Digital prevê três principais ações orientadoras para as políticas públicas na área de cidadania e governo digital: i) o aumento da transparência e controle social das atividades estatais, ii) a ampliação da participação social na formulação das políticas públicas e iii) o provimento de mais e melhores serviços públicos digitais, visando “aumentar a efetividade da geração de benefícios para a sociedade brasileira por meio da expansão do acesso às informações governamentais, da melhoria dos serviços

públicos digitais e da ampliação da participação social” (Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [MP], 2018 p. 10)(Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações [MCTIC], 2018)(COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2018, p. 27-28).

Em suma, de forma geral, ao longo desse período ocorreram diversas ações como: constituição e reestruturação de comitês executivo e técnicos; lançamento do programa da Sociedade da Informação pela Secretaria de Ciência e Tecnologia; lançamento de alguns portais de governo como o Portal da Transparência em 2004 que deu visibilidade à sociedade de diversos gastos públicos, inclusive dos salários abertos de todos os servidores dos órgãos executivos federal; elaboração e divulgação de manuais e cartilhas como a Cartilha de Usabilidade do Programa Brasileiro de eGOV e o Guia para implantação da Carta de Serviços ao Cidadão e, pesquisas de acompanhamento, monitoramento e avaliação das experiências implementadas.

Paralelamente e, para além da política de eGOV, em 2004 a fim de incorporar e normatizar a questão da informação em saúde na era digital, foi instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (BRASIL, 2016). Essa política vem sendo atualizada e, em 2011 teve redefinido o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO), considerando que “a governança da informação passou a ocupar lugar estratégico no fortalecimento das relações interfederativas e no relacionamento governo-cidadão” (BRASIL, 2016, p. 7).

A PNIIS guia as ações das TICs no SUS em consonância com a LAI e com a política de eGOV, visando agregar benefícios à sociedade quanto ao “controle social e à democratização da informação e da comunicação em saúde” (BRASIL, 2016, p. 18). Tem como objetivo “contribuir para o acesso integral e oportuno da população às ações e aos serviços do sistema de saúde brasileiro, contribuindo assim, para a melhoria das condições de saúde, para redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida” (BRASIL, 2004). Apresenta como princípios e diretrizes norteadores: a melhoria da qualidade e do acesso ao sistema de saúde brasileiro; a transparência e segurança da informação em saúde; o acesso à informação de saúde pessoal como um direito do cidadão; o suporte da informação para tomada de decisão por parte do gestor e profissional de saúde; e, por fim, o desenvolvimento institucional do SUS e de todo o sistema de saúde brasileiro, tendo como condição central dessa política a

interoperabilidade⁴³ dos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2016, p. 17). Cabendo, portanto, às três esferas de governo, em articulação com os gestores da área da informação e informática em saúde, e demais atores, todos os esforços para a implementação dessa política no SUS, a fim de melhorar os processos de trabalho em saúde com “ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços de saúde, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da situação de saúde da população” (BRASIL., 2016, p. 11).

Como elementos direcionadores, a PNIIS possui vertentes que caracterizam o seu plano de ação, conforme características inerentes aos seguintes temas: Governo Eletrônico (eGOV), e-Saúde, que inclui o Registro Eletrônico em Saúde (RES), gestão da PNIIS e formação de pessoal em informação e informática em saúde. É regida pelos princípios (p. 13):

1. A informação em saúde destina-se ao cidadão, ao trabalhador e ao gestor da saúde;
2. A produção da informação em saúde deve abarcar a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão;
3. A gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento;
4. A democratização da informação em saúde como um dever das instâncias pública e privada de saúde;
5. A informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde;
6. O acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo;
7. A descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacionais e internacionais e às especificidades regionais e locais;
8. A preservação da autenticidade e integridade da informação em saúde; e
9. A confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo.

⁴³ Interoperabilidade, fem. Habilidade de transferir e utilizar informações de maneira uniforme e eficiente entre várias organizações e sistemas de informação. Notas: São verificados dois níveis principais de interoperabilidade de informações: i) Interoperabilidade funcional: interação de dois ou mais sistemas (equipamentos, sistemas de informação, bases de dados) para trocar informações de acordo com um conjunto de regras definidas; e ii) Interoperabilidade semântica: capacidade de sistemas compartilharem informações compreendidas através da definição de conceitos de domínio (BRASIL, 2016, p. 36).

A fim de subsidiar os esforços de redução das desigualdades em saúde e, de ampliação do acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados, a PNIIS propõe o foco no usuário com valorização de características sociodemográficas, como: idade, gênero, raça ou etnia, escolaridade, ocupação e classe social, para que desse modo, “os sistemas de informação em saúde busquem contribuir para que os gestores de saúde impulsionem a disponibilidade de acesso à informação aos usuários de forma eficiente e adequada, derrubando, assim, eventuais barreiras encontradas” (BRASIL, 2016, p. 20). Para tanto,

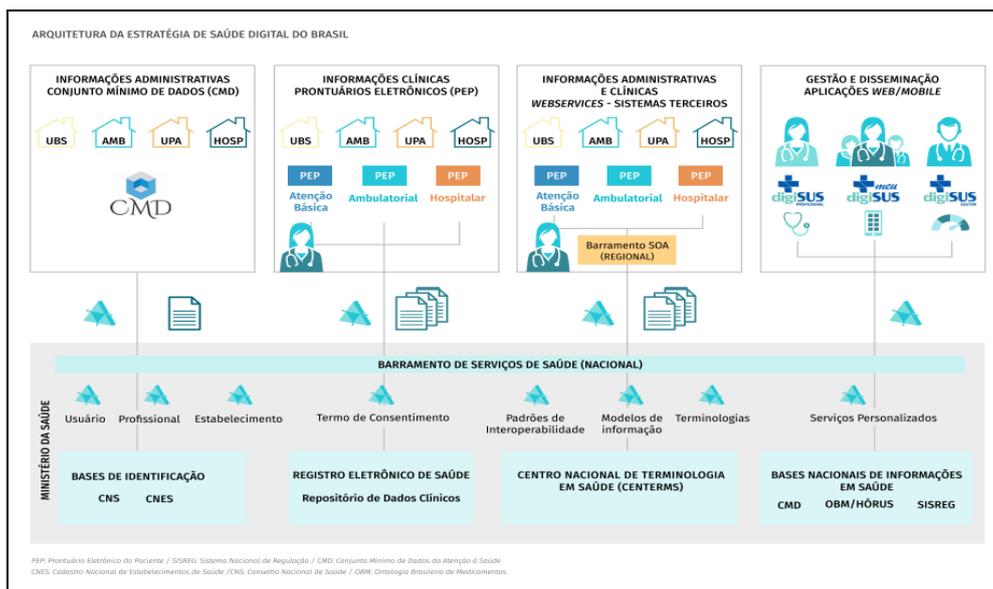
os recursos de informática devem facilitar o acesso aos serviços de saúde, agilizando e humanizando o agendamento e o acolhimento das demandas de saúde e promovendo a utilização de informações em saúde por iniciativa do usuário, superando-se, assim, o tradicional uso da informação apenas para finalidades administrativas (MAGALHÃES JR., 2011).

A fim de integrar as diversas políticas, programas e ações de saúde, serviços e sistemas de informação e comunicação, além de mecanismos de financiamento, infraestrutura, governança, tecnologias e recursos humanos, foi recentemente criado um projeto bastante abrangente - o projeto “e-Saúde”. A Estratégia e-Saúde para o Brasil (DIGISUS) foi aprovada pela Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 19, de 22 de junho de 2017, e descreve as expectativas e a visão de uso da saúde digital no âmbito nacional. De forma sintética é conceituado pela OMS como “a aplicação das TIC à Saúde” (ONU, 2019). De forma mais ampla, o “e-Saúde”:

representa o contexto da prática de atenção à saúde facilitada e aperfeiçoada pelo uso de tecnologias modernas de IC (TIC), considerando as aplicações dessas tecnologias na organização, gestão e agilidade dos processos de atendimento ao paciente, no compartilhamento de informações, na garantia de maior qualidade e segurança das decisões clínicas, no acompanhamento de pacientes, em políticas de Saúde pública, na compreensão dos fatores determinantes do bem estar do cidadão, na detecção e controle de epidemias, entre tantas outras possibilidades (BRASIL, 2018, p. 102).

conforme figura analítica abaixo (figura 23):

Figura 23 - Arquitetura da estratégia de Saúde Digital do Brasil



Fonte: BRASIL (2018, p. 102).

Ainda, conforme o MS,

A informação estratégica em saúde contribui para a segurança, eficácia e qualidade de produtos, insumos (medicamentos, imunobiológicos e hemoderivados), serviços e ambientes de interesse para a saúde pública e a promoção da saúde. Assim, para consolidar o sistema de saúde brasileiro como promotor e executor de uma política pública de saúde fortalecida, é essencial proporcionar aos usuários a universalização de acesso ao sistema por meio de processos de comunicação ou políticas específicas de informação, diminuindo, deste modo, as barreiras de acessibilidade (MS, 2017, p. 28).

“As atividades de saúde estão intimamente ligadas à informação e comunicação e dependem de conhecimento e tecnologia (...)” (BRASIL, 2017, n.p). Nesse contexto se insere o e-Saúde, alinhado à diretrizes e princípios do SUS e à política de governo eletrônico.

Mais do que nunca, as TIC e as ações e serviços de saúde estão intrinsecamente postos como objetivo de política pública e, emerge com o objetivo de aumentar a qualidade e ampliar o acesso à atenção à saúde. Desse modo, o e-Saúde apresenta-se como benefícios previstos pelo MS, dentre outros, de: “acesso imediato e simples pelo paciente à medicação prescrita para ele – e apenas à prescrita para ele – em qualquer farmácia ou ponto de dispensação do País; a possibilidade de marcar consultas de especialidades e agendamento de exames por telefone ou internet (...); o cidadão terá acesso às informações de gastos e resultados de saúde, como instrumento de controle

social”. Para tanto, são propostas nove Ações Estratégicas relacionadas com seu objetivo central (BRASIL, 2016, p. 8):

- 1 – Reduzir a fragmentação das iniciativas no SUS e aprimorar a governança da estratégia de e-Saúde;
- 2 – Fortalecer a intersetorialidade de governança de e-Saúde;
- 3 – Elaborar o marco legal de e-Saúde no país;
- 4 – Definir e implantar uma arquitetura para a e-Saúde;
- 5 – Definir e implantar os sistemas e serviços de e-Saúde integrados ao SUS;
- 6 – Disponibilizar serviços de infraestrutura computacional;
- 7 – Criar arquitetura de referência para sustentação dos serviços de infraestrutura;
- 8 – Criar a certificação em e-Saúde para trabalhadores do SUS;
- 9 – Promover a facilitação do acesso à informação em saúde para a população.

Em resumo, o “e-Saúde é, senão, um dos pilares para a integração de um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), tendo em vista ambos basearem-se no uso da tecnologia da informação e informática para a melhoria das condições de saúde” (BRASIL, 2016, p. 8).

Nessa conjuntura são, portanto, desafios expressos ao Poder Público a adequada implementação, acompanhamento, e avaliação da oferta das tecnologias de informação e comunicação como meio de democratização do acesso à informação e aos serviços públicos de saúde. Para tanto, o uso adequado das TICs, associado à LAI, à Política de eGOV, e mais recentemente a e-Digital, cria os dispositivos necessários para o atendimento aos princípios e diretrizes da PNIIS: a melhoria da qualidade e do acesso ao SUS, a transparência e segurança da informação, o acesso à informação de saúde pessoal como um direito do cidadão, o suporte da informação para tomada de decisão por parte do gestor e profissional de saúde, e o desenvolvimento institucional do SUS e ganhos de eficiência (BRASIL, 2004).

Como exposto, são inúmeras as ações, projetos e iniciativas que atribuem a informação como elemento chave e estruturante das políticas públicas. Podendo mesmo sugerir como ambiciosas tendo em vista os objetivos almejados. Contudo, apenas no ano de 2012 tivemos a primeiro instrumento formal, em forma de lei, relacionada com a democratização ao acesso de informações – a LAI. Especificamente para a política de Governo Eletrônico implementada, segundo o Tribunal de Contas da União (TCU,

2015), no Brasil os normativos que regulam a matéria ainda são escassos e, de acordo com a análise de Silva (2013) esta política apresenta fragilidade jurídica, diferentemente da adotada em outros países, que, juntamente com os ambiciosos objetivos da governança eletrônica, podem limitar a realização das mesmas:

O pilar jurídico do eGOV brasileiro é formado por decretos presidenciais e portarias, já mencionadas anteriormente, que criam apenas programas e órgãos departamentais, sem efeito permissionário ou coercitivo legal. Com efeito, a estrutura do eGOV é também baseado apenas em documentos e cartilhas de recomendações, todas de âmbito federal, sendo facultativa a adoção pelos atores subnacionais (SILVA *in* ROVER *et al.*, 2013, p. 125).

Essa formatação formal não favorece o seguimento das propostas pelas estruturas de governo, visto se tratar apenas de recomendação não estipulada como obrigatoriedade legal e, ainda, está direcionada às estruturas federais do governo, fragilizando as potencialidades perante os demais níveis de governo como órgãos e entidades estaduais e municipais.

Para Peixoto (2015), “as perspectivas de gestão pública do século XXI avançaram no que diz respeito à transparência, comunicação, aproximação entre Estado com sociedade civil” (PEIXOTO, 2015, p. 407). Cunha e Miranda (2013) chamam a atenção para o papel central do governo na rede social de um país, uma vez que o uso ou não da tecnologia e sistemas de informação derivam relevantes implicações sociais. Para tanto, resta saber se, de fato, essas orientações e normativas estão sendo seguidas pela administração pública, e, se na prática a sociedade tem à sua disposição o cumprimento do direito do acesso às informações públicas. Desse modo, nos intriga saber se para além do Brasil formal, as normativas da lei de acesso à informação, da política de governo eletrônico estão também presentes no Brasil “real”, entendido como a materialização dessas normas na vida prática diária do cidadão que busca serviços de forma eletrônica, a exemplo do cidadão que acessa as páginas das SES em busca de informações para a política de medicamentos especializados, como veremos a seguir. Será que tal política foi ou está sendo implementada pelos órgãos de governo conforme é preconizada?

5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS WEBSITES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

O objetivo desse capítulo é apresentar os dados sobre as páginas eletrônicas do MS e das SES, com base nos Roteiros de leitura geral (A) e específico (B). Estes se encontram reunidos nos Apêndices D (Roteiro A), E (quadro de legibilidade – Roteiro A) e F (Roteiro B). Conforme foi detalhado na última parte da metodologia, a escolha sobre a disposição das ilustrações das páginas analisadas, foi de dispor das 4 principais imagens de cada *site* na descrição do texto, que contém a análise global de todas as páginas. O conjunto das demais imagens do MS e das SES constam em anexo, incluindo as imagens dos textos das páginas eletrônicas que tratam do tópico da legibilidade, para melhores condições de leitura (tamanho da fonte dos textos).

Assim, a descrição dos *sites* começará, em seguida, pelo MS, seguido das SES por região geográfica. Primeiramente fazemos uma descrição da página inicial, observando brevemente o aspecto geral da página, a organização da disposição das informações, os possíveis caminhos para o acesso às páginas da AF e do CEAf e, por fim, a síntese dos resultados dos instrumentos de verificação (Roteiros A e B), seguido da legibilidade dos textos analisados. Após cada análise individual, realizamos uma análise comparativa dos resultados observados.

5.1 MINISTÉRIO DA SAÚDE

A página eletrônica de abertura do Ministério da Saúde (figura 24), ou página inicial, possui aspecto agradável visualmente, mesmo com a disponibilização de grande volume de informações, ao apresentar elementos de usabilidade e de *layout* que, de forma geral, a caracterizam como uma página limpa e organizada: espaços em branco, presença de fundo neutro, contraste positivo de cores do texto e alinhamento do texto à esquerda. Na página é possível identificar o mapa do *site* (1) e o campo de busca (2). As informações estão organizadas no *menu* principal superior (Sistemas, Ouvidoria, Comunicação e imprensa, Contatos, Assessoria de imprensa), e por conteúdos agrupados em *menus* laterais esquerdo: “Assuntos” (Atenção Especializada e Hospitalar, Atenção Básica, **Assistência Farmacêutica**, etc.), “Saúde no Brasil” (Dados e indicadores, etc.) e “Acesso à Informação” (Acesso à informação, Ações e programas,

etc.), além da notícia principal (foto centralizada) e outros temas em destaque. Não há seleção de serviço ou informação por perfil de usuário ou público alvo.

O acesso à página de medicamentos ocorre exclusivamente pelo item de *menu* (*link*) permanente já citado, “Assistência Farmacêutica” (*menu* “Assuntos”), ou seja, a navegação para o acesso às informações sobre a AF, só é possível por um único caminho. A presença desse item permanente na página de abertura facilita a identificação do conteúdo logo no primeiro acesso.

Figura 24 - Página inicial – Ministério da Saúde

Fonte: www.saude.gov.br

A página da Assistência Farmacêutica (figura 25) é uma página extensa que reúne diversas informações relacionadas à AF organizadas no *menu* lateral esquerdo “Assistência Farmacêutica”: Base nacional de dados, Sobre a Assistência Farmacêutica, Diretrizes e competências, Comitê Nacional para URM, Medicamentos Rename, Sistema Hórus, Publicações e Contatos (ANEXO E), dentre outros. A página conta ainda com temas em destaque no centro da página, dentre outras informações e *links* de conteúdos diversos. Os demais *menus* laterais da página inicial são mantidos (“Assuntos”, “Saúde no Brasil” e “Acesso à Informação”). Identificamos ainda, a ferramenta de eGOV barra de estado ou migalha de pão (3).

Figura 25 – Página da Assistência Farmacêutica – Min. da Saúde

VOCÊ ESTÁ AQUI: PÁGINA INICIAL > ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Saúde de A a Z
Institucional
SUS
Ações e Programas
Blog da Saúde
Últimas notícias

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Base Nacional de Dados
- Sobre a Assistência Farmacêutica
- Diretrizes e Competências
- Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos
- Laboratórios Oficiais
- Calamidade Pública
- Medicamentos - Rename
- Programa Farmácia Popular
- Fitoterápicos
- Sistema Hórus
- Legislação
- Publicações
- Contatos

ASSUNTOS

- Atenção Especializada e Hospitalar
- Atenção Básica
- Assistência Farmacêutica
- Ciência e Tecnologia e Complexo Industrial
- Gestão do SUS
- Vigilância em Saúde
- Participação e Controle Social
- Repasses financeiros

Assistência Farmacêutica

ÚLTIMAS NOTÍCIAS

- Pacientes com Atrofia Muscular Espinhal terão novo medicamento no...
- Seminário aborda avaliação de políticas no Ministério da Saúde
- Começa estudo sobre alimentação de crianças de até cinco anos
- Ministério da Saúde anuncia nova modalidade de compra de...

ACESSO A LISTA COMPLETA

INFORMATIVO DAF

- Edição 08
- Edição 07
- Edição 06
- Edição 05
- Edição 04
- Edição 03
- Edição 02
- Edição 01

VEJA TAMBÉM

- Atenção Básica
- Atenção Especializada e Hospitalar
- Vigilância em Saúde
- Repasses financeiros
- Manual de Embalagens de Medicamentos

AÇÕES E PROGRAMAS

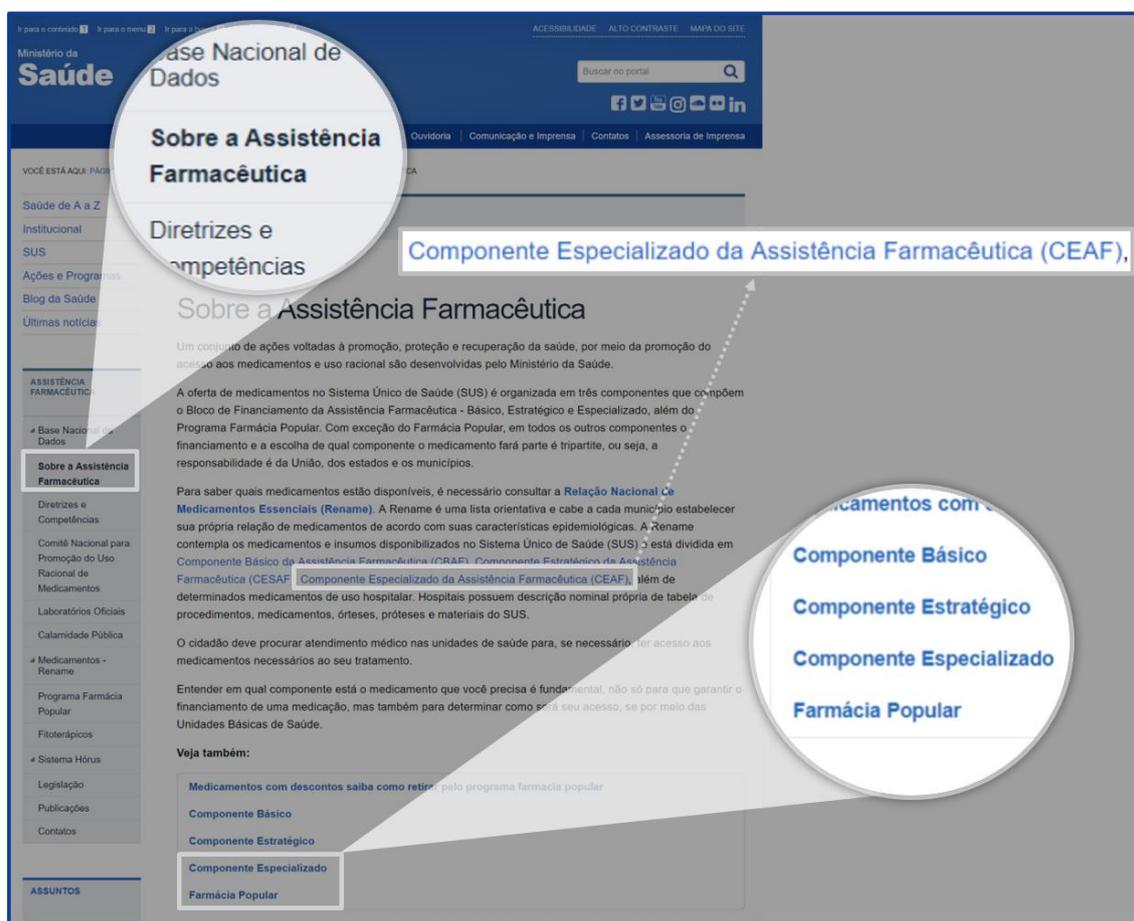
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Base Nacional de Dados
- Sobre a Assistência Farmacêutica
- Diretrizes e Competências
- Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos
- Laboratórios Oficiais
- Calamidade Pública
- Medicamentos - Rename
- Programa Farmácia Popular
- Fitoterápicos
- Sistema Hórus
- Legislação
- Publicações
- Contatos

Fonte: www.saude.gov.br

A partir do item de *menu* “Sobre a Assistência Farmacêutica”, a página que se segue (figura 26) apresenta uma descrição geral sobre a referida política, com *links* para a Rename e para cada um dos componentes da AF, além do Programa Farmácia Popular. Contudo, ao testarmos os *links* do CEAF dispostos no texto, ambos apresentaram erros, ao direcionar para o componente Estratégico, não havendo possibilidade por esses caminhos de se obter informações sobre o Especializado. Desse modo, o acesso ao conteúdo do CEAF só foi possível pelo item de *menu* “Medicamentos – Rename” (figura 27).

Figura 26 - “Assistência Farmacêutica > Sobre a AF” - Min. da Saúde



Fonte: www.saude.gov.br

A página do CEAF (figura 27), dada a partir do item de *menu* referido, apresenta extenso conteúdo contendo uma descrição geral do componente, a organização por grupo de medicamentos e *links* para os PCDT, Conitec, Rename, portarias e anexos da Portaria GM/MS 1.554/2013 (relação de medicamentos por grupos, por CID, por procedimento (Sigtap) e formulário e recibo do LME) (ANEXO F).

Figura 27 – Página do Componente Especializado - Min. da Saúde

VOCÊ ESTÁ AQUI: PÁGINA INICIAL > ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA > MEDICAMENTOS - RENAME > COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF)

Saúde de A a Z

Institucional

SUS

Ações e Programas

Blog da Saúde

Últimas notícias

Assistência Farmacêutica

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)** foi regulamentado pela [Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009](#) e, desde então, tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas no CEAF. Assim, os medicamentos e outras tecnologias em saúde necessárias para garantir a integralidade são definidos nos [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#) por meio das diferentes linhas de cuidado.

Nesse contexto, para atender as linhas de cuidado, torna-se fundamental a articulação entre as diferentes políticas de saúde, sejam elas no campo da Assistência Farmacêutica ou em outras áreas, como os outros serviços ambulatoriais e hospitalares. Fica evidente, portanto, que para atendimento integral das doenças do CEAF, é necessária uma interação entre a [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais \(Rename 2018 Novembro\)](#) e a [Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde \(Renases\)](#).

No sentido estrito do tratamento medicamentoso no âmbito da Assistência Farmacêutica, o Componente Especializado se relaciona diretamente com o **Componente Básico**, visto que o tratamento de muitas doenças contempladas no CEAF deve ser iniciado na atenção básica. Esse raciocínio, além de contribuir para a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, facilita a divisão das responsabilidades entre os entes federados.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)** foi regulamentado pela [Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009](#) e, desde então, tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas no CEAF. Assim, os medicamentos e outras tecnologias em saúde necessárias para garantir a integralidade são definidos nos [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#) por meio das diferentes linhas de cuidado.

Nesse contexto, para atender as linhas de cuidado, torna-se fundamental a articulação entre as diferentes políticas de saúde, sejam elas no campo da Assistência Farmacêutica ou em outras áreas, como os outros serviços ambulatoriais e hospitalares. Fica evidente, portanto, que para atendimento integral das doenças do CEAF, é necessária uma interação entre a [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais \(Rename 2018 Novembro\)](#) e a [Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde \(Renases\)](#).

No sentido estrito do tratamento medicamentoso no âmbito da Assistência Farmacêutica, o Componente Especializado se relaciona diretamente com o **Componente Básico**, visto que o tratamento de muitas doenças contempladas no CEAF deve ser iniciado na atenção básica. Esse raciocínio, além de contribuir para a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, facilita a divisão das responsabilidades entre os entes federados.

Grupos de Medicamentos

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

- O **Grupo 1** é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento e por aqueles que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.
- O **Grupo 2** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais de Saúde.
- O **Grupo 3** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios sob regulamentação da [Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013](#), que aprova a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Os medicamentos do **Grupo 1** devem ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas no Componente e se dividem em: **Grupo 1A** - medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e **Grupo 1B** - medicamentos adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, na modalidade Fundo a Fundo. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do **Grupo 1 (1A e 1B)** é das Secretarias Estaduais de Saúde. Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#), estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.

Como resultado do compromisso do Ministério da Saúde em atualizar permanentemente as suas relações de medicamentos, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, publicou-se a [Portaria GMS/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013](#), que passa a ser o novo marco regulatório do CEAF. Esta Portaria mantém os conceitos originais, mas inova nos seguintes aspectos:

- a) inclusão dos procedimentos para os medicamentos incorporados pela [Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS \(CONITEC\)](#);
- b) atualização dos atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS a partir da publicação de novos PCDT; transferência de medicamentos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- c) inclusão dos medicamentos para tratamento do glaucoma; e
- d) atualização dos valores de ressarcimento dos medicamentos do Grupo 1B.

Grupos de Medicamentos

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

- O **Grupo 1** é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento e por aqueles que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.
- O **Grupo 2** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais de Saúde.
- O **Grupo 3** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios sob regulamentação da [Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013](#), que aprova a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Os medicamentos do **Grupo 1** devem ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas no Componente e se dividem em: **Grupo 1A** - medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e **Grupo 1B** - medicamentos adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, na modalidade Fundo a Fundo. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do **Grupo 1 (1A e 1B)** é das Secretarias Estaduais de Saúde. Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#), estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.

Como resultado do compromisso do Ministério da Saúde em atualizar permanentemente as suas relações de medicamentos, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, publicou-se a [Portaria GMS/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013](#), que passa a ser o novo marco regulatório do CEAF. Esta Portaria mantém os conceitos originais, mas inova nos seguintes aspectos:

- a) inclusão dos procedimentos para os medicamentos incorporados pela [Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS \(CONITEC\)](#);
- b) atualização dos atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS a partir da publicação de novos PCDT; transferência de medicamentos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- c) inclusão dos medicamentos para tratamento do glaucoma; e
- d) atualização dos valores de ressarcimento dos medicamentos do Grupo 1B.

Atualização

Com a publicação da [Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013](#), foram incorporados 171 apresentações pelo Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Considerando os medicamentos em 407 apresentações das doenças contempladas no CEAF, foram atualizados os procedimentos para a aquisição e dispensação dos medicamentos.

Asses aqui a lista de medicamentos e seus valores de ressarcimento.

Para conhecer os medicamentos do CEAF:

Medicamentos do Grupo 1 do CEAF	Medicamentos do Grupo 2 do CEAF	Medicamentos do Grupo 3 do CEAF	Medicamentos do CEAF por CID
Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos	Recibo de Dispensação de Medicamentos do CEAF		

ASSUNTOS

Atenção Especializada e Hospitalar

Atenção Básica

Assistência Farmacêutica

Ciência e Tecnologia e Complexo Industrial

Gestão do SUS

Vigilância em Saúde

Participação e Controle Social

Repasse financeiros

Saúde para Você

Saúde Indígena

Saúde de A a Z

Trabalho, Educação e Qualificação

Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

SAÚDE NO BRASIL

Dados e Indicadores da Saúde

Informes de Arboviroses

Boletins epidemiológicos

Não identificamos informações que pudessem orientar aos cidadãos sobre a forma de acesso a esses medicamentos. As informações disponíveis são prioritariamente direcionadas para a estruturação da política. Quanto ao funcionamento da página, identificamos mais de um erro de execução, os já acima citados de abertura dos *links* CEAF e a impossibilidade de abertura do anexo “Medicamentos por procedimento - SIGTAP”, nas diversas tentativas realizadas. Com relação a apresentação, as páginas mantêm o padrão entre si, ao dispor de padronização de formatos, ícones, posicionamento dos elementos na tela, cores, logotipo e elementos comuns, preservando a identidade visual do *site*.

Em síntese, as páginas da política de AF atendem a 8 dos 9 atributos de eGOV, exceto formas diferenciadas de seleção do serviço, uma vez que há apenas um caminho a partir da página inicial, disponível pelo item de *menu* “Assistência Farmacêutica”, e atende a apenas parcialmente 1 dos 4 atributos da LAI (endereço, telefone e *e-mail*, mas não horário de funcionamento, em “Contatos”) (ANEXO E). Não foram atendidos os atributos: FAQ, identificação das fontes de informação e data da última atualização, indicando fragilidade na provisão de informações de forma adequada pelo Min. da Saúde, sobretudo na indicação do período de atualização do conteúdo. No teste realizado para verificação da funcionalidade da ferramenta “campo de busca”, a mesma se mostrou efetiva no retorno à pesquisa realizada. Pela possibilidade de se baixar arquivos (*download*) através da página eletrônica, como o formulário do LME, recibo e listas de medicamentos, a página se enquadra no nível de maturidade de interação, uma vez que possibilita algumas interfaces com o cidadão (ver Roteiro A, APÊNDICE D).

Quanto aos 11 atributos do CEAF, o *site* atende a 5 deles: informações gerais, identificação do componente, lista de medicamentos, PCDT e LME. Convém ressaltar, que alguns dos itens não identificados não correspondem a atuação do MS que é de estruturação da política pública de medicamentos, e não a oferta de serviços diretamente ao usuário, sendo dos estados o papel de gestão dela. No entanto, ainda que não seja a função de atendimento direto à população, seria desejável ao MS enquanto promotor/regulador da política nacional disponibilizar mais informações servindo de referência tanto para os cidadãos, quanto para dirimir dúvidas e uniformizar informações entre os serviços das SES, tais como: orientações para preenchimento do LME, dispor da relação de documentos necessários para o cadastro, prazos de validade dos documentos, informações sobre os fluxos de avaliação, dentre outros, não identificados (ver Roteiro B, APÊNDICE F).

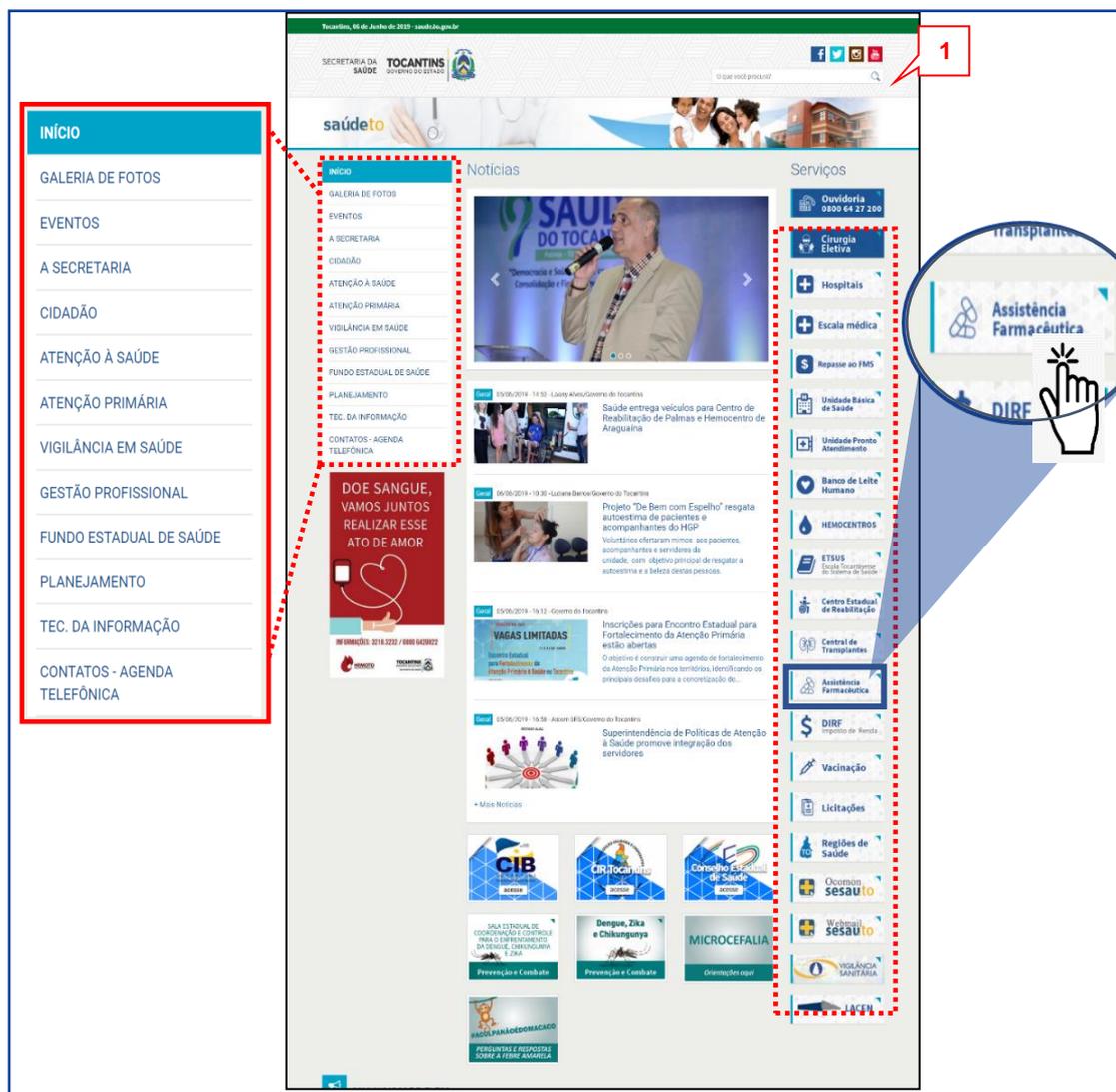
Na leitura direta dos textos das páginas eletrônicas do MS “Assistência Farmacêutica > Sobre a AF” (ANEXO G) e “Assistência Farmacêutica > CEAF” (ANEXO H) identificamos a predominância de termos técnicos, o que concorre para que o índice de legibilidade (ILT) enquadre o primeiro texto como de difícil compreensão, adequado para alunos cursando o ensino médio ou universitário, e o segundo texto de muito difícil compreensão, ou seja, um texto adequado à áreas acadêmicas específicas, como em concordância com a nossa percepção de leitura (APÊNDICE E). Por essas características, a página do MS apresenta perfil de conteúdo que tende a privilegiar profissionais da área da saúde e gestores, em detrimento do cidadão comum.

5.2 REGIÃO NORTE

5.2.1 Secretaria Estadual de Saúde/Tocantins

A página eletrônica de abertura da SES/TO (figura 28) dispõe, de acordo com os elementos de usabilidade e de *layout*, de apresentação organizada, com presença de fundo neutro, espaços em branco, alinhamento do texto à esquerda, dentre outros. As informações estão estruturadas no *menu* lateral esquerdo em seções (Início, Galeria de fotos, Eventos, A Secretaria, Cidadão, Atenção à saúde, Atenção Primária, Vigilância em saúde, Gestão Profissional, etc.); no *menu* lateral direito agrupadas na seção “Serviços”, dispostos em itens de *menu* (botões) (Ouvidoria, Cirurgia eletiva, Hospitais, Escala Médica, Repasse ao FMS, Unidade Básica de Saúde, Unidade Pronto Atendimento, **Assistência Farmacêutica**, etc.) e, em alguns *banners* temáticos (CIB, Microcefalia, etc.), além de notícias em destaque na parte central da página. A presença do botão permanente “Assistência Farmacêutica” na página de abertura facilita a identificação do conteúdo logo no primeiro acesso. Também é possível identificar o campo de busca no canto superior direito (1). A página não disponibiliza o mapa do *site*.

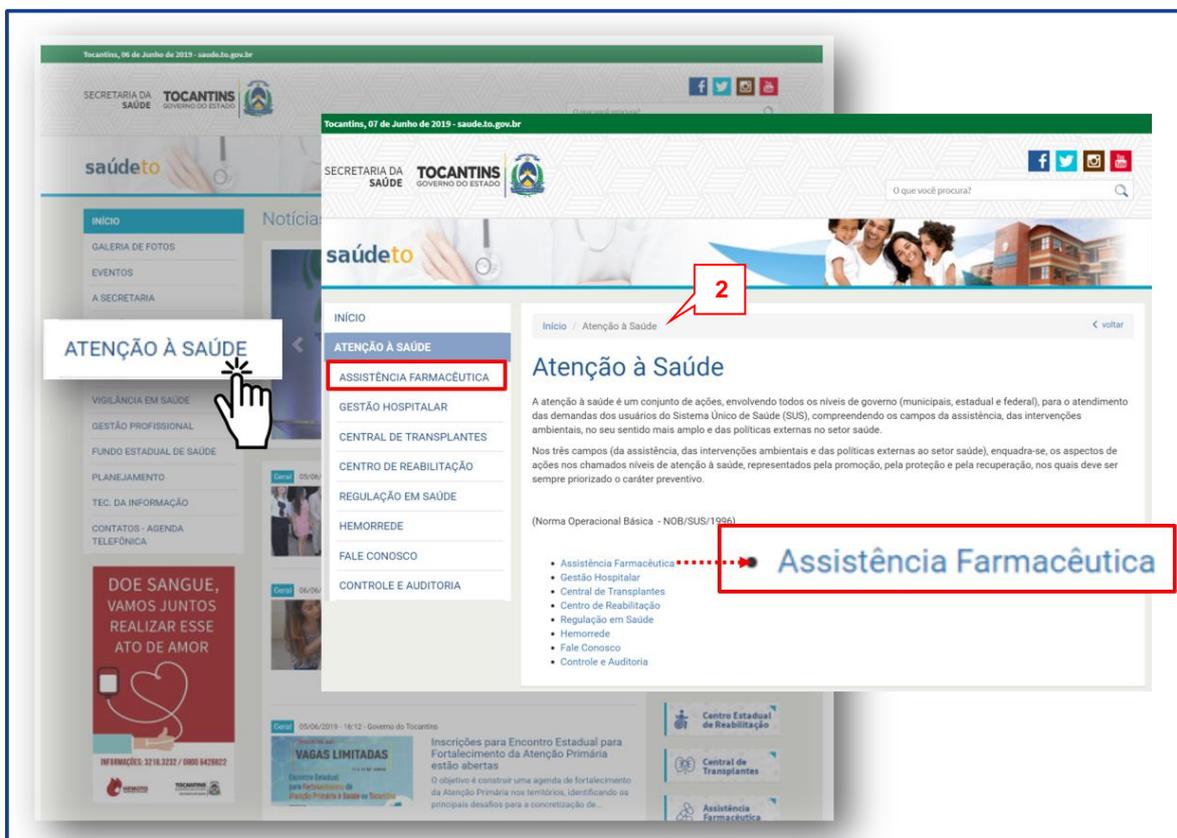
Figura 28 – Página inicial - SES/TO



Fonte: www.saude.to.gov.br

Além do referido botão “AF”, o acesso à página de medicamentos ocorre também pelo *link* “Atenção à Saúde” (figura 29). Esta se apresenta de forma sucinta, organizada em lista de serviços, dentre eles a Assistência Farmacêutica. Na página podemos observar a presença da ferramenta barra de estado (2). Na área destinada ao “Cidadão” não localizamos conteúdo referente à política de AF, tendo apenas os serviços: cartão SUS, cirurgias eletivas, escalas, ouvidoria do SUS, produtividade e vacinação (ANEXO I). Desse modo, a navegação para o acesso às informações sobre a AF é possível por esses dois caminhos que direcionam para uma mesma página.

Figura 29 – “Início > Atenção à Saúde” - SES/TO



Fonte: www.saude.to.gov.br

A página da AF apresenta uma breve descrição sobre os objetivos e atividades da política de Assistência Farmacêutica, a relação das unidades de atendimento com respectivos endereços e telefones das farmácias e *links* para cada um dos seus componentes, incluindo o CEAF. Além desses, há o *link* para “solicitação de medicamentos” (figura 30).

Figura 30 – Página da Assistência Farmacêutica - SES/TO

Tocantins, 07 de Junho de 2015 - saude.to.gov.br

SECRETARIA DA SAÚDE TOCANTINS GOVERNO DO ESTADO

O que você procura?

saúde.to

INÍCIO

ATENÇÃO À SAÚDE

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

GESTÃO HOSPITALAR

CENTRAL DE TRANSPLANTES

CENTRO DE REABILITAÇÃO

REGULAÇÃO EM SAÚDE

HEMORREDE

FALE CONOSCO

CONTROLE E AUDITORIA

Início / Atenção à Saúde / Assistência Farmacêutica

Assistência Farmacêutica

Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde - Tocantins

A Assistência Farmacêutica (AF) tem como principal objetivo a execução de ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos que tenham qualidade, segurança e eficácia, promovendo o seu uso racional, sob orientação técnica e em estreita consonância com a Política Nacional de Saúde e de Assistência Farmacêutica.

A AF desenvolve suas atividades através da execução do Componente Especializado (CEAF) e dos Componentes Básico (CBAF) e Estratégico (CESAF) da Assistência Farmacêutica.

Unidades no Tocantins

Palmas

Endereço: Quadra 104 Norte, Avenida LO-04, conjunto 04, lote 46, Centro, Cep 77.006-032
Fone: (63) 3218 3200

Araguaína

Endereço: Rua Castelo Branco, nº 1353 - Prédio do E Pra Já. CEP: 77.000-000
Fone: (63) 3411-2971

Gurupi

Endereço: Rua Presidente Juscelino Kubitschek, nº 1353 - Prédio do E Pra Já. CEP: 77.000-000
Fone: (63) 3351 1460

Porto Nacional

Endereço: Prédio de Atendimento do Hospital Regional de Porto Nacional
Fone: (63) 3453 8438

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)
- Solicitação de Medicamentos

Entrega de medicamentos - Frederick Borges/ Governo do Tocantins

162 Ouvidoria Geral do Estado do Tocantins

Acesso à Informação

SIC Serviço de Informação ao Cidadão

Portal da Transparência Transparencia.to.gov.br

Facebook @governadotocantins

Fonte: www.saude.to.gov.br

A página do CEAF (figura 31), que se dá pelo *link* na página da AF, por sua vez, também dispõe de apresentação sucinta sobre o componente especializado, *links* para a relação de medicamentos organizados por grupos (grupo 1A, 1B, 2 e 3) e por procedimento (tabela Sigtap), formulário do LME e recibo de dispensação.

Já a página denominada “Solicitação de Medicamentos” apresenta apenas a portaria estadual que trata das solicitações no estado pela via judicial, não ofertando informações para as demais solicitações da AF (ANEXO J). Desse modo, a página não disponibiliza informações suficientes para o acesso aos medicamentos do CEAF, como apresentado a seguir. As páginas mantêm o padrão entre si, ao dispor de formatos com padronização de ícones, o posicionamento dos elementos na tela, cores, logotipo e elementos comuns, mantendo a identidade visual do *site*.

Figura 31 – Página do Componente Especializado - SES/TO

Tocantins, 07 de Junho de 2019 - saude.to.gov.br

SECRETARIA DA SAÚDE TOCANTINS GOVERNO DO ESTADO

O que você procura?

saúde.to

INÍCIO

ATENÇÃO À SAÚDE

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

GESTÃO HOSPITALAR

CENTRAL DE TRANSPLANTES

CENTRO DE REABILITAÇÃO

REGULAÇÃO EM SAÚDE

HEMORREDE

FALE CONOSCO

CONTROLE E AUDITORIA

Início / Assistência Farmacêutica / Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) < voltar

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

Componente Especializado

Os medicamentos do Componente Especializado (CEAF) são indicados para o tratamento de doenças crônicas ou de maior complexidade, em nível ambulatorial, dispensados em Farmácias Especializadas, com unidades em Palmas, Araguaína, Gurupi e Porto Nacional.

O fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS).

O fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS).

O cadastro do usuário na Assistência Farmacêutica (AF) ocorre após a confirmação do diagnóstico pelo médico assistente, podendo o usuário vir da rede particular ou da rede pública de saúde.

Acesse aqui a Portaria GM/MS nº 1554 de 30 de julho de 2013, alterada pela Portaria GM/MS nº 1996 de 11 de setembro de 2013. Para conhecer os anexos da Portaria GM/MS nº 1554/2013, acesse os links abaixo:

- Anexo I - Medicamentos do Grupo 1A e 1B do CEAF
- Anexo II - Medicamentos do Grupo 2 do CEAF
- Anexo III - Medicamentos do Grupo 3 do CEAF
- Anexo IV - Medicamentos por Procedimento - SIGTAP
- Anexo V - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos
- Anexo VI - Recibo de Dispensação de Medicamentos do CEAF

162 Ouvidoria Geral do Estado do Tocantins

Acesso à Informação

SIC Serviço de Informação ao Cidadão

Portal da Transparência Transparencia.to.gov.br

Facebook /GovernoDoTocantins

- Anexo I - Medicamentos do Grupo 1A e 1B do CEAF
- Anexo II - Medicamentos do Grupo 2 do CEAF
- Anexo III - Medicamentos do Grupo 3 do CEAF
- Anexo IV - Medicamentos por Procedimento - SIGTAP
- Anexo V - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos
- Anexo VI - Recibo de Dispensação de Medicamentos do CEAF

Fonte: www.saude.to.gov.br

Em síntese, a página da AF atende a 8 dos 9 atributos de eGOV exceto a presença do mapa do *site* e, a apenas parcialmente 1 dos 4 atributos da LAI (endereço e telefone, mas não horário de funcionamento) (figura 30), não atendendo FAQ, identificação das fontes de informação e data da última atualização. No teste realizado

para verificação da funcionalidade da ferramenta “campo de busca”, ela não retornou resultados à pesquisa, não se mostrando, portanto, efetiva na busca por palavras chave. Ao possibilitar algumas interfaces com o cidadão pela página eletrônica - baixar arquivos (*download* da lista de medicamentos, LME e recibo), essa se enquadra no nível de maturidade de interação, (ver Roteiro A, APÊNDICE D).

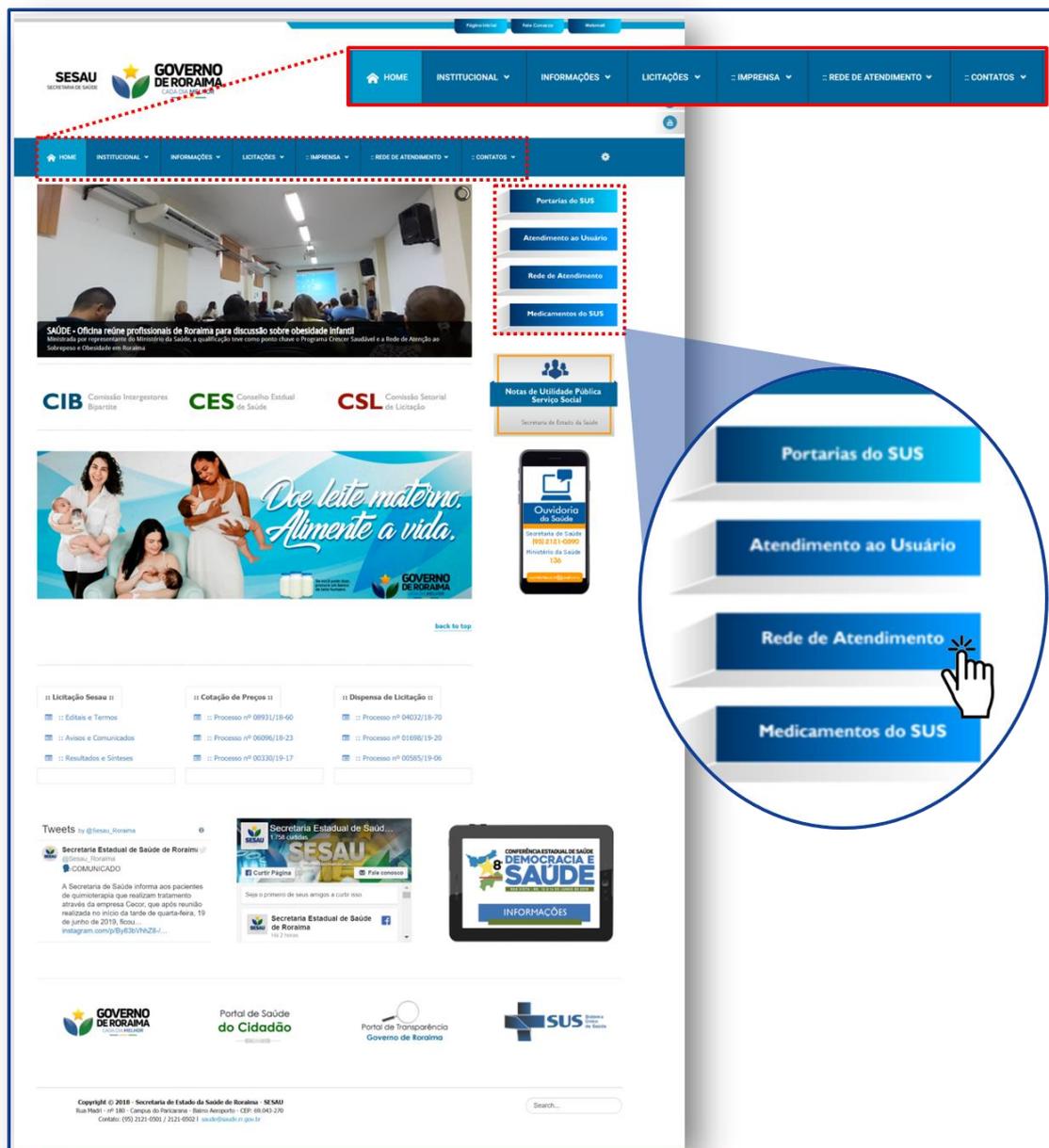
Quanto aos 11 atributos do CEAF, o *site* atende a apenas 3 deles (informações gerais sobre AF, lista de medicamentos e LME), se mostrando frágil no fornecimento de informações voltadas para o acesso aos serviços da AF como um todo e, especificamente, os relativos ao CEAF (ver Roteiro B, APÊNDICE F).

Na leitura direta do texto das páginas eletrônicas do Tocantins (“Assistência Farmacêutica” e “Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)” (ANEXO K) identificamos a predominância de termos técnicos, o que concorre para que o índice de legibilidade enquadre os textos como de difícil e de muito difícil compreensão, ou seja, textos adequados para alunos cursando o ensino médio ou universitário ou áreas acadêmicas específicas, respectivamente (APÊNDICE E).

5.2.2 Secretaria Estadual de Saúde/Roraima

A página eletrônica de abertura da SES/RR possui, de acordo com as características do *design* da informação, aspecto agradável, leve e organizado. Não há mapa do *site*, campo de busca ou barra de estado. As informações estão agrupadas no menu principal superior (*Home*, Institucional, Informações, Licitações, Imprensa, Rede de atendimento e Contatos), e dispostas no *menu* lateral direito em quatro botões principais: Portarias do SUS, Atendimento ao Usuário, Rede de atendimento e **Medicamentos do SUS**, dentre outros, além da matéria de destaque e outros conteúdos. A presença do *banner* permanente “Medicamentos do SUS” na página principal possibilita o acesso à informação sobre a AF de forma fácil e intuitiva (figura 32).

Figura 32 - Página inicial – SES/RR



Fonte: www.saude.rr.gov.br

Outro caminho possível para o acesso à página da AF é por meio do *banner* “Rede de atendimento” disposto, conforme referido, no *menu* principal superior e *menu* lateral direito (figura 33).

Figura 33 - “Rede de atendimento > Central de AF” - SES/RR



Fonte: www.saude.rr.gov.br

Embora a página da SES/RR disponha de mais de um caminho para o conteúdo sobre a AF, “Medicamentos do SUS” e “Rede de atendimento > Central de AF”, há pouca informação disponível em todo o *site*. Todo conteúdo disponibilizado sobre a política pública de medicamentos encontra-se nas figuras 34 e 35 que apresentam uma breve descrição dos temas “Medicamentos no SUS” e “Central de AF”, respectivamente. Em “Contatos” podemos encontrar o nome do responsável e telefone da Coordenadoria da AF (ANEXO L).

Figura 34 - “Home > Medicamentos do SUS” - SES/RR



Fonte: www.saude.rr.gov.br

Figura 35 – “Rede de Atendimento > Central de AF” - SES/RR



Fonte: www.saude.rr.gov.br

Em resumo, a página da AF atende a 5 dos 9 atributos de eGOV exceto a presença do mapa do *site*, campo de busca, barra de estado e alinhamento do texto à esquerda, e atende apenas parcialmente 1 dos 4 atributos da LAI (endereço e telefone, não dispondo dos horários da unidade de atendimento). Pela impossibilidade de se baixar arquivos ou realizar qualquer transação através da página eletrônica, a página se enquadra no nível de maturidade de informação (ver Roteiro A, APÊNDICE D).

Quanto aos 11 atributos do CEAF, o *site* atende a apenas 3 deles, que são as informações gerais sobre a política, e no texto “Medicamentos no SUS” em que refere verificar na RENAME para identificação de qual componente o medicamento de interesse integra e, a lista de medicamentos (*link* para RENAME na página do MS). Desse modo, sendo insuficiente na provisão de informações para a política de medicamentos especializados. Ainda, na descrição do referido texto, há informação fora de conformidade com a normatização da política, a qual prevê atendimento de pacientes de origem da rede SUS e privado. O texto infere atendimento unicamente de origem SUS, ao indicar erroneamente que o usuário necessita ser atendido por médico credenciado ao SUS, configurando, portanto, limitação de acesso de forma inadequada (ver Roteiro B, APÊNDICE F).

Na leitura direta dos textos das páginas eletrônicas de Roraima “Medicamentos do SUS” e “Central de Assistência Farmacêutica” (ANEXO M) identificamos a predominância de termos técnicos, o que concorre para que o índice de legibilidade enquadre os textos como de muito difícil compreensão, ou seja, textos adequados apenas para áreas acadêmicas específicas (APÊNDICE E).

5.3 REGIÃO SUDESTE

5.3.1 Secretaria Estadual de Saúde/São Paulo

A página inicial da SES/SP (figura 36) apresenta elementos de usabilidade e de desenho que de forma geral a caracterizam como uma página limpa e organizada, que facilitam a navegabilidade e propiciam a busca de informações. A página dispõe de mapa do *site* (1) e campo de busca (2). As informações estão organizadas no *menu* principal superior (Institucional, Notícias, Legislação, *Sites* de interesse e Fale Conosco) e, por perfis de usuário variando a informação de acordo com o perfil de acesso (Cidadão, Gestor e Profissional da saúde), além da matéria de destaque no centro da página, dentre outros arquivos de conteúdo.

Em cada perfil de usuário há o recurso de “acesso rápido” em que alguns serviços ficam em destaque como itens de *menu* (*links*) de acesso direto. No perfil “Cidadão” encontra-se dentre os destaques do “acesso rápido” o *link* **Medicamentos**, proporcionando, dessa forma, o acesso para o serviço de AF de forma fácil e intuitiva.

Já na área do Gestor há o *link* para a “Comissão de Farmacologia da SES/SP” que, além de outros conteúdos, direciona para a página “Medicamentos”. Na área do profissional da saúde, o mesmo *link* para a “Comissão de Farmacologia da SES/SP” comum ao perfil Gestor está disponível em “Outros destaques”. Todos os *links* referidos em cada um dos perfis, direcionam para a mesma página “Medicamentos”.

Desse modo, o acesso à página da AF é possível por mais de um caminho: pelos perfis de usuários (Cidadão, Gestor e Profissional da Saúde) (ANEXO N) e também, pelo item de *menu* principal superior “Fale Conosco” que está disposto em forma de FAQ com pergunta relacionada a medicamentos com *link* para AF (no entanto, esta apresentou erro ao não possibilitar abertura da página) (ANEXO O).

Figura 36 - Página inicial – SES/SP

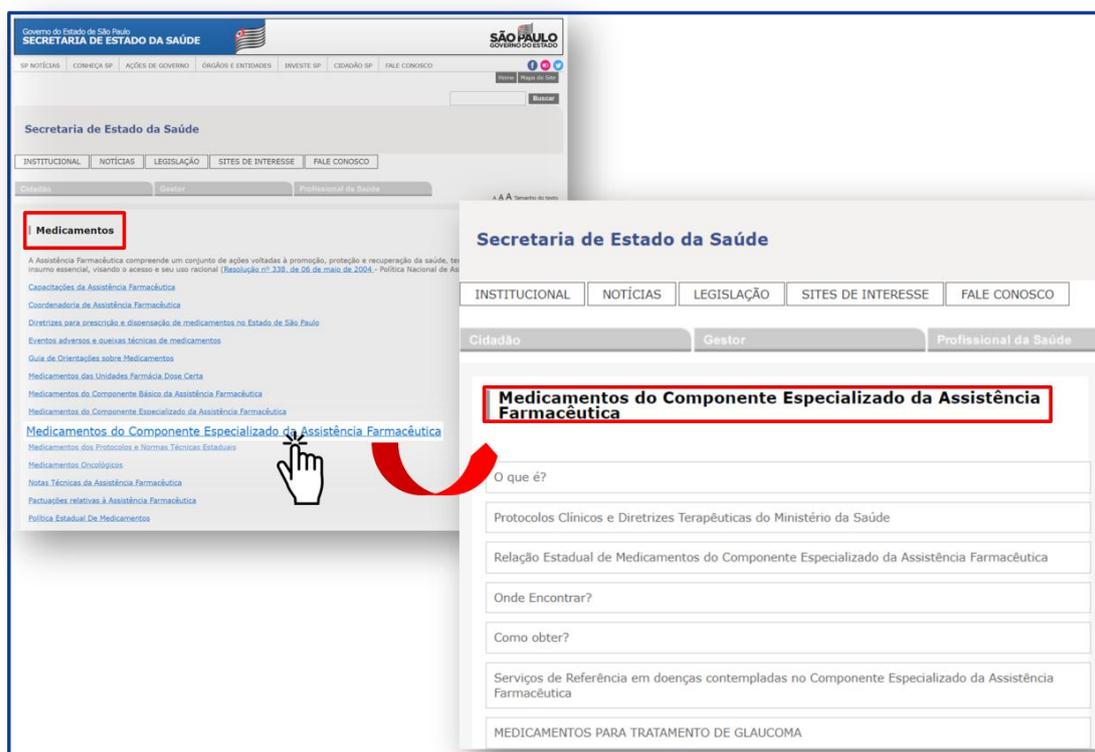
The image shows the homepage of the Secretaria de Estado da Saúde (SES) of São Paulo. At the top, there is a navigation menu with links for INSTITUCIONAL, NOTÍCIAS, LEGISLAÇÃO, SITES DE INTERESSE, and FALE CONOSCO. Below this is a user profile bar with tabs for Cidadão (selected), Gestor, and Profissional da Saúde. The main header includes the logo of the Government of São Paulo and the text 'SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE'. A search bar is located on the right side, with a 'Buscar' button and a 'Pesquisar no site' label. The left sidebar contains a 'Temas de Saúde' menu and an 'Acesso Rápido' section with links to 'Medicamentos' and 'Ouvidoria na Saúde'. The main content area features a large banner for dengue prevention with the text 'AJUDE A SALVAR VOCÊ E SUA FAMÍLIA DO MOSQUITO DA DENGUE'. Below the banner are sections for 'Destaque' (highlighting a new clinic and vaccination news) and 'Outros Destaques' (including blood donation, Sarampo alert, and yellow fever control). There are also sections for 'Veja Também' and 'Agenda'.

Fonte: www.saude.sp.gov.br

Na página “Medicamentos” (figura 37), comum aos três perfis de usuários, há

uma descrição sintética sobre a assistência farmacêutica e *links* diversos que contemplam informações e orientações gerais e abrangentes sobre a política estadual de medicamentos, tais como: Capacitações, Coordenadoria de AF, Diretrizes para prescrição e dispensação no estado, Notas técnicas, Pactuações e Política Estadual de Medicamentos, conteúdo organizado por Componentes da AF, dentre outros. Do mesmo modo, a página do CEAF (figura 37) reúne diversas informações estabelecidas em *links*, tais como: “o que é?”, PCDTs, Relação Estadual de Medicamentos, “Onde Encontrar?”, “Como obter?”, dentre outros. A forma de organização dos conteúdos estabelecida por perguntas curtas, simples e diretas, favorece a encontrabilidade da informação, descomplicando o seu acesso. Desta forma, a página contempla o público a qual o conteúdo está direcionado, que é o cidadão.

Figura 37 – Página “Medicamentos” e “Medicamentos do CEAF” – SES/SP



Fonte: www.saude.sp.gov.br

A partir da página do CEAF, e seguindo os *links* dos conteúdos conforme figura anterior, podemos destacar a página que se segue em “O que é?” (figura 38), a qual

apresenta a descrição do CEAF, sua organização em grupos de medicamentos, a base legal e *links* para os PCDTs e Rename, dentre outros.

Figura 38 - “Medicamentos do CEAF > O que é?” – SES/SP

Governo do Estado de São Paulo
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SP NOTÍCIAS CONHEÇA SP AÇÕES DE GOVERNO ÓRGÃOS E ENTIDADES INVESTE SP CIDADÃO SP FALE CONOSCO

Secretaria de

INSTITUCIONAL

Cidadão

Medicamentos Farmacêuticos

O que é?

Protocolos C

Relação Estadual d

Onde encontrar?

Como obter?

Serviços de Referência Farmacêutica

MEDICAMENTOS PA

O que é?

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em publicados [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#), publicadas pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos que fazem do Componente estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas. Estes grupos são definidos de acordo com os seguintes critérios:

- I - complexidade do tratamento da doença;
- II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e
- III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

Grupo 1:

- I - maior complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente;
- II - refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento;
- III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o CEAF;
- IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

Este grupo subdivide-se em:

- Grupo 1A: medicamentos financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde;
- Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde e adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Grupo 2:

- I - menor complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1;
- II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento.

Estes medicamentos são financiados e adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Grupo 3:

- I - fármacos constantes na [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais](#) vigente, considerados como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas no CEAF.

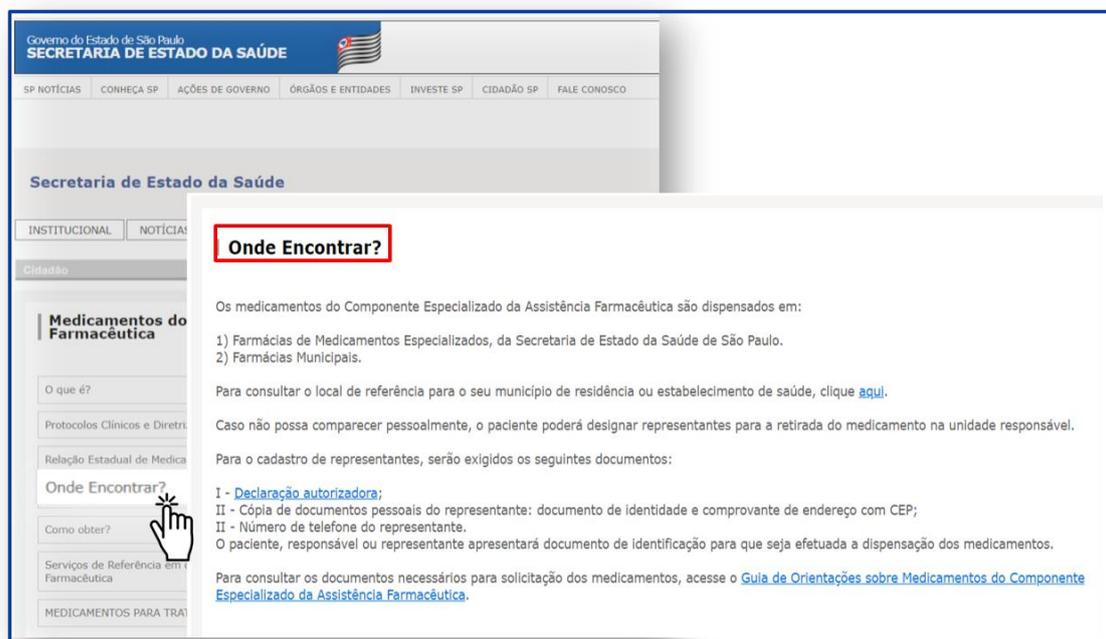
Estes medicamentos estão sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, no âmbito do [Componente Básico da Assistência Farmacêutica](#).

O CEAF é regulamentado pelas Portarias GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, retificadas em Diário Oficial em 13 de abril de 2018.

Fonte: www.saude.sp.gov.br

Outro destaque, a partir da página do CEAF (figura 39), é a página que se segue a partir do *link* “Onde encontrar?”, que dispõe de orientações gerais para a etapa de solicitação do CEAF, os documentos necessários para cadastro de representante legal do paciente, e *links* para a relação de unidades de atendimento com referenciamento por municípios, com endereço e telefone das mesmas e a relação de documentos organizados por medicamentos através do “Guia de Orientações sobre medicamentos do CEAF”.

Figura 39 - “Medicamentos do CEAF > Onde encontrar?” – SES/SP



Fonte: www.saude.sp.gov.br

Na página do CEAF ainda (figura 37), é possível acessar os Protocolos Clínicos (ANEXO P), a “Relação estadual de medicamentos do CEAF”, sendo possível selecionar por medicamento ou PCDT (doença) (ANEXO Q e R) e orientações de como obter os medicamentos que são organizados em formato de guia por medicamento, em “Como obter?” (ANEXO S), dentre outros.

Desse modo, a página eletrônica da SES reúne diversas e importantes informações para acesso ao CEAF, com guias completos para orientações de acesso tanto por medicamento, quanto por doença, o que facilita a busca de informações sobre o acesso à política de medicamentos da AF e, especificamente sobre o CEAF. As páginas mantêm o padrão de apresentação e formatos entre si, promovendo adequada navegabilidade.

Em síntese, a página da AF atende a 8 dos 9 atributos de eGOV, não apresentando unicamente, a barra de estado ou “migalha de pão”. Contudo, apenas 2 dos 4 atributos da LAI foi atendido, a saber: presença de endereços e telefones das respectivas unidades (mas não horários de atendimento ao público) e FAQ. No teste realizado para verificação da funcionalidade da ferramenta “campo de busca”, a mesma

mostrou-se efetiva no retorno à pesquisa realizada. Em relação à maturidade do serviço público em formato eletrônico, a página da SES/SP pode ser categorizada como no nível de interação, uma vez que permite interface entre a página e o usuário, ao possibilitar baixar formulários e outros documentos (relação de locais de cadastro, Guia do usuário, etc.) (ver Roteiro A, APÊNDICE D).

Quanto aos 11 atributos do CEAF (ver Roteiro B, APÊNDICE F), o *site* atende a 8 deles, mas não tem prazos de validade dos documentos especificados para o cadastro e período de renovação, além da falta de informações sobre o fluxo de avaliação (como é feito, tempo de análise) e orientações para preenchimento do LME. Apesar disso, a página da AF reúne diversos elementos positivos voltados para o acesso aos serviços da AF como um todo e, especificamente, os relativos ao CEAF, com destaque para os guias organizados por medicamento e por PCDT. Podemos destacar ainda o “Guia de orientação sobre medicamentos” disponibilizado no Anexo T, documento voltado para o público leigo com o objetivo de orientar o paciente que utiliza os serviços do SUS quanto ao uso correto e guarda dos medicamentos, com textos curtos e variedade de imagens coloridas.

Embora a presença positiva da variedade de conteúdo e organização, quanto à clareza e linguagem adotadas, os textos analisados (“CEAF > O que é?” e “CEAF > Onde encontrar?”) (ANEXO U) apresentaram predominância de linguagem técnica. Na construção do índice de legibilidade os textos foram classificados como de difícil e muito difícil compreensão, isto é, textos adequados para alunos cursando o ensino médio ou universitário e, áreas acadêmicas específicas, respectivamente (APÊNDICE E).

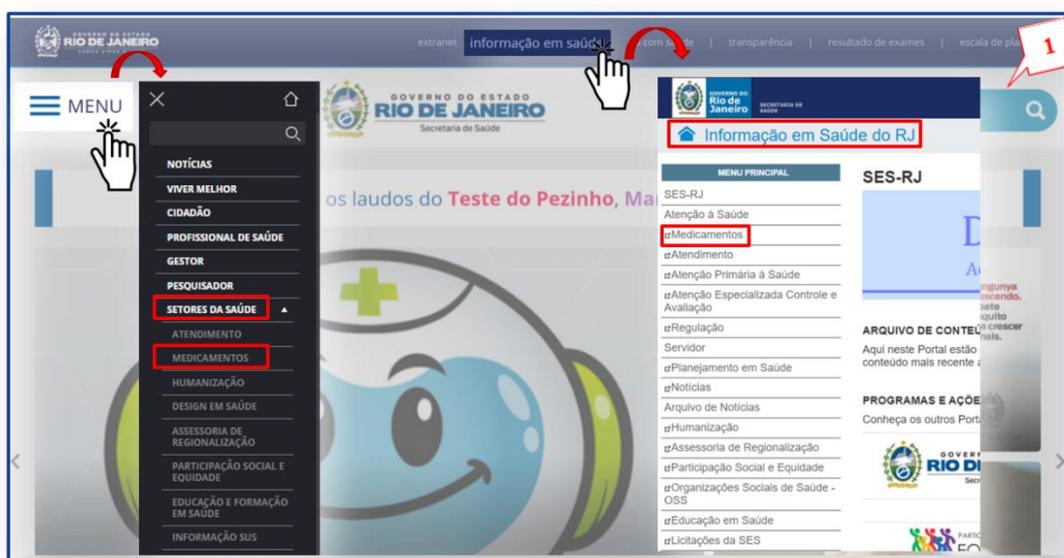
5.3.2 Secretaria Estadual de Saúde/Rio de Janeiro

A página inicial da SES/RJ é uma página extensa, e de elevada carga informacional. Essa caracterização se deve pela presença de conteúdos que ultrapassam a barra de rolagem vertical e pelo excesso de imagens, algumas em permanente movimento. A página possui campo de busca (1) e mapa do *site* localizado no rodapé da página (não visível nessa imagem). Está estruturada em 3 grandes blocos: a) “*Menu*” (com vários itens incluindo “**Medicamentos**”), na barra de *menu* principal superior os itens: Extranet, Informação em saúde, Rio com saúde, Transparência, Resultado de

exames e escala de plantões e, imagens e conteúdos em destaque; b) “Serviços e informações em saúde” com conteúdos diversos organizados por formas diferenciadas de acesso (perfil do usuário: Cidadão, Profissional de saúde, Gestor, Pesquisador, e Setores da saúde) e campo de pesquisa da rede de atendimento – “Tem Dúvida?” e, c) mais caixas de imagens e conteúdos variados - *banners* temáticos (Gravidez na adolescência, Obesidade, etc.) (ANEXO V).

O acesso às informações sobre medicamentos se dá por mais de uma forma, podendo ocorrer por: “Menu > Setores da Saúde > Medicamentos”, “Informação em Saúde > Medicamentos” (figura 40), e por perfil de usuário em “Serviços e informações em saúde > Cidadão” que possui campo de busca para os serviços prestados pela SES. Esses três caminhos possíveis direcionam o usuário para uma mesma página “Medicamentos”. Contudo, o resultado da busca realizada no perfil cidadão apresentou baixa especificidade ao retornar diversas matérias, e misturada dentre elas o *link* para a página de medicamentos, que tende a dificultar o uso efetivo da ferramenta (ANEXO W).

Figura 40 - “Página inicial (> Menu) e (> Informação em Saúde)” - SES/RJ



Fonte: www.saude.rj.gov.br

A página “Medicamentos” (figura 41) possui reduzida carga informacional e está organizada no *menu* lateral esquerdo em itens de *menu*: Comunicados, Lista de medicamentos, Medicamentos Básicos, **Medicamentos Especializados**, Medicamentos Estratégicos, Notas técnicas, Legislação e Conheça a SAFIE, além de outras

informações. No item de *menu* “Lista de Medicamentos”, é possível identificar o nome genérico do produto diretamente na lista (apresentada em ordem alfabética) ou pesquisar no campo de busca disponível. Ainda, para cada medicamento é apresentada uma ficha técnica que identifica o componente que faz parte, as quantidades máximas autorizadas por paciente e as doenças cobertas (CID10). Na figura é possível identificar a barra de estado (2).

Figura 41- “Medicamentos > Lista de Medicamentos” - SES/RJ

The screenshot displays the 'Lista de Medicamentos' interface. At the top, there is a search bar labeled 'Medicamentos' and a 'PROCURAR' button. Below the search bar is a list of medications, including Abacavir, Abatacepte, Acetazolamida, Aciclovir, Ácido acetilsalicílico, Ácido Fólico, Ácido salicílico, Ácido Tranexâmico, Acitretina, Adalimumabe, and Adefovir. A detailed view for 'Abatacepte 125 mg Injetável (por seringa preenchida)' is shown, including its procedure code (06.04.32.014-0), group (05 - Medicamentos), sub-group (04 - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)), form of organization (32 - Imunossuppressores seletivos), maximum quantity (5), minimum age (18 years), and maximum age (130 years). The CID is M050 Síndrome de Felty, M053 Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas, M058 Outras artrites reumatóides soro-positivas, M060 Artrite reumatóide soro-negativa, and M068 Outras artrites reumatóides especificadas. A red box highlights the 'Medicamentos' menu item, and a red arrow points to the search bar. A red box with the number '2' is in the top right corner.

Fonte: www.saude.rj.gov.br

Já a página dos Medicamentos Especializados, de maior volume informacional, dispõe das informações agrupadas por assuntos no *menu* lateral esquerdo: “Sobre medicamentos especializados”, com uma breve descrição e *link* para os PCDTs (ANEXO X), “Como ter acesso” (figura 42) há orientações sobre a solicitação de medicamentos do CEAF no estado, a relação de documentos necessários para o cadastro e *links* para o formulário LME e lista de medicamentos de controle especial. Ainda, é disponibilizado *link* para o automatizador do LME, que é um programa que possibilita o

preenchimento eletrônico desse formulário.

Figura 42 - “Medicamentos Especializados > Como ter acesso” – SES/RJ

Fonte: www.saude.rj.gov.br

Em “Locais de cadastro e retirada” (figura 43) é possível acessar uma extensa relação com endereços e telefones das farmácias do CEAF de todo o estado, constando o horário de funcionamento apenas na farmácia da capital – Riofarmes. Em “Perguntas frequentes sobre Medicamentos Especializados”, também na figura 43, é possível obter de forma objetiva e direta informações específicas sobre o CEAF, estruturadas em forma de perguntas e respostas – FAQ. Nessa página, estão listadas as dúvidas mais frequentes dos usuários, englobando perguntas relacionadas às diversas etapas de execução do componente.

As páginas eletrônicas da SES/RJ apresentam padronização dos formatos, mantendo sua identidade visual.

Figura 43 - “Medicamentos Especializados” (> Locais de cadastro) e (> Perguntas frequentes) – SES/RJ

The screenshot displays the website interface for 'Medicamentos' on the SES/RJ portal. The top navigation bar includes 'Medicamentos', 'medicamentos especializados', and 'locais de cadastro e retirada de medicamentos do ceaf'. A sidebar on the left lists various categories, with 'MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS' highlighted. The main content area is divided into two columns. The left column lists several locations for specialized medications, each with its name, address, and contact information. The right column features a 'Perguntas Frequentes sobre Medicamentos Especializados' section, which contains several questions and answers related to the LME (Laudo de Solicitação de Medicamentos) process, including questions about the validity of LMEs, the number of medications that can be requested, and the requirements for the CEAF/RJ process.

Fonte: www.saude.rj.gov.br

Em síntese, a página da AF/RJ atende a 8 dos 9 atributos de eGOV, não atendendo acesso à informação de forma fácil intuitiva, ao não dispor diretamente na página inicial de *link* ou botão que direcione para a página de medicamentos, sendo necessário acessar pelos caminhos descritos anteriormente. Quanto aos 4 atributos da LAI, não atende a 2 destes: identificação das fontes de informação e data da última atualização. No teste realizado para verificação da funcionalidade da ferramenta “campo de busca”, a mesma se mostrou efetiva. Pela possibilidade de se baixar arquivo (*download* do LME e automatizador) através da página eletrônica, a página se enquadra no nível de maturidade de interação, uma vez que possibilita algumas interfaces com o cidadão (ver Roteiro A, APÊNDICE D).

Quanto aos 11 atributos do CEAF (ver Roteiro B, APÊNDICE F), o *site* atende a 10 deles, isto é, cumpre quase a totalidade dos quesitos analisados, uma vez que na página de medicamentos especializados encontra-se uma série de informações que orientam o usuário no acesso ao CEAF. A página não atende apenas as orientações para preenchimento do LME.

Na leitura direta do texto da página eletrônica do Rio de Janeiro “Medicamentos Especializados > Como ter acesso” (ANEXO Y) e “Medicamentos Especializados > Perguntas frequentes” (ANEXO Z) identificamos a predominância de termos técnicos, o que concorre para que o índice de legibilidade enquadre os textos como de difícil compreensão, ou seja, textos adequados a alunos cursando o ensino médio ou universitário. Contudo, em acordo com a nossa percepção de mais fácil entendimento, o texto do FAQ obteve índice numericamente elevado (46,82), se aproximando do nível de fácil compreensão (índice entre 50 e 75), além de ser abrangente no conteúdo (APÊNDICE E).

5.4 REGIÃO NORDESTE

5.4.1 Secretaria Estadual de Saúde/Paraíba

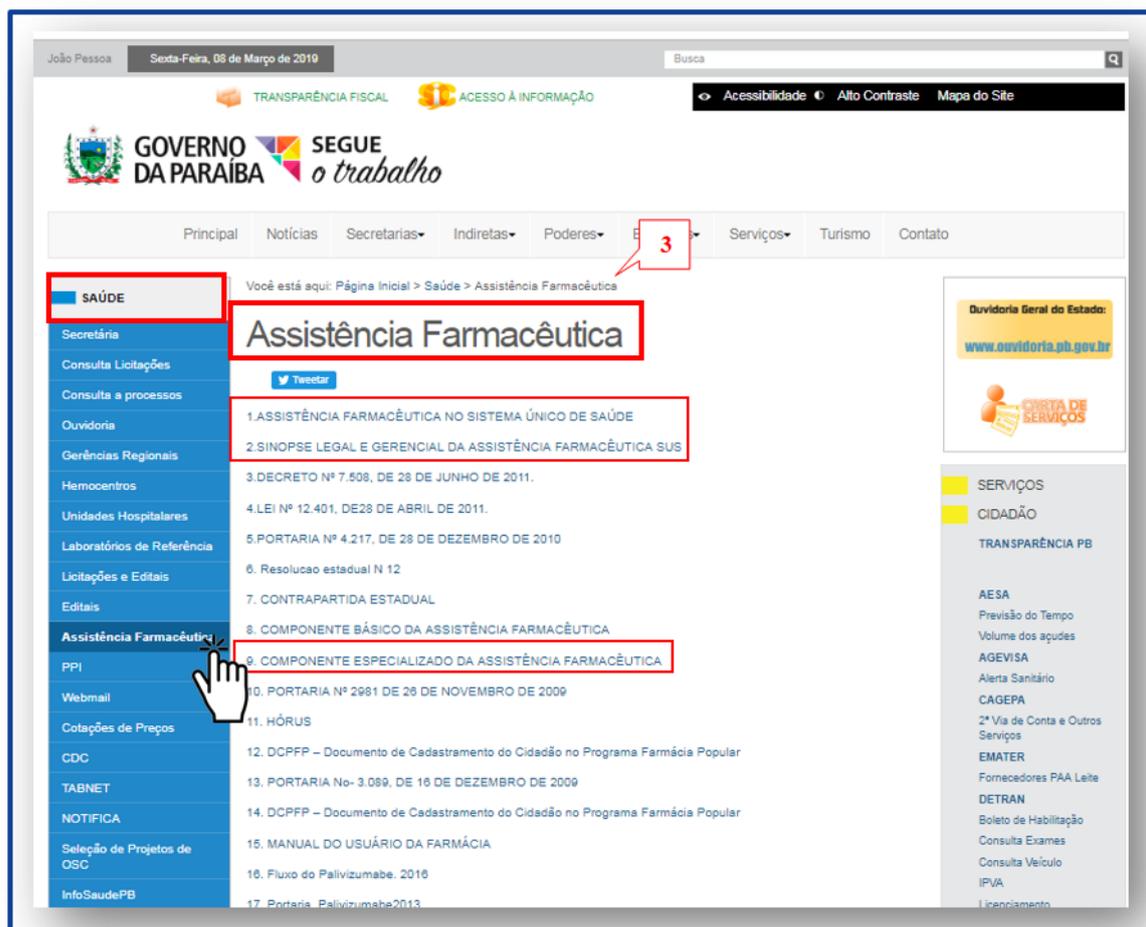
A página eletrônica de abertura da SES/PB, ou página inicial (figura 44), apresenta elevado nível de carga informacional, com excessos de *links* e *banners* de conteúdo. Disponibiliza campo de busca (1) e mapa do *site* (2). Apresenta o *menu* principal superior (Principal, Notícias, Secretarias, Indiretas, Poderes, Especiais, Serviços, Turismo, Contato), *menu* lateral esquerdo “Saúde” com diversos itens de *menu* (uma lista de serviços por assuntos variados, aparentemente sem critério de ordenação, dentre os quais o *link* “Assistência Farmacêutica”), conteúdos organizados por perfil de usuários (Serviços, Cidadão, Empresa e Serviços) e outros conteúdos em destaque. O acesso à página de medicamentos ocorre unicamente pelo *link* “AF” acima referido (*menu* “Saúde”). Outro caminho possível seria pelo *menu* “Serviços”, no qual encontra-se o *link* “Saúde – Lista de medicamentos”. Contudo, em diversas tentativas realizadas, nenhuma página foi aberta a partir deste. No perfil destinado ao cidadão (*menu* lateral direito - botão “Cidadão”) não foi identificado nenhum serviço relacionado à saúde.

Figura 44 - Página inicial – SES/PB

Fonte: www.saude.pb.gov.br

A página da Assistência Farmacêutica (figura 45) reúne poucos elementos voltados para os cidadãos referente aos serviços de AF em geral e, especificamente para o CEAF, dispendo de uma lista de documentos e legislações diversas. Os itens 1, 2 e 9, denominados “Assistência Farmacêutica”, “Sinopse legal e gerencial da AF” e, “CEAF”, respectivamente são os únicos documentos relacionados com a política de medicamentos. Identificamos a presença da barra de estado ou migalha de pão (3).

Figura 45 – Página da Assistência Farmacêutica – SES/PB



Fonte: www.saude.pb.gov.br

Os documentos, contudo, apresentam conteúdo técnico e de gestão, não voltados para o público geral. O item 1 “Assistência Farmacêutica no SUS” trata de aspectos técnicos e legais da referida política (figura 46); no item 2 intitulado “Sinopse legal e gerencial da Assistência Farmacêutica SUS” há um breve resumo de documentos para acesso e base legal desatualizada. O item 9 “Componente Especializado da Assistência Farmacêutica” retorna apenas a lista de medicamentos organizados por grupo de competência (figura 47). As páginas mantêm o padrão entre si, dada a existência de uniformidade de apresentação (formatos com padronização de ícones, posicionamento dos elementos na tela, cores, logotipo e elementos comuns), mas, com redução da carga informacional em relação à página inicial. Não obstante, a mistura de formato das fontes do texto com alternância entre caixa baixa e alta contribui negativamente para a organização visual da página.

Figura 46 - “Assistência farmacêutica > Assistência farmacêutica no SUS” – SES/PB



GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE

GERÊNCIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO A SAÚDE
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
cafpb@saude.pb.gov.br
Fone- 3218-7375/7395

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

COMPETÊNCIAS

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal com base na concepção de saúde como um direito de cidadania.

Uma das suas diretrizes organizativas é, a descentralização com ênfase numa rede regionalizada de atenção a saúde que através de instrumentos de planejamento e pactuações definem os compromissos e competências em cada nível de gestão.

Dentro da Programação Pactuada e Integrada (PPI) firmada pelo Estado e municípios paraibanos, estão definidas as responsabilidades e referências de gerenciamento e oferta de serviços a população de forma regionalizada e norteada pelos princípios de integralidade das ações e busca pela garantia do princípio da equidade.

Assim, a PPI /PB contempla a alocação dos recursos e explica as responsabilidades de financiamento e de custeio da assistência das três esferas, a fim de garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde, inclusive Assistência Farmacêutica, no próprio município ou em outros municípios através de encaminhamento formalizado e negociado entre os respectivos gestores.

A Assistência a Saúde Básica e a maioria da Assistência Especializada no Estado da Paraíba é hoje atribuição dos gestores municipais que para tanto recebem através de transferências fundo a fundo os recursos necessários para organização e financiamento dos serviços. E aqui enfatizamos que não há resolutividade do serviço sem a adequada cobertura terapêutica, portanto garantia de acesso ao medicamento.

A reorientação da Assistência Farmacêutica Municipal constitui-se diretriz imprescindível para definir uma seleção de medicamentos que baseada em critérios epidemiológicos e nosológicos atendam de maneira racional e segura o tratamento das patologias diagnosticadas nas unidades básicas e especializadas dos serviços municipais.

A Portaria GM 4.217/2010 que disciplina o financiamento e gerenciamento dos recursos destinados a parte da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica definiu de forma apenas sugestiva um elenco mínimo que deveria ser adquirido pelos municípios a ser custeado pelos recursos das três esferas.

Fonte: www.saude.pb.gov.br

Figura 47 - “Assistência farmacêutica > Lista de medicamentos” – SES/PB

<p>PORTARIA 2891/2009/MS GRUPO 1A: Medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças contempladas neste Componente. Adalimumabe 40 mg injetável (por seringa preenchida) Adefovir 10 mg (por comprimido) Alfaepoetina 2.000 UI injetável (por frasco-ampola) Alfaepoetina 4.000 UI injetável (por frasco-ampola) Alfainterferona 2b 3.000.000 UI injetável (por frasco-ampola) Alfainterferona 2b 5.000.000 UI injetável (por frasco-ampola) Alfainterferona 2b 10.000.000 UI injetável (por frasco-ampola) Alfapeginterferona 2a 180 mcg (por frasco-ampola) Alfapeginterferona 2b 80 mcg (por frasco-ampola) Alfapeginterferona 2b 100 mcg (por frasco-ampola) Alfapeginterferona 2b 120 mcg (por frasco-ampola) Betainterferona 1a 6.000.000 UI (22 mcg) injetável (por seringa preenchida) Betainterferona 1a 6.000.000 UI (30 mcg) injetável (por frasco-ampola ou seringa preenchida) Betainterferona 1a 12.000.000 UI (44 mcg) injetável (por seringa preenchida) Betainterferona 1b 9.600.000 UI (300 mcg) injetável (por frasco-ampola) Clozapina 25 mg (por comprimido) Clozapina 100 mg (por comprimido) Donepezila 5 mg (por comprimido) Donepezila 10 mg (por comprimido) Entecavir 0,5 mg (por comprimido) Etanercepte 25 mg injetável (por frasco-ampola) Etanercepte 50 mg injetável (por frasco-ampola) Everolimo 0,5 mg (por comprimido) Everolimo 0,75 mg (por comprimido) Everolimo 1 mg (por comprimido) Glatiramer 20 mg injetável (por frasco-ampola ou seringa preenchida) Imiglucerase 200 UI injetável (por frasco-ampola) Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco) Imunoglobulina anti-hepatite B 100 UI injetável (por frasco) Imunoglobulina anti-hepatite B 500 UI injetável (por frasco)</p>

Fonte: www.saude.pb.gov.br

A página da AF da SES/PB atende a 8 dos 9 atributos de eGOV, não apresentando formas diferenciadas de seleção do serviço, uma vez que o conteúdo está disponível unicamente em “Saúde > Assistência Farmacêutica”. No teste realizado para verificação da funcionalidade da ferramenta “campo de busca”, a mesma mostrou-se efetiva no retorno à pesquisa realizada. Contudo, nenhum dos 4 atributos da LAI foi atendido, a saber: presença de endereços e telefones das respectivas unidades e horários de atendimento ao público, data da última atualização da informação, FAQ (respostas a perguntas mais frequentes) e identificação das fontes de informação (ver Roteiro A, APÊNDICE D).

Embora o *site* da SES/PB apresente na página inicial o *link* permanente para “Assistência Farmacêutica”, há disponibilização insuficiente de informações sobre o CEAF: em relação aos 11 atributos, apenas informações gerais sobre a política e a lista de medicamentos foram identificadas (ver roteiro B, APÊNDICE F).

Em relação à maturidade do serviço público em formato eletrônico, a página da

SES/PB pode ser categorizada como no nível de informação (baixa), uma vez que não permite interface entre a página e o usuário.

Quanto à clareza e linguagem adotadas, o único texto disponível, analisado, foi “Assistência farmacêutica no SUS” (ANEXO AA), que apresentou predominância de linguagem técnica. Na construção do índice de legibilidade o texto foi classificado como “muito difícil”, isto é, textos adequados para áreas acadêmicas específicas (índice entre 0 – 25) (APÊNDICE E).

5.4.2 Secretaria Estadual de Saúde/Bahia

A página eletrônica de abertura da SES/BA (figura 48) apresenta elementos de usabilidade e de *layout* que, de forma geral, a caracterizam como uma página limpa e organizada, apesar do elevado volume de conteúdo. Estão disponíveis na página inicial o mapa do *site* (1), o campo de busca (2) e as perguntas frequentes (FAQ). As informações estão organizadas no *menu* principal superior (Início, Acesso rápido, Institucional, Atenção à saúde, Educação, Vigilância em saúde, *Menu* de governo, etc.), por perfil de usuário/público alvo (Atendimento ao Cidadão, Serviços Móveis, Municípios e regionalização, e Fornecedores), Notícias em destaque, Eventos e alguns *banners* temáticos (**Acesso a medicamentos**, ouvidoria, etc.), dentre outros.

O acesso à página da AF ocorre por variados caminhos, além do *banner* temático já citado “Acesso a medicamentos”, podendo ocorrer também pelos itens de *menu* principal “Acesso rápido” (“> Como funciona o SUS”, “>Atendimento ao Cidadão”, “> FAQ”) (ANEXO BB), “Atenção à saúde” (“> página principal”, “> Atendimento ao Cidadão”) e por “Acesso à informação” (ANEXO CC), ou seja, a partir da página inicial chega-se a uma mesma página da Assistência Farmacêutica. A presença do *banner* “Acesso a medicamentos” logo na página de abertura, e as diversas possibilidades de caminhos, facilita a identificação do conteúdo logo no primeiro acesso.

Figura 48 - Página inicial – SES/BA

The image shows the homepage of the SES/BA website. At the top, there is a header with the logo of the Government of Bahia and the Secretariat of Health. Below this is a navigation menu with categories like 'Início', 'Acesso rápido', 'Institucional', 'Atenção à saúde', 'Educação', 'Vigilância em saúde', 'Eventos', 'Notícias', and 'Menu de Governo'. A search bar is located on the right side of the menu.

Below the navigation menu, there is a large banner image showing a newborn baby being held by a healthcare professional. To the right of this banner is a blue box with the text 'Atendimento ao Cidadão' and 'Entenda o atendimento no SUS e confira a rede de unidades'. Below the banner, there are four smaller blue boxes: 'Atendimento ao Cidadão', 'Serviços móveis', 'Municípios e Regionalização', and 'Formecedores'. Below these boxes is a 'Notícias' section with several news items, including 'Reforma e ampliação da Maternidade Albert Sabin e entorno' and 'Sesab buscará atender pleitos de indígenas'. Below the news section is a 'Prêmio de Boas Práticas' banner. Below the banner is an 'Eventos' section with three 'web palestra' items. At the bottom, there are four small boxes: 'Ouvidoria SUS Bahia', 'Boletins Epidemiológicos', 'Acesso a medicamentos', and 'Prosus'.

Red callout boxes highlight specific features:

- Box 1: Points to the top navigation menu.
- Box 2: Points to the 'Atendimento ao Cidadão' banner.
- Box 3: Points to the 'Atendimento ao Cidadão' button in the main navigation menu.
- Box 4: Points to the 'Acesso a medicamentos' banner.

Fonte: www.saude.ba.gov.br

A página “Assistência Farmacêutica” (figura 49), direcionada por todos os caminhos anteriormente citados, apresenta uma breve explicação sobre a política

pública de medicamentos estadual e a sua segmentação por componentes, com *links* à informação específica para cada um deles. Na mesma é possível identificar a presença da barra de estado (4).

Figura 49 - Página da Assistência Farmacêutica – SES/BA

Assistência Farmacêutica

Início / Atenção à saúde / Atendimento ao cidadão / Assistência Farmacêutica

Assistência Farmacêutica

Legislação na Assistência Farmacêutica

Câmara de Conciliação de Saúde (CCS)

Medicamentos Básicos

Medicamentos Especializados

Medicamentos Estratégicos

Tratamento Oncológico no SUS

Dispensação de Talidomida pelo SUS

Dispensação de Palivizumabe pelo SUS

Acesso ao SIGAF

A **Assistência Farmacêutica** é a área do Sistema Único de Saúde – SUS responsável por garantir à população o acesso a medicamentos considerados essenciais e promover o uso racional dos mesmos. Estes medicamentos devem ser seguros, eficazes e de qualidade.

Relação de Medicamentos

Existem no Brasil mais de 40 mil medicamentos registrados na Anvisa. O SUS seleciona os mais eficazes e seguros e elabora a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), indicados para a maior parte dos problemas de saúde que acometem a população. Os medicamentos que constam na Renome são distribuídos gratuitamente em farmácias das unidades básicas de saúde (postos de saúde), farmácias de serviços especializados ou são de uso exclusivamente hospitalar.

Solicitação médica

Os médicos que trabalham no SUS devem sempre privilegiar os medicamentos que fazem parte dessa relação na escolha do tratamento, e são obrigados a prescrevê-los pelo nome genérico. Caso o médico prescreva um medicamento cujo nome não consta na mesma, é preciso verificar se não existe alternativa na própria Relação.

Como funciona

Para facilitar a organização da Assistência Farmacêutica, foram definidos blocos de financiamento e componentes, dividindo as responsabilidades entre os governos Federal, Estadual e Municipal. São eles:

Medicamentos Básicos

São distribuídos nas farmácias das unidades básicas de saúde. Para ter acesso a esses medicamentos é necessário apresentar uma receita médica, documento de identificação e cartão do SUS.

[Clique aqui e saiba mais.](#)

Medicamentos Especializados

Indicados para o tratamento de doenças crônicas e/ou raras, em nível ambulatorial e distribuídos pelos Centros de Referência de Salvador e pelos Núcleos Regionais de Saúde (NRS).

[Clique aqui e saiba mais.](#)

Medicamentos Estratégicos

Medicamentos para atender programas estratégicos de saúde como tuberculose, hanseníase, HIV/Aids, entre outros.

[Clique aqui e saiba mais.](#)

Saiba mais sobre a Legislação da Assistência Farmacêutica

Sistemas de gestão da Assistência Farmacêutica:

- AFSESAB - Sistema de Gestão Farmacêutica
- SIGAF - Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica

Links Relacionados

- Ministério da Saúde – MS
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome
- Portal Transparência – Recursos destinados para compra de medicamentos

Mais informações

- Programa Farmácia Popular
- Programa Medicamento em Casa
- Informações sobre Tratamento Oncológico pelo SUS

Fonte: www.saude.ba.gov.br

A página do CEAF reúne uma série de informações sobre os medicamentos especializados incluindo “O que são e como receber” (figura 49) que apresenta informações de como e onde se cadastrar (com *link* para a “Endereços e telefones das

unidades”); “Fluxo de atendimento por patologia” no qual se obtém por doença a relação de documentos e exames necessários para cadastro e renovação e o fluxo de acesso para a capital e as regionais do estado, sendo uma excelente ferramenta de orientação ao usuário que busca informações para o CEAF (ANEXO DD, EE e FF) e “Elenco de medicamentos especializados na Bahia” que dispõe da lista de medicamentos estadual, dentre outros.). As páginas mantêm padronização entre si, mantendo sua identidade visual.

Figura 50 - Página do Componente Especializado – SES/BA

Medicamentos Especializados

Início / Atenção à saúde / Atendimento ao cidadão / Assistência Farmacêutica / Medicamentos Especializados

Assistência Farmacêutica

Legislação na Assistência Farmacêutica

Câmara de Conciliação de Saúde (CCS)

Medicamentos Básicos

Medicamentos Especializados

O que são e como receber

Fluxos de atendimento por patologia

Elenco de Medicamentos Especializados na Bahia

Medicamentos Estratégicos

Tratamento Oncológico no SUS

Dispensação de Talidomida pelo SUS

Dispensação de Palivizumabe pelo SUS

Acesso ao SIGAF

O que são os Medicamentos Especializados?

Fazem parte do **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)**, estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível ambulatorial, voltado para garantir o tratamento medicamentoso de forma integral ao paciente. A distribuição de medicamentos está definida em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde.

Como se cadastrar

O acesso aos medicamentos do Ceaf se dá através das Unidades de Dispensação credenciadas pelo gestor estadual. No caso da Bahia, são as Unidades de Referências em Salvador e os Núcleos Regionais de Saúde, no interior do Estado. Para cadastramento no Ceaf, o processo de solicitação dos medicamentos é iniciado por meio da apresentação dos documentos estabelecidos pela Portaria nº 1554 de 30 de Julho de 2013, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e regulamentações estaduais.

O paciente deve comparecer a uma das unidades de dispensação de medicamentos munido dos seguintes documentos:

- Cópia do documento de identidade;
- Cópia do CPF;
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, conforme a doença e o medicamento;
- Receita médica utilizando a DCB (Denominação Comum Brasileira) ou, na sua falta, a DCI (Denominação Comum Internacional);
- Relatório médico com o CID 10;
- Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, conforme a doença e o medicamento; (Confira aqui o termo específico para cada patologia)

Para a solicitação, fica dispensada a presença de pacientes considerados incapazes, conforme arts. 3º e 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), devidamente caracterizados no LME pelo médico prescritor. O responsável pelo paciente será o último indivíduo designado no LME. No ato da solicitação, serão exigidos os seguintes documentos do seu responsável, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente:

- Cópia do documento de identidade
- Endereço completo
- Número de telefone

Onde se cadastrar

Clique e acesse os endereços e telefones das unidades com dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica-CEAF do SUS/BA.

Fluxos de atendimento por patologia

Clique aqui para acessar a lista de patologias e medicamentos dispensados pelo Ceaf e para obter informações mais detalhadas sobre os fluxos de atendimento de cada unidade.

Sobre os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde – PCDT

No âmbito do Ceaf, os medicamentos devem ser dispensados para os pacientes que se enquadram nos critérios estabelecidos no respectivo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Os PCDT têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os PCDT, também, objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz.

Atenção!

O processo será encaminhado a um profissional avaliador que poderá autorizar a dispensação do(s) medicamento(s) solicitado(s) após verificar o cumprimento dos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Mais informações:

Para acesso aos medicamentos e CID-10 das patologias do Componente Especializado, consultar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP) : <http://sigtap.datasus.gov.br/>

Contato

Diretoria de Assistência Farmacêutica – Dasf
 Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada – Coafe
 4ª Avenida do CAB, nº 400, Lado B, 2º andar – Salvador – Bahia
 Tel: (71) 3115-4376 / Serviço Social: (71) 3115-4113
 E-mail: dasf.coafe@saude.ba.gov.br

Fonte: www.saude.ba.gov.br

Em resumo, a página da AF atende a todos os 9 atributos de eGOV e, a 2 dos 4 atributos da LAI, exceto a identificação das fontes de informação e data da última atualização (presentes, contudo, nos fluxos de atendimento por patologia e nos fluxos de acesso). No teste realizado para verificação da funcionalidade da ferramenta “campo de busca”, a mesma se mostrou efetiva no retorno à pesquisa realizada, apresentando como resultado *link* para a página do serviço de AF. Pela possibilidade de se baixar arquivos (*download*) através da página eletrônica, a página se enquadra no nível de maturidade de interação, uma vez que possibilita algumas interfaces com o cidadão, podendo destacar o formulário eletrônico do LME que permite automatizar seu preenchimento (automatizador) (ver Roteiro A, APÊNDICE D).

Quanto aos 11 atributos do CEAF (ver Roteiro B, APÊNDICE F), o *site* atende a 9 deles, mas não tem prazos de validade dos documentos especificados para o cadastro e período de renovação, além da falta de orientações para preenchimento do LME. Apesar disso, a página da AF reúne diversos elementos positivos voltados para o acesso aos serviços da AF como um todo e, especificamente, os relativos ao CEAF.

Na leitura direta dos textos da página eletrônica da Bahia: “Assistência Farmacêutica” (ANEXO GG) e “Medicamentos Especializados > O que são os Medicamentos Especializados?” (ANEXO HH) identificamos a predominância de termos técnicos, o que concorre para que o índice de legibilidade enquadre o primeiro texto como de muito difícil compreensão, ou seja, um texto adequado apenas para áreas acadêmicas específicas e, o segundo texto, como de difícil compreensão, adequados para a alunos cursando o ensino médio ou universitário (APÊNDICE E).

5.5 REGIÃO SUL

5.5.1 Secretaria Estadual de Saúde/Santa Catarina

A página inicial da SES/SC (figura 51) apresenta elementos de usabilidade e de *layout* que se caracteriza, de forma geral, como uma página curta, limpa e organizada, por não concentrar um grande volume de informações, com espaços em branco, presença de fundo neutro, alinhamento do texto à esquerda. Está disponível o campo de busca (1), mas não o mapa do *site*. Na página inicial podemos identificar as informações organizadas no *menu* principal superior (Serviços, A Secretaria, Gabinete do Secretário, Legislação, Contato, Notícias), por perfil de usuário/público alvo em “Serviços

disponíveis” (Serviços para o cidadão, Gestores da saúde, Profissionais de saúde, Servidores da SES e, Prestadores de serviços) e, no rodapé da página, o *banner* do “Portal de serviços do Poder Executivo de Santa Catarina”, além de notícias em destaque, dentre outros.

Figura 51- Página inicial – SES/SC

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde

SERVIÇOS A SECRETARIA GABINETE DO SECRETÁRIO LEGISLAÇÃO CONTATO NOTÍCIAS

VACINAR É PROTEGER!

Vacina tríplice viral protege contra o sarampo, a rubéola e a caxumba

NOTÍCIAS EM DESTAQUE

SERVIÇOS DISPONÍVEIS

- SERVIÇOS PARA O CIDADÃO
- GESTORES DA SAÚDE
- PROFISSIONAIS DE SAÚDE
- SERVIDORES DA SES
- PRESTADORES DE SERVIÇOS

ÚLTIMAS NOTÍCIAS

Secretário Helton Zeferino visita Escola de Formação em Saúde da SES

Boletim Epidemiológico Febre Amarela – 06/2019

HEMOSC mantém acreditação recomendada pela Associação Americana de Bancos de Sangue

DIVE/SC confirma caso de doença meningocócica em Lages

Doações de múltiplos órgãos crescem quase 20% no primeiro trimestre

Pacientes do HIJG ganham festa de Páscoa e presença de princesas e heróis

Maternidade Darcy Vargas, de Joinville, completa 72 anos nesta terça-feira

Ver todas as notícias...

Portal do Servidor Público Estadual-SC

OUVIDORIA DA SAÚDE

SERVIÇOS

LISTAS DE ESPERA SUS

SAMU

Serviços	A Secretaria	Gabinete do Secretário	Legislação	Contato	Notícias
Serviços para o Cidadão	Unidades de Saúde	Gabinete do Secretário	Portarias NASF	Canais de Atendimento	Todas as Notícias
Gestores da Saúde	Regionais de Saúde	Secretário de Estado da Saúde	Deliberações-CIB	Ouvidoria SES	Conferências de Saúde
Profissionais de Saúde	Outros portais	Secretário adjunto	Notas Técnicas	Lista Ramais SES	
Servidores da SES	Estrutura Organizacional	COJUR	Portarias	Consulta Telefones	
Prestadores de Serviços	Assessoria de Comunicação	ASCOM	Leis	Web Mail	
	Gestor Municipal de Saúde	Galeria de imagens			

Fonte: www.saude.sc.gov.br

Dentre os perfis de usuários listados, o conteúdo para a política de medicamentos foi localizado apenas no perfil de profissionais de saúde (ANEXO II). Um outro caminho possível é por meio do *banner* “Portal de serviços do Poder Executivo de Santa Catarina”, localizado no rodapé da página principal, que se dá por meio do campo de busca do serviço, no qual identificamos o conteúdo (*link*) “Solicitar medicamentos do CEAF” (figura 52). Já nos demais *banners* de conteúdo e perfis de usuário, inclusive os serviços destinados para o cidadão (ANEXO JJ), não foi possível identificar assuntos relacionados à AF.

Figura 52 - Campo de busca no Portal de serviços do Poder Executivo de SC – SES/SC

The image shows a screenshot of the 'Portal de Serviços' website. At the top, there is a navigation bar with 'SERVIÇOS', 'TEMAS', 'ÓRGÃOS', and 'SIMPLIFIQUE'. Below this is a search bar with the text 'Qual serviço você procura?' and the input 'remédio'. A red box highlights the search bar and the search button. A red arrow points from the search bar to a larger, zoomed-in view of the search results. The search results show '1 resultado encontrado' and a result titled 'Solicitar medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica' with a 'Serviço' tag. The description of the result is: 'Atender os pacientes que necessitem de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, desde que cumpra os requisitos dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde'.

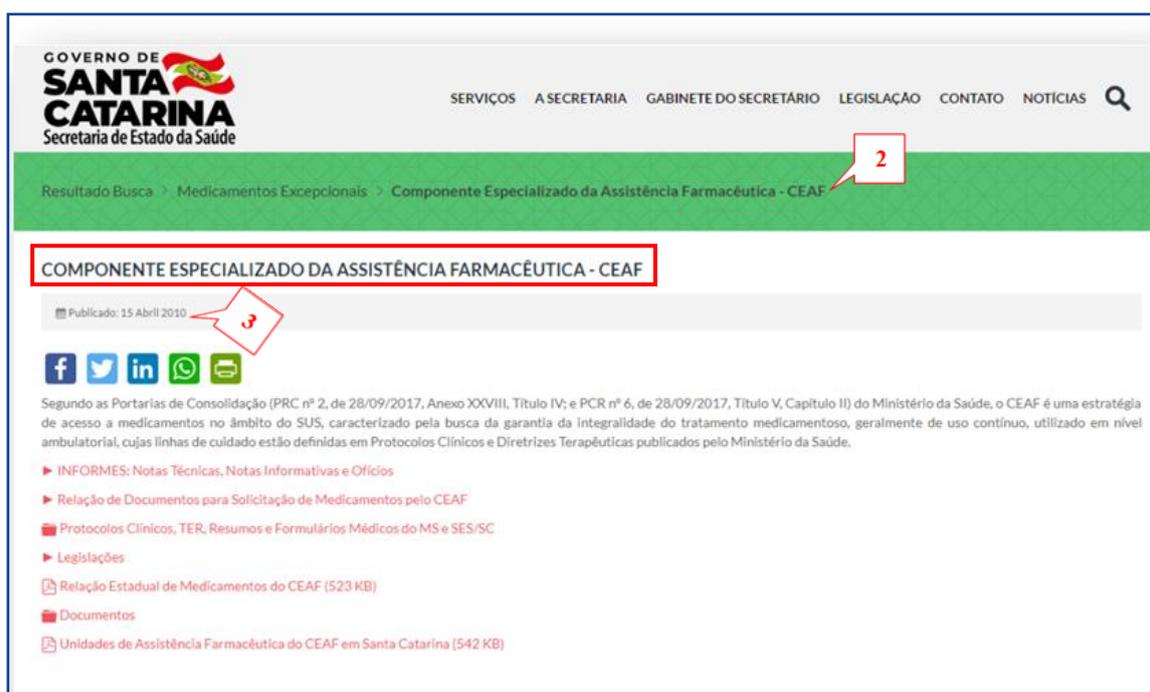
Fonte: www.saude.sc.gov.br

A partir desse *link* “Solicitar medicamentos do CEAF” é possível acessar diversas informações sobre o componente especializado numa extensa página única, conforme a figura 53.

usuário tenha direito ao tratamento (Requisitos Exigidos do Usuário), as etapas necessárias para o cadastro (Etapas do Processo), o tempo que deve aguardar para prover o serviço (Tempo de solicitação), *e-mail* e telefone da Diretoria de AF (Contato), campo de busca das unidades/farmácias (Unidades Prestadoras), Mapa, relação da base legal relacionada à AF (Legislação) e, *link* da página do serviço (URL do *Site*) que direciona para a página da AF, a mesma página do *link* CEAF do perfil “Profissionais de saúde” apresentado. Ou seja, a página do CEAF analisada é comum ao serviço para profissionais e para o cidadão a partir do “Portal de Serviços do Poder Executivo”. Desse modo, o cidadão obtém um rol importante de informações para iniciar seu cadastro no CEAF estadual.

A página do CEAF (figura 54) dispõe de uma série de *links* para informações sobre o componente especializado, organizada em pastas de arquivos. Nesta é possível identificar a barra de estado (2) e data da última atualização da página (3).

Figura 54 - Página do Componente Especializado – SES/SC



Fonte: www.saude.sc.gov.br

Em cada *link* listado na página do CEAF acima, há uma série de arquivos com documentos e orientações aos usuários, como onde procurar o serviço, algumas doenças que requerem situações específicas, dentre outros: Informes (Notas técnicas, Notas informativas e ofícios), Relação de documentos para solicitação de medicamentos

(ANEXO KK), Protocolos Clínicos e outros formulários (ANEXO LL), que apresenta diversos documentos agrupados por doença (PCDT, Termo de Consentimento e Resumo de PCDT, que serve como um guia para solicitação de cadastro e renovações no CEAF (ANEXO MM)), Relação estadual de medicamentos com códigos das doenças contempladas (CID10) e respectivo PCDT (ANEXO NN). A pasta “Documentos”, inclui formulário do LME, recibo de dispensação, dentre outros (ANEXO OO), já o arquivo “Unidades de AF do CEAF em Santa Catarina” é uma extensa lista com aproximadamente 300 unidades de atendimento ao cidadão que realizam a captação e encaminhamento da solicitação de cadastro do paciente para a diretoria de AF na capital do estado, com endereço, telefone e horário de funcionamento (ANEXO PP). As páginas mantêm o padrão de formatação entre si, com composição de cores contrastantes (vermelho e verde), contribuindo negativamente para o *layout*.

Em resumo, a página da SES/SC atende a 7 dos 9 atributos de eGOV, com a ausência do mapa do *site* e por não dispor de acesso à informação de forma fácil e intuitiva, visto a ausência de termos na página inicial. Quanto aos atributos da LAI, a SES/SC atende a 2 dos 4, exceto FAQ e a identificação das fontes de informação (ver Roteiro A, APÊNDICE D). No teste realizado para verificação da funcionalidade da ferramenta “campo de busca”, a mesma se mostrou efetiva. Dado ser possível fazer *download* de diversos documentos e formulários, a página se enquadra no nível de maturidade “interação” ao permitir algumas interfaces entre o cidadão e o serviço de forma eletrônica.

Com relação aos atributos do CEAF foram contemplados em quase sua totalidade, atendendo a 10 dos 11 atributos, exceto o das orientações para o preenchimento do LME (ver Roteiro B, APÊNDICE F). Se, por uma lado, o cidadão obtém um rol expressivo de informações para iniciar seu cadastro e seguir nas demais etapas do CEAF estadual, por outro lado, a leitura dos textos com as informações no “Portal de serviços > Solicitar medicamentos do CEAF” (ANEXO QQ) e “CEAF > Relação de documentos para solicitação de medicamentos pelo CEAF” (ANEXO RR), aponta para a predominância de termos técnicos, dificultando a compreensão das informações por parte dos cidadãos, com classificação dos ILT de “muito difícil”, ou seja, textos adequados apenas para áreas acadêmicas específicas (APÊNDICE E).

5.5.2 Secretaria Estadual de Saúde/Rio Grande do Sul

Em relação ao Rio Grande do Sul, a página inicial da SES/RS (figura 55) apresenta como característica elementos de usabilidade, *layout* limpo e organizado, presença de fundo neutro, contraste positivo de cores do texto, alinhamento do texto à esquerda. As informações encontram-se organizadas no *menu* principal superior (Inicial, Institucional, Comunicação e, Saúde e você), por perfil de usuário (Cidadão, Gestor e prestador e, Profissional de Saúde), e itens em destaque em “Os mais procurados”, no qual é possível identificar os itens **Medicamentos** e **Consulta a solicitação de medicamentos ou fórmula nutricional**, dentre outros.

Figura 55 - Página inicial – SES/RS

The image shows a screenshot of the website for the Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). The page is organized into several sections:

- Header:** A navigation menu with tabs for 'INICIAL', 'INSTITUCIONAL', 'COMUNICAÇÃO', and 'SAÚDE E VOCÊ'. There are also utility links for 'Acessibilidade', 'Quêbra o SUS', and 'Mopa do site'.
- Main Content Area:**
 - News items: 'Secretaria fala à Comissão de Saúde da Assembleia', 'Confira o funcionamento de órgãos estaduais no feriado', and 'Sociedade gaúcha de pediatras apoia vacinação contra a gripe em crianças'.
 - Logos for 'CEVS Centro Estadual de Vigilância em Saúde', 'Ouvvidoria do SUS/RS', and 'Coordenação Estadual da Atenção Básica'.
 - 'OS MAIS PROCURADOS' section: A grid of links including 'Aedes aegypti - dengue, zika e chikungunya', 'Medicamentos', 'Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional', 'Doação de sangue', 'Transplantes', 'Vacinação', 'Intranet SES', 'Links e Serviços Internos', 'Projetos de Cooperação Técnica', 'Relatório de Pagamentos', 'Relatório de Processamento do DAFIA', and 'Coordenadorias Regionais de Saúde'.
 - Logos for 'Primeira Infância Melhor', 'Combate à gripe', and 'CONTRIBUINDO COM A PRÁTICA PARA REGULÁRIOS E TÉCNICOS DAS ATENÇÕES ESPECIALIZADAS'.
- User Profiles:** Three columns for 'CIDADÃO', 'GESTOR E PRESTADOR', and 'PROFISSIONAL DE SAÚDE', each with a list of relevant services and a 'Vá para' button.
- GALERIAS MULTIMÍDIA:** A section with three photo galleries showing various health-related events.
- SIGA-NOS NAS REDES SOCIAIS:** Social media icons for Facebook and Twitter.
- Footer:** A detailed list of organizational units under the four main menu categories.

- Annotations:** Red dashed boxes and lines highlight specific elements:
- A box on the left lists 'Medicamentos' and 'Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional'.
- A box below it lists 'CIDADÃO' services: 'Perguntas frequentes', 'Consultas especializadas e exames', and 'Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional'.
- A box at the bottom left highlights the 'Medicamentos' link in the footer.
- Red dashed boxes also highlight the 'Medicamentos' and 'Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional' links in the 'OS MAIS PROCURADOS' section.

Fonte: www.saude.rs.gov.br

Desse modo, a partir da página inicial é possível acessar de diferentes formas a seleção do serviço de AF, sendo possível acessá-la pelo item de *menu* principal “Saúde e você > Medicamentos”, em “Os mais procurados” (“> Medicamentos”) e, (“> Consulta a solicitação de medicamentos ou fórmula nutricional”) (ANEXO SS) e no perfil “Cidadão > Perguntas frequentes” (ANEXO TT). Um traço singular é que todos os caminhos acima possíveis direcionam para a mesma página “Medicamentos”.

A página “Medicamentos” (figura 56) apresenta orientações de “Como ter acesso a medicamentos no SUS”, *links* para os Componentes da AF, “Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional”, “Coordenação de Política da AF” e, outros tópicos relacionados. Há ainda, mapa do *site* (1), campo de busca (2) e barra de estado (3).

Figura 56 - “Medicamentos” – SES/RS

The image shows a screenshot of the 'Medicamentos' page on the SES/RS website. The page is titled 'Medicamentos' and has a subtitle 'Como ter acesso aos medicamentos do SUS'. The page content includes sections for 'Componente Especializado', 'Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional', 'Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica (CPAF)', and 'Medicamentos especiais da SES/RS'. The page also features a search bar, a navigation menu, and a sidebar with news and social media links. Red boxes and arrows highlight specific elements on the page, corresponding to the annotations on the left.

Medicamentos
Como ter acesso aos medicamentos do SUS

Componente Especializado

Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional

Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica (CPAF)

Medicamentos especiais da SES/RS

Fonte: www.saude.rs.gov.br

A página sobre o CEAF (figura 57) é bastante rica em informações. O conteúdo abrange o que é o CEAF, o financiamento, os locais e as orientações para o cadastro (solicitação). Ainda há instruções específicas para o fluxo de acesso (por medicamentos e doenças) e diversos formulários (LME, Cadastro de usuários, Termos de Consentimento) e *links* (PCDTs, portarias e notas técnicas). Também é possível preencher o LME eletronicamente.

Figura 57 – Página do Componente Especializado – SES/RS

Componente Especializado

O que é?
O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica visa garantir, no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso, de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde - MS.

Financiamento
Os medicamentos especializados são de responsabilidade do Ministério da Saúde (cofinanciamento e aquisição de parte do elenco), da Secretaria Estadual de Saúde (aquisição e distribuição) e dispensados pelas Secretarias Municipais de Saúde. O elenco destes medicamentos e a forma de repasse financeiro para aquisição estão definidos na Portaria GM/MS 1554/2013 (encontre-se nos anexos).

Onde encontrar?
Para que estes medicamentos sejam dispensados, é necessário que seja aberto um Processo Administrativo na Secretaria Municipal de Saúde, e o seu médico preencha o documento LME (Laudo para Solicitação de Medicamento Especializado) e o Formulário Cadastro de Usuários.

Onde abrir processo de solicitação de medicamentos e fórmulas nutricionais especializadas?
Residentes em Porto Alegre:
Farmácia de Medicamentos Especiais
Av. Borges de Medeiros nº 546 - 1º andar
Telefone: (51) 3901-1004 Fax: (51) 3225-8179
Residentes em Santa Maria:
Coordenadoria Regional de Saúde - 4º CRS
Rua André Marques, 675 - Fones: (55) 3222.3101/ 3222-2929.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT
Residentes em outros municípios do Estado:
Dirigir-se à Secretaria Municipal de Saúde

- Documentação necessária para abertura e manutenção/renovação de processo administrativo para solicitação de Medicamentos Especializados

ATENÇÃO
- Para a solicitação de Medicamentos do Componente Especializado é necessário informar no Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento (LME) o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante.
- Sugere-se, na primeira solicitação de psicofármacos ou troca de tratamento, o preenchimento pelo médico do Formulário para Solicitação de Psicofármacos. Nele estão os itens necessários para avaliação - não substitui o LME.

Relação de Medicamentos/Patologias
Abatacepte ABATACEPTE - Artrite Reumatoide (.pdf 93,65 KBytes)
Acetazolamida ACETAZOLAMIDA - Glaucoma (.pdf 72,67 KBytes) Ácido Nicotínico...

ARQUIVOS ANEXOS

- LME - preenchimento eletrônico (.pdf 270,82 Kbytes)
- LME avaliador (.pdf 88,81 Kbytes)
- LME - preenchimento manual (.pdf 210,40 Kbytes)
- Cadastro de usuários (.pdf 113,24 Kbytes)
- Portaria GM/MS 1554/2013 (.pdf 316,29 Kbytes)
- Nota Técnica Artrite Reumatoide (.pdf 88,82 Kbytes)
- Ofício Circular nº 7 SEI MS Informações nova apresentação Adalimumabe 7894701 (.pdf 214,24 Kbytes)
- Nota Informativa n 152019 ODVIGGVP DIAHVSMS (.pdf 49,28 Kbytes)
- Nota técnica conjunta complementar (.pdf 71,19 Kbytes)

O que é?
O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica visa garantir, no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso, de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde - MS.

Financiamento
Os medicamentos especializados são de responsabilidade do Ministério da Saúde (cofinanciamento e aquisição de parte do elenco), da Secretaria Estadual de Saúde (aquisição e distribuição) e dispensados pelas Secretarias Municipais de Saúde. O elenco destes medicamentos e a forma de repasse financeiro para aquisição estão definidos na Portaria GM/MS 1554/2013 (encontre-se nos anexos).

Onde encontrar?
Para que estes medicamentos sejam dispensados, é necessário que seja aberto um Processo Administrativo na Secretaria Municipal de Saúde, e o seu médico preencha o documento LME (Laudo para Solicitação de Medicamento Especializado) e o Formulário Cadastro de Usuários.

Onde abrir processo de solicitação de medicamentos e fórmulas nutricionais especializadas?
Residentes em Porto Alegre:
Farmácia de Medicamentos Especiais
Av. Borges de Medeiros nº 546 - 1º andar
Telefone: (51) 3901-1004 Fax: (51) 3225-8179
Residentes em Santa Maria:
Coordenadoria Regional de Saúde - 4º CRS
Rua André Marques, 675 - Fones: (55) 3222.3101/ 3222-2929.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT
Residentes em outros municípios do Estado:
Dirigir-se à Secretaria Municipal de Saúde

- Documentação necessária para abertura e manutenção/renovação de processo administrativo para solicitação de Medicamentos Especializados

ATENÇÃO
- Para a solicitação de Medicamentos do Componente Especializado é necessário informar no Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento (LME) o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante.
- Sugere-se, na primeira solicitação de psicofármacos ou troca de tratamento, o preenchimento pelo médico do Formulário para Solicitação de Psicofármacos. Nele estão os itens necessários para avaliação - não substitui o LME.

Relação de Medicamentos/Patologias
Abatacepte ABATACEPTE - Artrite Reumatoide (.pdf 93,65 KBytes)
Acetazolamida ACETAZOLAMIDA - Glaucoma (.pdf 72,67 KBytes) Ácido Nicotínico...

A partir do *link* “Documentação necessária para abertura e manutenção/renovação de processo administrativo para solicitação de Medicamentos Especializados”, obtém-se uma página com a relação em ordem alfabética dos medicamentos com arquivos individuais para orientação de cadastro e renovação (ANEXO UU). Já através do *link* “Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional”, disposto na página inicial, é possível acessar a consulta da situação da solicitação de cadastro no CEAF (deferido/indeferido/incompleto/bloqueado), data da última dispensação, estoque etc. Também há orientações de como realizar o cadastro no *Login Cidadão* que é a autenticação do cidadão aos serviços digitais do governo. Essas orientações estão disponíveis em formato de texto e, em vídeo, ambos bastante detalhados e com imagens do passo-a-passo (figura 58). As páginas mantêm o padrão de formatos, cores, mantendo a identidade visual do *site*.

Figura 58 - “Medicamentos > Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional” – SES/RS

Todos os seus tratamentos estão relacionados aqui

CONSULTA À SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

PAULO SILVA

Data de Nascimento: 30/07/1975 (41 anos)
Sexo: Masculino
CPF: 987.654.321-00
CNS: 7000000000000000
Nome da Mãe: MARIA SILVA
Endereço de Residência: RUA PORTO ALEGRE, 1 - CENTRO - CEP: 90000-000 - PORTO ALEGRE - RS

TRATAMENTOS

Selecione um tratamento para visualizar suas informações:

- 12822 - ATORVASTATINA 40MG
- 9625 - CLONAZEPAM 2,5MG/ML (SOL ORAL) 20ML *PT.344L.B1*
- 11102 - DIVALPROATO DE SÓDIO 500MG *PT.344L.C1*
- 9550 - OXICARBAZEPINA 600MG *PT.344.L.C1*
- 9634 - SERTRALINA, CLOR. 50MG *PT.344L.C1*
- 7284 - TIORDAZINA, CLOR. 50MG *PT.344L.C1*
- 9661 - TOPIRAMATO 50MG *PT.344L.C1*
- 9572 - TOPIRAMATO 100MG *PT.344L.C1*

Fonte: www.saude.rs.gov.br

1 Tratamento com Situação: Indeferido

2 Tratamento com Situação: Deferido

3 Tratamento com Situação: Deferido sem Estoque

4 Tratamento com Situação: Incompleto

5 Tratamento com Situação: Bloqueado

6 Tratamento com Situação: Incompleto

Observe a situação do seu tratamento e do estoque da medicação.

Fonte: www.saude.rs.gov.br

De forma sintética a página da SES/RS atende a todos os 9 atributos de eGOV e, a 2 dos 4 atributos da LAI, exceto o da identificação das fontes de informação e da data da última atualização (ver Roteiro A, APÊNDICE D). No teste de verificação da funcionalidade da ferramenta “campo de busca”, a mesma mostrou-se efetiva no retorno à pesquisa realizada. Pela página é possível fazer *download* de formulários e arquivos, além de realizar consultas sobre a disponibilidade de medicamentos em estoque, situação do processo de solicitação do medicamento. Essa característica enquadra a página no nível de maturidade de “interação” porque permite interfaces entre o serviço eletrônico e o cidadão.

Por sua vez, são contemplados 8 entre os 11 atributos do CEAF, ou seja, não foram incorporados os prazos de validade dos documentos para cadastro e período de renovação, as orientações para preenchimento do LME e, informações sobre os fluxos de avaliação (ver Roteiro B, APÊNDICE F). Contudo, a página sobre o CEAF é bastante rica em informações abrangendo explicação sobre o que é o CEAF, forma de financiamento, como realizar cadastro, os locais para o mesmo, e como diferencial a realização de consultas individuais sobre o *status* da solicitação de cadastro do usuário.

A leitura do texto disponível em “Saúde e Você > Medicamentos” (ANEXO VV) e “Medicamentos > Componente Especializado” (ANEXO WW) ressalta a predominância de termos técnicos dificultando a compreensão pela população em geral, com o ILT de “muito difícil” para ambos os textos, isto é, textos adequados apenas para áreas acadêmicas específicas (APÊNDICE E).

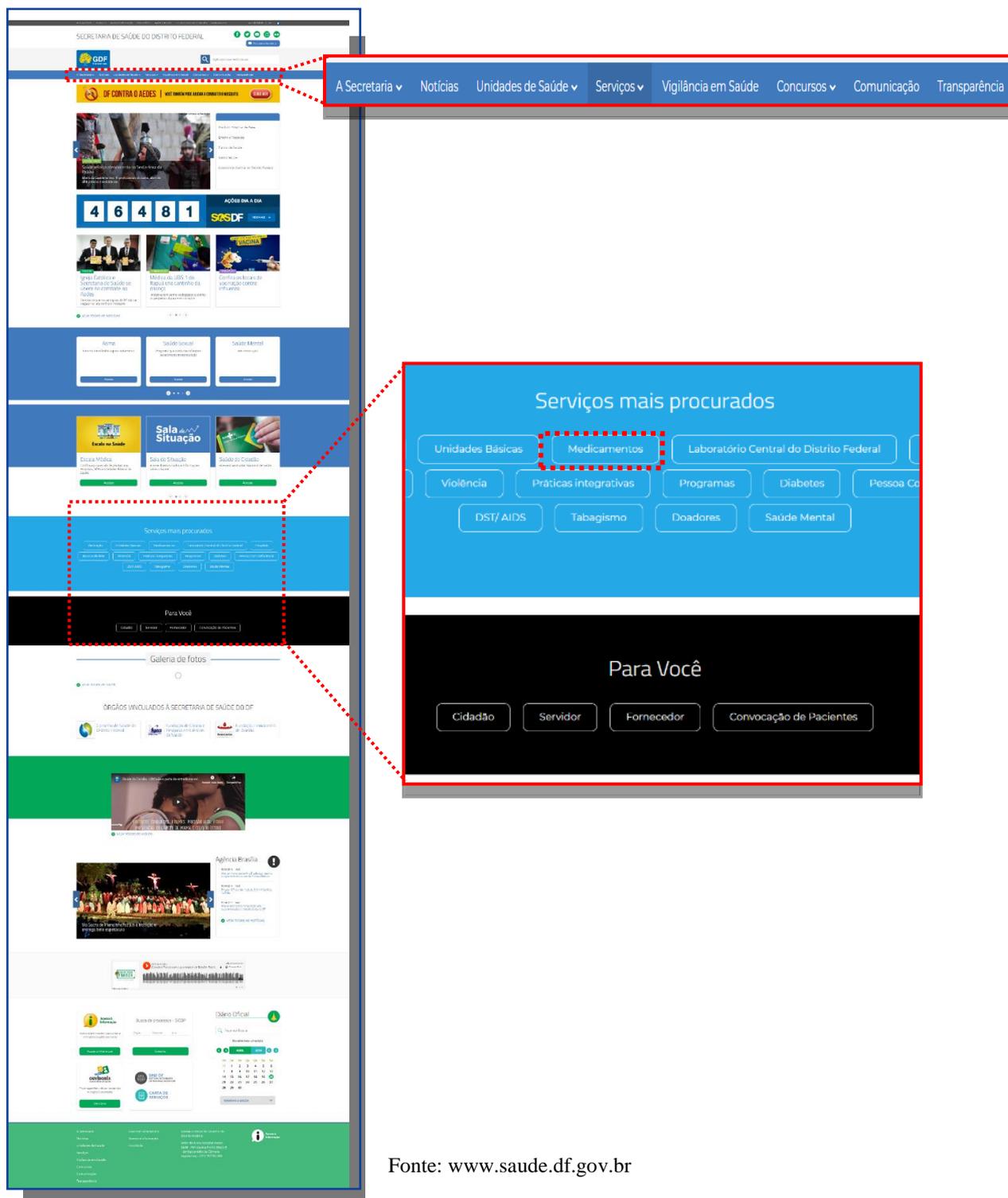
5.6 REGIÃO CENTRO-OESTE

5.6.1 Secretaria Estadual de Saúde/Distrito Federal

A página inicial da SES/DF (figura 59) apresenta elementos de usabilidade e de desenho que de forma geral a caracterizam como uma página limpa e organizada. Essa apresentação se deve à presença de espaços de respiro (espaços em branco), com presença de fundo neutro, contraste de cores do texto, alinhamento do texto à esquerda, conforme os padrões de desenho estabelecidos para uma adequada usabilidade pelo usuário. Porém, é uma página extensa, dado a presença de diversos conteúdos que ultrapassam a barra de rolagem vertical. Na página inicial podemos identificar as informações organizadas por conteúdos no *menu* principal superior (A secretaria,

notícias, unidades de saúde, serviços, vigilância em saúde, concursos, comunicação, transparência), por perfil de usuário/público alvo em “Para você” (cidadão, servidor, fornecedor, convocação de pacientes) e, conteúdos agrupados em “Serviços mais procurados”, entre os quais está o *link* “**Medicamentos**”, além de outros *banners* temáticos e “Galeria de fotos”.

Figura 59 - Página inicial – SES/DF



Fonte: www.saude.df.gov.br

O acesso para o serviço de medicamentos ocorre de forma fácil e intuitiva, podendo acessar diretamente pelo banner “Medicamentos” nos “Serviços mais procurados”. Outros caminhos possíveis são: “Para você > Cidadão” e pelo item de *menu* principal “Serviços > Cidadão”, que direcionam para a mesma página (ANEXO XX), “Serviços > Carta de serviços” (ANEXO YY), ou ainda, pelo item “A Secretaria > Subsecretaria de Atenção integral à saúde > Assistência Farmacêutica – Medicamentos” (ANEXO ZZ). A partir dos diferentes caminhos acima, chega-se à extensa página comum “Medicamentos” (figura 60).

Figura 60 – “Medicamentos” – SES/DF

Medicamentos

Os medicamentos estão sob a responsabilidade da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF), unidade orgânica de direção vinculada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde – SAIS. É responsável, ainda, pela normatização das ações e programas de assistência farmacêutica na rede pública de saúde do DF.

Conheça as atribuições da DIASF no **Decreto Interno** da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e entenda um pouco mais sobre Assistência farmacêutica.

Diretora: Lythiana D'Antonio Marcolino
Telefone: (61) 2017-1145 Ramal: 1073
E-mail: diasfesdf@saude.df.gov.br
Organograma DIASF

Componentes da assistência farmacêutica

Componente básico
 Relação de medicamentos do Componente básico, padronizados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal.
 Para mais informações, acesse a página do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
 Telefones: (61) 2017-7073
 E-mail: gcbaf.diasf@saude.df.gov.br

Componente estratégico
 Relação de medicamentos do Componente estratégico, padronizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal.
 Para mais informações, acesse a página do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.
 Telefones: (61) 2017-7073
 E-mail: estrategicos.df@saude.df.gov.br

Componente especializado
 Relação de medicamentos do Componente especializado, padronizados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal.
 Telefone: (61) 2017-1145 Ramal: 1073
 Para mais informações, acesse a página do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Farmácia de Alto Custo

Veja como funciona as farmácias de Alto Custo

***Confira o estoque diário de medicamentos de alto custo em Transparência**

- **Farmácia Ambulatorial Especializada da Asa Sul** (antiga Farmácia de Alto Custo) Estação 102 Sul do Metrô, Subsolo – Ala Comercial, Asa Sul, Brasília/DF
 Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h
 Telefone: 61) 3322-9498 / (61) 4042-6774
- **Farmácia Ambulatorial Especializada da Ceilândia** (antiga Farmácia de Alto Custo) EQNM 18/20, blocos A e C – Praça do Cidadão, Ceilândia/DF
 Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h
 Telefone: (61) 4042-6773
- **Farmácia Ambulatorial Especializada do Gama** (antiga Farmácia de Alto Custo) Praça 1, s/n – Setor Leste, Gama/DF
 Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h
 Telefone: (61) 4042-6771

Fonte: www.saude.df.gov.br

Nessa página “Medicamentos” (figura anterior), é possível encontrar uma breve descrição da política estadual de medicamentos com *link* para a página “Assistência Farmacêutica” (figura 61), a organização por componentes e respectivos contatos, incluindo lista de medicamentos e consulta ao estoque diário das farmácias (ANEXO AAA), e *link* para a página do Componente Especializado (figura 62), com destaque para um vídeo explicativo sobre forma de cadastro no CEAF, endereços e contatos das unidades de atendimento, dentre outras informações, mantendo o padrão de *layout* entre as páginas. Podemos ainda, identificar o campo de busca (1) e barra de estado (2).

Figura 61 - “Assistência Farmacêutica” – SES/DF

1/03/18 às 11h33 - Atualizado em 26/02/19 às 12h35

Assistência Farmacêutica

Acesso: Medicamentos

A Assistência Farmacêutica consiste em um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Essas ações envolvem a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. O farmacêutico é o profissional que atua na garantia do direito do usuário ao acesso ao medicamento de forma adequada e com orientação sobre seu uso, interações e armazenagem.

As ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como modelo de prática farmacêutica; compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Há a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ética da integralidade das ações de saúde.

A **Política Nacional de Medicamentos**, aprovada pela Portaria GM/MS nº 3.916/1998, tem o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A **Política Nacional de Assistência Farmacêutica** é parte da Política Nacional de Saúde, que relaciona os eixos estratégicos, destacando-se entre eles:

- A garantia de acesso e equidade às ações de saúde
- Manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando as prioridades regionais
- Qualificação dos serviços de assistência farmacêutica nos diferentes níveis de atenção
- Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos
- Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como instrumento racionalizador das ações, no âmbito da assistência farmacêutica
- Promoção do uso racional de medicamentos

Fonte: www.saude.df.gov.br

A página do CEAf (figura 62) é uma página extensa que contém orientações para o acesso, dispensação e renovação das solicitações dos medicamentos especializados, com endereço, telefone e horário de funcionamento das unidades de atendimento.

Figura 62 - “Componente Especializado da Assistência Farmacêutica” – SES/DF

A Secretaria ▾ Notícias Unidades de Saúde ▾ Serviços ▾ Vigilância em Saúde Concursos ▾ Comunicação Transparência

Secretaria de Saúde do Distrito Federal > Sem categoria > Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

1/03/18 às 11h01 - Atualizado em 1/08/18 às 11h06

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

COMPARTILHAR

Facebook Twitter

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aprovado pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, com as regras de financiamento e execução regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013, é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O CEAF tem como objetivo garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (MS).

Accese aqui o site do Ministério da Saúde onde estão disponibilizados os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e outras informações sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Acesso aos medicamentos

O atendimento inicial é realizado no Call-Center nos telefones 160, opção 3 (Farmácia Ambulatorial Especializada) para ligações efetuadas dentro do Distrito Federal ou 0800 6440160 para ligações originadas fora do DF. O atendente do Call-Center agendará data e horário para comparecimento em uma das farmácias:

Farmácia Ambulatorial Especializada da Asa Sul (antiga Farmácia de Alto Custo):
 Telefone: (61) 4042-6774
 E-mail: gemex.ses@gmail.com
 Endereço: Estação 102 Sul do Metrô, Subsolo - Ala Comercial, Asa Sul Brasília/DF
 Horário de funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, de 08h às 17h.

Farmácia Ambulatorial Especializada da Ceilândia (antiga Farmácia de Alto Custo):
 Telefone: (61) 4042-6773
 Endereço: EQNM 18/20 Bloco A e C - Praça do Cidadão, Ceilândia/DF
 Horário de funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, de 08h às 17h.

Farmácia Ambulatorial Especializada do Gama (antiga Farmácia de Alto Custo):
 Telefone: (61) 4042-6771
 Endereço: Praça 1, s/n - Setor Leste, Gama/DF.
 Horário de funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, de 08h às 17h.

O paciente ou responsável deve apresentar-se à unidade de atendimento com pelo menos 15 minutos de antecedência em relação ao horário agendado para atendimento, munido de:

- Documentos pessoais - documento de identidade, CPF, CNS (Cartão Nacional de Saúde - Cartão do SUS) e comprovante de endereço (original e cópia);
- Documentos específicos - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido, receita médica, relatórios médicos, exames complementares e termo de esclarecimento (original e cópia). O termo de esclarecimento está disponível nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. Clique aqui e tenha acesso ao portal do Ministério da Saúde onde estão disponibilizados os PCDT.

Caso os documentos não estejam completos, o paciente ou responsável deverá ligar novamente para o Call-Center para agendar o atendimento de retorno, quando deverão ser apresentados os itens pendentes a fim de finalizar a solicitação de medicamentos.

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente, entretanto, caso ele seja incapaz, poderá ser feita pelo responsável designado pelo médico prescritor.

O cadastro, assim como a renovação e dispensação de medicamentos serão obrigatoriamente realizados na Farmácia Ambulatorial Especializada da Ceilândia para moradores das seguintes regiões administrativas: Ceilândia, Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Brazlândia, Águas Claras, Vicente Pires, Areal, Arniquielas, Águas Lindas e Santo Antonio do Descoberto. Moradores das demais localidades serão atendidos na Farmácia Ambulatorial Especializada da Asa Sul - Estação 102 Sul do Metrô.

Dispensação de medicamentos

Para retirar o medicamento nas farmácias do Componente Especializado, será necessário apresentar:

- Documento de identificação com foto
- Receita original
- Para medicamentos termossensíveis, levar recipiente térmico e gelo.

Renovação

Para manter o cadastro no Componente Especializado, a renovação deve ser realizada a cada três meses. O paciente poderá designar representantes para realizar a renovação do cadastro, bem como a retirada do medicamento. Para tanto, é necessário apresentar declaração autorizadora anexada às cópias dos documentos pessoais da pessoa designada.

Em síntese, a página da SES/DF atende a 8 dos 9 atributos de eGOV, exceto a presença do mapa do *site* e, a 2 dos 4 atributos da LAI, exceto o FAQ e a identificação das fontes de informação (ver Roteiro A, APÊNDICE D). No teste de verificação da funcionalidade da ferramenta “campo de busca”, a mesma mostrou-se efetiva no retorno à pesquisa realizada. Pela página é possível fazer *download* de formulários e arquivos, além de realizar consultas sobre a disponibilidade de medicamentos em estoque. Essa característica enquadra a página no nível de maturidade de “interação” porque permite interfaces entre o serviço eletrônico e o cidadão. Cabe destacar, que apesar da funcionalidade existir, no momento da consulta aos formulários (LME e declaração autorizadora), ambas as páginas apresentaram erro ao indicar que a página não foi encontrada (ANEXO BBB).

Em relação ao CEAF, são contemplados entre 8 dos 11 atributos do CEAF, ou seja, não foram incorporados os prazos de validade dos documentos para cadastro e período de renovação, as orientações para preenchimento do LME e as informações sobre o fluxo de avaliação (como é feito, tempo de análise) (ver Roteiro B, APÊNDICE F). Contudo, a página sobre o CEAF é bastante rica em informações e apresenta como diferencial o agendamento nas farmácias para cadastro e dispensações via telefone (160 ou 0800), a possibilidade de consulta ao estoque dos medicamentos fornecidos em cada uma das farmácias do CEAF e, vídeo explicativo animado com orientações sobre como se cadastrar no componente - fluxos de acesso e dispensações (periodicidade, documentos, interrupção, quem pode retirar) e, renovações do cadastro (periodicidade, documentos, prazos), assim como no corpo do texto da página do CEAF.

A leitura dos textos disponíveis em “Assistência Farmacêutica” (ANEXO CCC) e “Componente Especializado” (ANEXO DDD) ressalta a predominância de termos técnicos dificultando a compreensão pela população em geral, com o ILT de “muito difícil” para ambos os textos, isto é, textos adequados apenas para áreas acadêmicas específicas (APÊNDICE E). O vídeo animado é mais uma forma de linguagem que contribui para o acesso à informação da população. Contudo, o texto usado no vídeo adota o mesmo vocabulário dos textos avaliados (muito difícil legibilidade).

5.6.2 Secretaria Estadual de Saúde/Mato Grosso

A página eletrônica de abertura da SES/MT (figura 63) apresenta elementos de usabilidade e de *layout* que, de forma geral, a caracterizam como uma página pesada:

excesso de elementos sobrecarregando o nível de carga informacional, com demasia de misturas de cores e tipos de fontes, embora a presença de espaços em branco, presença de fundo neutro, e alinhamento do texto à esquerda. As informações estão organizadas por perfil de usuários (Cidadão, Profissional e Gestor e, Licitações), no *menu* principal superior (Início, Institucional, Publicações, Atos Normativos, Unidades de saúde, Serviços, Ouvidoria, Contato), por *banners* de conteúdo diversos – lateral direita (Conselho Estadual de Saúde, **Assistência Farmacêutica**, dentre outros), e conteúdos variados agrupados em: Notícias, Informes, e Informações e Serviços – que contém *link* “Medicamentos disponíveis no SUS”.

Figura 63 - Página inicial – SES/MT

The image shows the homepage of the SES/MT website. At the top, there is a navigation bar with user profiles (Cidadão, Profissional e Gestor, Licitações) and a search bar. Below this is a secondary navigation menu with links for Início, Institucional, Publicações, Atos Normativos, Unidades de Saúde, Serviços, Ouvidoria, and Contato. The main content area is divided into several sections: Notícias, Informes, and Informações e Serviços. The Informações e Serviços section is highlighted with a red dotted box and contains links for Licitações e Contratos, Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Calendário de Saúde, Dicas de Saúde, Informações de Saúde, Informações sobre as Unidades de Atendimento, Lista de pagamento Usuários do SUS TFD - programação de pagamentos, Informações financeiras - Transferências para municípios, Medicamentos disponíveis no SUS, and Perguntas Frequentes. A hand cursor points to the 'Medicamentos disponíveis no SUS' link. On the right side, there is a vertical sidebar with various service icons and logos, including Conselho Estadual de Saúde, assistência farmacêutica, SUS SAÚDE E SEGURANÇA, Transferência Para Municípios, Comissão Intergestores Biparte, Instrumento de Planejamento SES/SUS, SE LIQUE NA SAÚDE, Telessaúde Mato Grosso, Portal Transparência, SIC, and Chamamento Público. The website URL www.saude.mt.gov.br is displayed at the bottom.

Além dos caminhos já citados, o acesso às informações para a política de medicamentos ocorre também pelo caminho “Cidadão (> Informações sobre AF” e “Perguntas Frequentes”) (ANEXO EEE), e no *menu* “Unidades de Saúde” e perfil “Profissional e Gestor” (> “Superintendência de AF”) (ANEXO FFF), ou seja, a navegação para o acesso às informações sobre a AF é possível por variados caminhos que direcionam para uma mesma página “Superintendência de AF” (figura 64). A presença do *banner* permanente “Assistência Farmacêutica” na página de abertura e na relação de “Informações e serviços” facilita a identificação do conteúdo logo no primeiro acesso.

A referida página “Superintendência de AF” (figura 64) apresenta sua organização em blocos de assuntos, dispostos no *menu* lateral esquerdo: Principal, Quem somos, Farmácia, Normas técnicas, PCDT, Protocolos estaduais, Documentos, Boletim informativo, Instruções normativas e Contato. A curta página “Principal” apresenta a missão e os contatos da Superintendência da AF. Ainda, a página apresenta campo de busca (1) e barra de estado (2).

Figura 64 - “Superintendência de Assistência Farmacêutica > Principal” – SES/MT

The screenshot displays the website interface for the 'Superintendência de Assistência Farmacêutica' (SAF) of the State of Mato Grosso. At the top, there is a header with the logo of the 'GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO' and the 'SES SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE'. A search bar (1) is located in the top right corner. Below the header, there is a navigation menu with options like 'Início', 'Institucional', 'Publicações', 'Atos Normativos', 'Unidades de Saúde', 'serviços', 'Ouvidoria', and 'Contato'. A secondary menu below it includes 'Início', 'Profissional e Gestor', and 'Superintendência de Assistência Farmacêutica'. The main content area is titled 'Superintendência de Assistência Farmacêutica' (2) and contains sections for 'Quem Somos' (with a mission statement) and 'Contatos' (with contact information for LUCI EMILIA GRZYBOWSKI DE OLIVEIRA). A sidebar on the left lists various menu items such as 'Principal', 'Quem Somos', 'Farmácia', 'Normas Técnicas', 'Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)', 'Protocolos Clínicos Estaduais', 'Documentos por patologia para obtenção de medicamentos na Farmácia Estadual', 'Boletim Informativo', 'Instruções Normativas', and 'Contatos'. The footer includes the address: 'Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Centro Político Administrativo, Palácio Paiaguás, Rua D, S/N, Bloco 5, CEP: 78049-902 Cuiabá-MT, Fone: (65) 3613-5387'.

Fonte: www.saude.mt.gov.br

Em “Quem somos” (figura 65) uma extensa página apresenta a missão, a organização por componentes, a equipe técnica e o endereço e os contatos da AF.

Figura 65 - “Superintendência de AF > Quem somos” – SES/MT

Governo de Mato Grosso | Ir para conteúdo | A+ | Contrato
SES GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 denunciar
 Pesquisa
 Cidadão Profissional e Gestor Licitações
 Início Institucional Publicações Atos Normativos Unidades de Saúde Serviços Ouvidoria Contato
 Email Institucional Sistemas Web
 Você está aqui: Início > Profissional e Gestor > Superintendência de Assistência Farmacêutica > Quem somos

Principal
 Quem Somos
 Farmácia
 Normas Téc
 Protocolos C Diretrizes Terapêuticas
 Protocolos Clínicos Estaduais
 Documentos por patologia para obtenção de medicamentos na Farmácia Estadual
 Boletim Informativo
 Instruções Normativas
 Contatos

Superintendência de Assistência Farmacêutica
Quem Somos
Missão
 Desenvolver estratégias e ações que visem melhorar a organização da assistência farmacêutica no âmbito estadual, em consonância com a Política Nacional de Medicamentos e com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, assegurando o acesso da população aos medicamentos e insumos de saúde, de forma racional.

Componente Básico
 Agravos mais frequentes na população brasileira;
 Tratamento se dá na atenção básica à saúde;
 Custeados pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios (Tripartite);
 No estado de Mato Grosso à programação, aquisição, distribuição e dispensação são atribuições dos municípios.
 Relação Municipal de Medicamentos - REMUME;
 SES Repasse financeiro (Portaria MS nº1.555/2013).
 Aquisição de medicamentos para o Sistema Prisional (Portaria MS nº1554/2013 e Infecções)
 Oportunistas (DST/AIDS) (Pactuação CIB nº050 de julho de 2018)

Componente Estratégico
 O Ministério da Saúde é o responsável pelo financiamento, aquisição e distribuição aos Estados e Distrito Federal dos medicamentos, vacinas e outros insumos.
 Tratamento de doenças com perfil endêmico que apresentam considerável expressão socioeconômica e cujo tratamento de seus portadores configura uma estratégia de controle;
 Prevenção;
 Diagnóstico;
 Tratamento e controle de agravos específicos;
 Controle de endemias focais, tais como: malária, leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
 Controle da tuberculose;
 Hanseníase;
 DST/AIDS;
 Sangue e hemoderivados;
 Alimentação e nutrição;
 Controle do tabagismo.
 Sistemas Próprios Ministérios para programação, dispensação, monitoramento: SIES; SICLOM; SISLOG LAB.

RESME-MT Componente especializado- CEAF
 Doenças de alta prevalência;
 Patologias específicas;
 Casos de intolerância ou refratariedade aos tratamentos de primeira linha;
 Evolução para quadro clínico grave;
 Norteado pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).
 Organizada por doença/agravo, especificando para quais classificações Internacionais de doenças (CIDs) o acesso é liberado.
 Ainda é detalhada a responsabilidade de financiamento e aquisição de cada medicamento uma vez que tais atividades são compartilhadas entre os três entes federados.

EQUIPE
 Luci Emilia Grzybowski de Oliveira - Superintendente SAF
 Willian Benjamin Rastelli Ribeiro - Coord. Farmácia de Atendimento ao Componente Especializado
 Laura Alves da Silva - Coord. Assistência Farmacêutica Primária e Estratégica
 Gabrielle Vitoria Prinoielli Oliveira de Figueiredo - Coord. Farmácia de Demanda Extraordinária
 Moacyr Assis Ribeiro - Coord. de Abastecimento e Distribuição de Insumos e Medicamentos
 - Coord. de Gestão de Medicamentos e Insumos
 Elizangela Vicuna Couto da Silva Cintra - Farmacêutica - RT

Endereço: Avenida Gonçalo Antunes de Barros, Nº 3366 - Carumbé Cuiabá- MT
 78058-743 Telefone: (65)
 Email: saf@ses.mt.gov.br

A página “Farmácia” (figura 66) dispõe de uma extensa relação de itens e conteúdos importantes para a solicitação de cadastro do usuário ao CEAF: formulários e lista de exames (página sem conteúdo) (ANEXO GGG), lista de documentos pessoais (figura 67), fluxo de acesso (conteúdo não disponível) (ANEXO HHH). Os itens: resumo dos protocolos estaduais, legislação, Resme, PCDT, Protocolos Clínicos Estaduais (situações não cobertas pelo CEAF) são apresentados em forma de listas com *links*. Documentos por patologia apresenta a relação de exames obrigatórios e documentos por doença de acordo com os PCDT) (ANEXO III) e, Contatos traz os nomes, contatos da superintendência e coordenações da AF (ANEXO JJJ). Todas as páginas mantêm entre si o padrão e identidade visual.

Figura 66 - “Superintendência de AF > Farmácia” – SES/MT

The screenshot shows the website interface for the 'Superintendência de Assistência Farmacêutica' (SAF) under the 'SES/MT' (Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso). The page features a header with the state logo and navigation options. A main menu includes 'Início', 'Institucional', 'Publicações', 'Atos Normativos', 'Unidades de Saúde', 'Serviços', 'Ouvidoria', and 'Contato'. The current page is titled 'Superintendência de Assistência Farmacêutica' and is part of the 'Profissional e Gestor' section. A sidebar menu on the left highlights 'Farmácia', which has opened a dropdown menu with the following items: 'Formulários para Acesso a Medicamentos Estadual e Federal (LME)', 'Lista de Documentos Pessoais', 'Lista de Exames Necessários', 'Resumo dos Protocolos Estaduais', 'Fluxo de Acesso a Medicamentos', 'Legislação', and 'Resme'. The main content area displays information about the SAF, including contact details for GRZYBOWSKI DE OLIVEIRA and the address: 'Estado de Saúde de Mato Grosso, Setor Administrativo, Palácio Paiaguás, Rua D, S/N, Bloco 5, CEP: 78049-000, Mato Grosso, MT, Fone: (65) 3613-5387'.

Fonte: www.saude.mt.gov.br

**Figura 67 - “Superintendência de AF > Farmácia > Lista de documentos pessoais”
– SES/MT**

Gov. de Mato Grosso Ir para conteúdo | A+ A- | Contraste

SES SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Cidadão Profissional e Gestor Licitações

Início Institucional Publicações Atos Normativos Unidades d

Você esta aqui: Início > Profissional e Gestor > Superintendência de Assistência Fa

Principal Superintendência de Assistê

Quem Somos

Farmácia **Lista de Documentos Pessoais**

Normas Técnicas

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas(PCDT)

Protocolos Clínicos Estaduais

Documentos por patologia para obtenção de medicamentos na Farmácia Estadual

Boletim Informativo

Instruções Normativas

Contatos

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
Centro Político Administrativo, Palácio Paiaguás, Rua D, S/N, Bloco 5, CEP: 78049-902
Desenvolvido pela Coordenadoria de Tecnologia de Informação

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do paciente.
- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do responsável legal (para pacientes menores de 18 anos).
- Receita médica original adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples) atualizado com assinatura e carimbo do médico com CRM legível, e a descrição do medicamento de acordo com a Denominação Comum Brasileira, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc...), posologia e duração do tratamento.
- LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamento).
- Formulário Cadastro de Usuários (somente para usuários que realizam a primeira solicitação administrativa de medicamentos à SES)
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

ATENÇÃO: Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínica e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.

Fonte: www.saude.mt.gov.br

Em síntese, a página da AF atende a 7 dos 9 atributos de eGOV exceto a presença do mapa do *site* e alinhamento do texto à esquerda e, a 2 dos 4 atributos da LAI, não atendendo a identificação das fontes de informação e data da última atualização. No teste realizado para verificação da funcionalidade da ferramenta “campo de busca”, ela não retornou resultados à pesquisa, não se mostrando, portanto, efetiva na busca por palavras chave. Pela possibilidade de se baixar arquivo (*download* do LME) através da página eletrônica, a página se enquadra no nível de maturidade de interação (ver Roteiro A, quadro 1). Quanto ao CEAF, atende a 6 dos 11 atributos (ver Roteiro B, quadro 3), demonstrando fragilidades na disponibilização de informações sobre o componente, especificamente a ausência dos prazos de validade dos documentos e exames para cadastro e renovação, orientações para preenchimento do LME, informações sobre o fluxo de avaliação, dispensações e renovações, ainda que haja elevado volume de *links* e páginas. Podemos destacar positivamente a disponibilização

atualizada do estoque dos medicamentos.

Na leitura direta do texto da página eletrônica do Mato Grosso “Assistência Farmacêutica (> Quem somos) (ANEXO KKK) e (> Lista de Documentos Pessoais) (ANEXO LLL) identificamos predominância de termos técnicos, o que concorre para que o índice de legibilidade enquadre ambos os textos como de muito difícil compreensão, ou seja, um texto adequado apenas para áreas acadêmicas específicas. (APÊNDICE E).

5.7 Análise global e comparativa dos *sites* descritos

Dada a descrição individual de cada *site* apresentada, seguimos com a análise global e comparativa das mesmas.

Com relação aos aspectos de eGov, os atributos de navegabilidade são aqueles que favorecem positivamente a navegação do usuário nos *sites*. Para tanto, foram selecionados 6 atributos de forma a termos a percepção sobre a facilidade ou dificuldade de navegação do usuário comum – cidadão nas páginas governamentais. O primeiro deles, o mapa do *site* tem a característica de ser um guia ou tutorial para auxílio à navegação na página e, não foi identificado em 5 das 11 páginas eletrônicas avaliadas, a saber: Tocantins, Roraima, Santa Catarina, Distrito Federal e Mato Grosso. Já o campo de busca, ferramenta de pesquisa de conteúdo, sendo uma alternativa para encontrabilidade de informação, não foi identificada apenas na SES Roraima. Contudo, apesar dos demais *sites* terem apresentado o referido campo, no teste de funcionalidade da ferramenta com busca pelas palavras definidas na pesquisa - remédio, medicamento e farmácia – dada a observância do campo de busca deve contemplar as palavras-chave mais usadas pelos cidadãos, ainda que não pertençam à terminologia oficial, 2 estados não apresentaram resultados de forma adequada (Tocantins e Mato Grosso). A barra de estado ou migalha de pão, importante no rastreamento do caminho percorrido até à informação, não foi identificada nos estados de Roraima e São Paulo. Um dos aspectos mais relevantes da navegabilidade, o acesso fácil e intuitivo, se deu pela definição da possibilidade de identificação imediata na página inicial dos termos remédio, farmácia, medicamento e assistência farmacêutica, de forma a prover a busca de forma rápida, sem a necessidade de procura em outros itens de *menu*, *banners* ou *links* indiretamente. Apenas os estados do Rio de Janeiro e Santa Catarina não cumpriram esse quesito. Complementarmente à facilidade do acesso, temos o atributo de “acesso em até 3

cliques”, que é um limite aceitável de abertura de páginas em busca de um serviço ou informação. Esse critério foi atendido por todas as páginas analisadas. E por fim, ainda sob o aspecto da navegabilidade, as formas diferenciadas de serviço não foi localizada no *site* do Ministério da Saúde e da Paraíba, em que apenas um único caminho estava disponível. Contudo, esses dois *sites* apresentaram acesso fácil e intuitivo, com identificação dos termos relacionados à política de medicamentos na página inicial, de forma a assegurar o adequado acesso ao conteúdo. Todos os demais *sites* possibilitam acessar a página de serviços da Assistência Farmacêutica mais de uma via, geralmente direcionando para a mesma página de conteúdo, favorecendo a encontrabilidade da informação.

Quanto ao desenho/*Layout*, de forma geral, todas as páginas apresentaram uniformidade de apresentação e formatos, assim como a presença de fundos neutros. Apesar disso, o *site* da Paraíba apresentou mistura de tipo de fontes e Santa Catarina alteração da cor da fonte de preta para vermelha, mantendo o padrão dos demais itens. O alinhamento do texto à esquerda, que é um recuso que favorece a leitura, contudo, não foi utilizado por Roraima e Mato Grosso. Nesses, os conteúdos referentes à AF apresentaram a formatação de texto “justificado”.

Dentre os aspectos analisados, a LAI não vem sendo cumprida adequadamente. Dos 11 *sites*, 7 cumpriram metade dos atributos (SP, RJ, BA, SC, RS, DF, MT) e da totalidade, nenhum indica a fonte da informação, que é o elemento que indica a confiabilidade e segurança da informação apresentada. A data de atualização das páginas eletrônicas é feita apenas por SC e pelo DF, que no caso da busca de informações para serviços do CEAF apresenta criticidade dada a dinâmica de atualização de regras de acesso, sobretudo dos PCDT. Uma das exigências da LAI é a disponibilização dos endereços, telefones e horários de atendimentos das unidades que prestam serviços. Sob esse aspecto, foi plenamente atendido pela BA, MT, DF, SC e RJ (que informa só da capital). Apenas endereço e telefone, sem horário de funcionamento: MS, TO, RR, SP e RS. O estado da Paraíba foi o único a não fornecer nenhum desses dados. Sobre o estado de SC podemos destacar a extensa capilaridade de locais que realizam as etapas de solicitação e renovação do CEAF (captação de documentos para submissão de análise dos critérios técnicos e documentais para cadastro e renovação), que consta de aproximadamente 300 unidades distribuídas em todo estado. Essa capilaridade possibilita maior facilidade de acesso aos residentes dos locais mais distantes dos grandes centros e da capital, que dispõe de menor concentração dos

serviços de saúde. Quanto à disponibilidade de perguntas e respostas mais frequentes – FAQ, foi identificada apenas SP, BA, RS, MT e RJ. Porém, apenas o Rio de Janeiro dispôs de FAQ específico para o CEAF, o qual se mostrou bastante esclarecedor quanto aos fluxos de acesso, indicando ser uma ferramenta bastante útil para simplificar informações mais complexas, como no caso estudado.

Comparativamente, podemos avaliar a variação de cumprimento dos critérios estabelecidos agrupando-os por faixa de resultados. Com o pior resultado, identificamos o estado de Roraima com cumprimento de 6 (46,2%) dos 13 atributos selecionados sob a perspectiva do eGov (navegabilidade, desenho) e LAI. De forma intermediária, temos 5 *sites* que obtiveram entre 8 e 9 atributos (variação de 61,5% e 69,2%), sendo: PB, MS, TO, SC, MT. Já os melhores desempenhos foram dos estados de SP, RJ, DF, BA e RS (variação de 10 a 11 atributos, 76,9% e 84,6%), e nenhum *site* atendeu a 12 ou 13 atributos. Desse modo, podemos sugerir que, embora tenhamos experiências que favoreçam a busca de informações pelos usuários, há uma considerável parcela que ainda pode dispor de ferramentas que tornem o instrumento de ação pública – *website*, mais amigável ao cidadão comum, sob a perspectiva do eGov (navegabilidade, desenho) e LAI. Os aspectos da LAI foram os menos satisfatórios, com o agravante de ser uma determinação legal que, portanto, não está sendo cumprida adequadamente. Globalmente, podemos destacar de forma negativa o estado de Roraima que atendeu a apenas 6 atributos e, positivamente, Bahia e Rio Grande do Sul com o cumprimento de 11 dos 13 atributos de eGov e LAI.

Quanto à maturidade do serviço, exceto RR e PB que se encontram no nível informacional, os demais foram classificados no nível de interação (MS e as 8 demais SES), ao possibilitarem sobretudo, *download* do formulário LME, da lista de documentos e de medicamentos, e *links* para outros serviços. Nenhum dos *sites* atingiu o nível de maturidade de transação, no qual se realiza o procedimento totalmente por forma digital, 24 horas por dia, 7 dias por semana. Entretanto, cabe esclarecer, que por questões legais, o acesso ao CEAF requer obrigatoriamente atendimento presencial. Ainda assim, o que se observa é que, mesmo nas etapas que fosse possível maior interface eletrônica, há importante fragilidade para essa ocorrência, haja vista as poucas experiências positivas identificadas, que serão apresentadas ao final dessa análise.

Desse modo, por região, podemos inferir uma atuação negativa para a região norte no qual os estados avaliados figuraram entre o pior (RR) e médio (TO) desempenho do país e, de forma positiva para a região sudeste em que ambos os estados

analisados estão entre os de melhor desempenho (SP, RJ), nos quesitos de e-GOV e LAI (Instrumento A, APÊNDICE D). As demais regiões apresentaram resultados variados.

Sobre as informações para a política de AF, especificamente para o CEAF, temos uma importante variação na qualidade da sua disponibilidade entre os estados. De forma geral, todos os *sites*, em algum grau, apresentaram informações gerais sobre a política de AF, sendo alguns de forma sucinta e superficial (TO, RR e PB). Dessas informações, a apresentação da organização por componentes não foi identificada nos estados do TO e PB. Especificamente sobre o CEAF, a etapa de solicitação é aquela que requer maior atenção no que tange à oferta de informações detalhadas, com indicação de formulários, documentos e exames, visto se tratar da etapa inicial do pleito de medicamentos pelo paciente. A ausência, insuficiência ou incompletude de orientações tende a atrasar ou mesmo inviabilizar a solicitação. Sobre essa etapa, temos: 3 SES (TO, RR e PB) e o Min. da Saúde que não dispuseram da relação de documentos necessários para o cadastro, sendo que, dentre aqueles que ofertaram a relação, apenas 1 (RJ) informou o prazo de validade dos mesmos. Esse dado é de extrema importância visto a variedade de exames clínicos e laboratoriais por tipo de doença e condição clínica (PCDT), ou medicamento, além de documentos e formulário (LME) que devem ser apresentados no ato da solicitação. Cada PCDT determina, em particular, sua relação de exames, sendo que cada estado dispõe da sua interpretação sobre exigências de prazos quando não claramente estabelecidos. Quanto à relação de medicamentos contemplados no CEAF, todos as SES a apresentaram, algumas por meio de listas, ou do *link* para o *site* do Min. da Saúde (disponibiliza lista) ou ainda por meio da Rename estadual, sendo possível em alguns casos, realizar por campo de busca o medicamento específico. A relação de medicamentos em forma de lista, contudo, torna mais simples e direta a busca do medicamento. Os Protocolos Clínicos (PCDT) indicam os critérios de inclusão e de exclusão - condições clínicas e exames necessários para cada doença/medicamento, sendo fundamentais para a execução do CEAF. Sob esse item, 3 estados não disponibilizaram os protocolos ou *link* para os mesmos (TO, RR e PB), estando disponível no MS e nas demais SES. Além do cumprimento dos critérios estabelecidos nos PCDTs toda solicitação e a cada renovação (trimestral) deve-se apresentar o formulário LME – Laudo para Solicitação de Medicamentos Especializados. A disponibilização do formulário LME não foi localizada nos estados de RR e PB, estando presente em todas as demais SES e MS. Fator crítico, contudo, é seu preenchimento correto e adequado, requerendo orientações detalhadas para esse fim. Entretanto,

nenhum dos *sites* analisados disponibilizou orientações de preenchimento. A etapa de avaliação consiste na observação do cumprimento dos critérios documentais e biomédicos estabelecidos nos PCDTs, assim como do adequado preenchimento do LME. Para tanto, cada estado adota uma dinâmica própria variando sobretudo no tempo de análise, forma de acompanhamento e divulgação do resultado dessa etapa de execução. Desse modo, faz-se necessário dispor de informações referentes ao funcionamento da mesma. Apenas RJ, BA e SC o fizeram. A dispensação refere a etapa de entrega do medicamento ao paciente ou ao seu portador legal, geralmente de frequência mensal, podendo chegar até trimestral, sendo informada pelas SES: SP, RJ, BA, SC, RS e DF. E, por fim, a etapa de renovação, que ocorre a cada três meses, com apresentação de nova prescrição médica, LME e alguns exames de monitoramento, disponível para as mesmas SES da etapa de dispensação apenas (SP, RJ, BA, SC, RS e DF).

Comparativamente, o estado da PB apresentou o pior resultado referente aos atributos do CEAF, ao disponibilizar apenas 2 (18,2%) dos 11 atributos, seguido pelos estados da região norte (TO e RR) que dispuseram de apenas 3 atributos (27,3%). De modo intermediário temos MS com 5 atributos (45,5%), MT com 6 (54,5%). Já os melhores *websites* analisados em relação ao CEAF foram: SP, RS e DF com 8 atributos (72,7%), BA e SC (9 atributos – 81,8%) e RJ (10 atributos – 90,9 %). Cabe destacar, conforme dito na descrição, que o MS não desempenha a prestação do serviço diretamente à população. Como podemos depreender, não há entre as páginas das SES um padrão de organização e disponibilização das informações sobre a política do CEAF. Contudo, sob este aspecto, as SES das regiões sul e sudeste, tiveram os melhores desempenhos.

Ainda, sob uma análise global, comparativamente o desempenho geral dos *websites* (eGov e LAI) e a qualidade informacional do CEAF, podemos inferir uma certa simetria de resultados. Isso se traduz pelas pontuações dos estados nos dois formulários de verificação. Via de regra, os estados que obtiveram os melhores resultados em um aspecto, obtiveram também no outro, isto é, os melhores resultados em eGOV/LAI, também foram os melhores pontuados em CEAF: SP (76,9% e 72,7%), RJ (76,9% e 90,9%), DF (76,9% e 72,7%), BA (84,6% e 81,8%) e, RS (84,6% e 72,7%) e, o estado de RR que obteve os piores resultados em ambos os roteiros de leitura (46,2% e 27,3%), respectivamente eGOV/LAI e CEAF. Além desses, o estado do MT obteve pontuação intermediária em ambos os aspectos (69,2% e 54,5%), assim como o

Ministério da Saúde (69,2% e 45,5%), que deve ser observado com as devidas ressalvas apontadas. Desse modo, temos 8 concordâncias de resultados e 3 não-concordâncias (PB – 61,5% e 18,2%; TO – 69,2% e 27,3%; SC – 69,2% e 81,8%).

Podemos destacar, isoladamente, experiências exitosas entre os estados de todas as regiões do país aqui analisados, exceto o estado da Paraíba. Em SP, SC e RS identificamos os Guias de orientações organizados por doença, estabelecendo de forma clara e direta os exames necessários para cadastro e renovações, com indicação da data de atualização do documento. De forma semelhante faz o estado da BA, incluindo o fluxo de acesso do paciente da prescrição até o serviço final, organizado por doença e medicamento. Em SP temos o Guia de orientação sobre medicamentos, que traz informações gerais sobre como ler uma receita médica, armazenamento de medicamentos, etc. No RJ podemos destacar o FAQ específico para o CEAF, com respostas diretas às dúvidas mais frequentes e relacionadas a cada etapa do CEAF. Já MT e DF informam o estoque disponível nas farmácias, esse último ainda apresenta a regionalização de atendimento das farmácias (referenciamento dos municípios) e agendamento por *call center*. No DF chama atenção também, o vídeo explicativo animado sobre o fluxo de cadastro do paciente, com orientações de forma lúdica e simplificada. Dentre todos os *websites*, porém, o RS pode ser considerado o estado com a página mais avançada ao disponibilizar eletronicamente a consulta do status da solicitação de cadastro, informando, ainda, em caso de pendências, os motivos e as possíveis adequações. Desse modo, possibilita ao cidadão - pacientes, geralmente graves ou portadores de doenças crônicas ou ainda, dos seus representantes legais - a provisão das adequações necessárias sem a necessidade de deslocamento para obter essa informação, com ganho de tempo. Apesar desse fato, apontamos, portanto, cinco características das experiências exitosas que poderiam ser observadas por outras iniciativas estaduais no processo de democratização das informações da política de medicamentos especializados para os cidadãos, consistem em: a) disponibilizar fluxos de acesso para os medicamentos; b) organizar guias de orientação específica por doença; c) dispor de informações em diferentes formatos e linguagens, utilizando a variedade de recursos disponíveis tipo, texto, FAQ, vídeo, desenhos e imagens, etc.; d) dispor do LME além do formato de impressão possibilitando seu preenchimento eletrônico e arquivamento de dados; e) permitir consulta à situação da solicitação do medicamento, com os possíveis status (deferido, deferido sem estoque, indeferido ou pendente), da data do último atendimento ou dispensação e ao estoque dos

medicamentos.

Ainda que diversos itens dos Roteiros A e B tenham sido levados em consideração pelas páginas das SES, a linguagem adotada nos textos destinados aos cidadãos apresenta um forte componente técnico que compromete o entendimento pela população em geral. Visto que a legibilidade traduz o nível de clareza e compreensão de um texto, esse foi um dos indicadores de maior preocupação e que tende a comprometer criticamente a finalidade de informar, aproximar e ofertar serviços por via eletrônica ao cidadão. Nenhum dos 11 *sites* analisados obteve, em nenhum dos dois textos avaliados, (leitura humana e tecnicizada) índice de legibilidade textual (ILT) correspondentes ao nível “muito fácil” ou “fácil”, isto é, textos apropriados para a maioria da população brasileira que corresponde ao nível educacional de até a quarta série do ensino fundamental ou até a oitava série do ensino fundamental, respectivamente. Conforme apresentado na tabela 3 – Nível de escolaridade da população brasileira, pouco mais da metade da nossa população (50,4 %) possui nível de escolaridade até o ensino fundamental completo, sendo que desses, 7,5 % não possui qualquer nível de instrução formal (PNAD, 2017). Ainda, conforme a tabela 2 – Dados Sócioeconômicos, o Brasil possui uma taxa de analfabetismo de 7% na população de 15 anos ou mais de idade, com destaque negativo para as regiões norte e nordeste. Todos os textos analisados apresentaram índices de legibilidade variando entre “difícil” e “muito difícil”; característica incompatível com o nível educacional dos brasileiros. Ou seja, em nenhuma das páginas estaduais e do próprio Ministério da Saúde há uma composição de linguagem clara e compreensível apropriada à população a qual se destina. Deve-se ainda considerar os aspectos das habilidades e do letramento digital, que como vimos, está diretamente associado ao nível de escolaridade da população.

Tivemos em 6 dos 10 estados analisados (Roraima, Distrito Federal, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Paraíba), em ambos os textos (exceto MT e PB com 1 único texto analisado por insuficiência de dados), identificados como de “muito difícil” compreensão, isto é, linguagem compreensível apenas para pessoas da área acadêmica específica, isto é, adequado apenas para farmacêuticos, médicos, gestores e demais profissionais da saúde, dificultando o pleno entendimento mesmo para aqueles quem tenha alto nível de escolaridade, ou seja, nível superior completo, que no país corresponde a apenas 15,2 % da população em média (a região nordeste apresenta apenas 10,3% da população com nível superior – a pior média do país). Apenas o estado do Rio de Janeiro teve ambos os textos identificados como de “difícil”

compreensão e, é o que apresenta o texto que mais se aproxima de uma linguagem classificada como “fácil” – texto do FAQ, de acordo com a nossa percepção de leitura e pelo valor do ILT alcançado, que atingiu o mais elevado índice identificado em todos os textos analisados (ILT = 41,87), se aproximando do limite de indicação de texto “fácil” compreensão (ILT = 50) (APÊNDICE E). São Paulo, Tocantins, Bahia e Ministério da Saúde, tiveram 1 texto classificado como “difícil” e outro como “muito difícil”. O percentual de ensino superior da população nesses estados é de 21,7 % (SP), 13,9% (TO), 9,8% (Bahia) e a média brasileira 15,2%. Os menores índices de legibilidade encontrados foram em SP (3,44) e SC (6,41), ambos classificados como “muito difícil”.

Sob outro aspecto, agora no campo econômico e de alocação de recursos financeiros públicos (ver tabela 1 – Indicador de acesso ao CEAF e acesso à internet), as regiões norte e nordeste apresentaram os menores gastos médios per capita com medicamentos do CEAF no ano de 2018, quando comparado às demais regiões do país: região norte (R\$ 62,7) apresentando gasto equivalente a 1/5 da região sul (R\$ 300,3), que representa a maior média das regiões do país. No caso dos dez estados aqui analisados, Roraima se destaca como tendo a menor alocação de recursos média per capita no CEAF (R\$ 18,7), correspondendo a aproximadamente um décimo do valor gasto por Mato Grosso, que é o estado com o menor valor da região Centro-oeste (R\$ 184,7). Comparando a maior alocação de recursos por região, Tocantins representa o menor valor entre os melhores gastos com o CEAF por região – região norte (R\$ 116,0) se destaca com percentual de apenas 23% do valor alocado quando comparado com São Paulo (R\$ 505,9), o estado mais bem posicionado entre as regiões do país - região Sudeste. Ainda, com relação aos números apresentados na tabela 1, observa-se também discrepância intrarregional, sendo mais pronunciados: o estado do Tocantins com locação de 6,2 vezes superior ao de Roraima e, o estado de São Paulo com 5,6 vezes superior ao Rio de Janeiro.

Não é possível inferir relações entre a qualidade das páginas eletrônicas (conteúdo CEAF e apresentação – eGOV/LAI) com gasto per capita com medicamentos CEAF nos estados. Apenas o estado de Roraima obteve os menores índices em todas as variáveis, incluindo o menor valor nacional per capita com CEAF. Nos demais, não foi possível observar simetria nos resultados. A exemplo, temos o estado do RJ que teve a menor pontuação de abrangência de conteúdo CEAF, contudo, seu gasto per capita com o próprio CEAF foi de apenas R\$ 90,7, o menor da região sudeste. Já a Paraíba, teve a pior pontuação para o CEAF e dispõe do maior gasto em toda a região nordeste (R\$

257,0).

Em termos regionais, contudo, os resultados seguem a tendência dos indicadores socioeconômicos, refletindo a complexidade da organização do sistema como ação integrada entre os fatores sociais, econômicos, educacionais que interferem no acesso às políticas públicas, conforme discutido ao longo dessa pesquisa. Desse modo, temos a região Sul, que possui os maiores dados socioeconômicos (tabela 2), e dispõe de maior gasto per capita com o CEAF (tabela 1) apresentou também elevada pontuação média na avaliação das páginas eletrônicas dos seus estados (formulários A e B), seguido de forma similar pelas regiões Sudeste e Centro-oeste. De forma negativa, estão as regiões Norte e Nordeste, ainda que o Nordeste tenha apresentado maiores resultados na avaliação das páginas e maior gasto CEAF, em detrimento seus menores indicadores socioeconômicos, comparativamente à região Norte.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término dessa tese, voltada para o aprofundamento dos conhecimentos acerca da política pública de medicamentos e seu aprimoramento, através da análise de páginas eletrônicas (*websites*) do Ministério da saúde (MS) e das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), enunciamos os limites e desafios desse instrumento no contexto da desigual realidade nacional, em que se aprofunda a distância existente entre determinação legal e realidade de fato.

Nesse sentido, os limites e desafios a serem superados pelos agentes políticos na publicização de informações para uma população com baixo nível de escolaridade consistem em dispor de informações seguras, baseadas em fontes confiáveis e comunicadas em linguagem de ampla compreensão pelos usuários do SUS, ao mesmo tempo que possibilite ao cidadão o acompanhamento da política de medicamentos especializados e sua permanente atualização. Para tanto, é preciso que os gestores, técnicos e profissionais responsáveis pela alimentação das páginas eletrônicas conheçam o perfil da população de seus respectivos estados para prover as condições reais para a apropriação cidadã dos serviços prestados pelas Secretarias de Saúde e pelo próprio Ministério da Saúde.

A proposta da política de Governo Eletrônico do uso das tecnologias de informação e comunicação - TICs como ferramenta na oferta de serviços e aproximação do governo com os cidadãos, pode ter seu objetivo frustrado pela aparente incapacidade na oferta de informações adequadas ao seu próprio público, isto é, os cidadãos comuns que compõem a sociedade brasileira. E acaba por ferir um dos preceitos constitucionais, o do acesso à informação, ao não prover a sua democratização, visto a linguagem tecnicista adotada nas páginas eletrônicas de governo. A dificuldade de transposição da linguagem técnica para o entendimento leigo parece ser ainda um importante desafio aos técnicos e promotores das políticas públicas, especialmente no campo da Assistência Farmacêutica e sobretudo dos medicamentos especializados, dado o perfil socio educacional da nossa população.

De forma geral, essa pesquisa aponta, em consonância com as normativas e base legais estabelecidas, sobre a necessidade das páginas de governo em prover soluções em ambiente tecnológico integrado, eficiente e seguro, que racionalizem procedimentos e sejam instrumentos ágeis de apoio ao acesso às políticas públicas, ampliando o uso das tecnologia da informação e comunicação nas atividades finalísticas. Como vimos,

importante parcela das páginas eletrônicas de governo analisadas encontra-se no menor nível de maturidade (informação), subutilizando a capacidade das mesmas.

Corroborando com a perspectiva de complexidade de fatores interrelacionados para o acesso às políticas públicas de saúde e da AF, não pudemos estabelecer relações ou fazer inferências entre os gastos com o CEAF e a apresentação e conteúdo das páginas eletrônicas das SES, exclusivamente, conforme apresentado ao longo dessa tese.

Contudo, fica evidente o papel da informação enquanto elemento estruturante e de fundamental importância, que perpassa todos os variados e complexos fatores que compõe o acesso às políticas públicas de medicamentos, porém, isoladamente, não é suficiente para que uma política de tamanha complexidade e abrangência consiga suplantar todas as questões da ampliação do acesso.

Essa ação se justifica pelo próprio objetivo da comunicação pública, que de acordo com Fujita (2014) é ‘funcional’, “no sentido de que o receptor (público em geral) não é apenas informado sobre algo, mas também deve usar o documento para realizar algum tipo de ação” (p. 84), e ressalta que os documentos públicos, enquanto instrumentos informativos, “não são textos ‘indiferentes’, são textos prescritivos e devem ser compreensíveis para o público que irá agir de acordo com eles” (FUJITA, 2014, p. 84).

De acordo com a OMS (2019), há iniciativas bem-sucedidas de políticas e ferramentas de gestão e materiais de treinamento, mas que ainda permanecem insuficientemente conhecidos e inadequadamente aplicados. Essas experiências podem contribuir, por meio da geração de conhecimento e parcerias na promoção de políticas públicas para a saúde. Nessa pesquisa realizada apontamos as dificuldades identificadas nas páginas eletrônicas, assim como destacamos as melhores experiências de forma que estas sirvam de modelo e possam ser experimentadas por outras páginas de governo.

Acreditamos, portanto, ao longo das considerações formadas nessa tese, que conseguimos contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico, em especial para o avanço daquele dedicado às interfaces da informação, comunicação, saúde, ciência e tecnologia, com o que consideramos de capital importância, o efetivo acesso às políticas públicas pela sociedade civil, que envolve aspectos de natureza técnica e política.

Ressaltamos, conforme apontado ao longo do trabalho, que tivemos como foco a análise dos aspectos de encontrabilidade da informação para a política pública da

Assistência Farmacêutica, e o conteúdo disponibilizado para o acesso do Componente Especializado. Desse modo, dado o pontapé inicial realizado com o escopo dessa pesquisa, apontamos a diversidade e possibilidades de olhares e aspectos que podem e devem contribuir para os estudos na área, especialmente da política de medicamentos especializados.

Uma pesquisa subsequente, na linha do trabalho que foi desenvolvido na tese, mas abrangendo todas as SES do território nacional, deve também incorporar uma leitura cuidadosa das informações à luz da perspectiva do *design* da informação, assim, como os demais aspectos que interferem substancialmente no melhor uso de *websites*, a considerar, sobretudo, os aspecto de letramento digital da população brasileira.

Na nossa pesquisa priorizamos as análises nas páginas eletrônicas por meio do dispositivo computador visto, conforme apresentado nas características da oferta, esse ser o dispositivo principal que os *websites* de governos estão adaptados. Consideramos, contudo, que novas pesquisas sejam realizadas nas plataformas móveis e dispositivos digitais - celular e *tablets*, uma vez que os mesmos vêm se configurando atualmente como os instrumentos de navegabilidade *web* mais utilizados pela população brasileira (IBGE, 2017). Ainda que não tenha sido objeto desse estudo, é imperativo que seja resolvida a questão da acessibilidade aos usuários portadores de deficiências especiais.

Acreditamos que esse e novos outros trabalhos devem continuar a serem elaborados, amadurecendo as experiências dessa pesquisa, aprofundando essas e novas reflexões sobre o acesso a informações para políticas públicas por meio do eGOV haja vista os muitos desafios não-técnicos com que se deparam os governos ao perseguir suas metas de governo eletrônico como o instrumento na promoção do acesso a políticas públicas.

Assim como Esteves,

[...] insistimos numa perspectiva moderadamente otimista quanto ao contributo que a Internet pode trazer à democracia, mas que não se deve confundir com qualquer visão mirífica sobre as novas tecnologias. Não é certamente a Internet que pode resolver os problemas da nossa democracia, nem qualquer tecnologia que poderá garantir as condições para uma discussão pública e um processo deliberativo perfeitos. A hipótese aqui formulada ‘limita-se’ a reconhecer que este novo meio reúne condições e atributos que lhe permitem um certo aperfeiçoamento da democracia, se os seus próprios recursos forem mobilizados para uma comunicação pública e interação social mais fluidificadas e, por conseguinte, politicamente também mais relevantes. (ESTEVES, 2010, pp. 186-187).

Por fim, no desenvolvimento dessa tese para o provimento do título de doutoramento, tivemos a oportunidade de refletir criticamente o processo de implementação das políticas de Assistência Farmacêutica e de Governo Eletrônico, sob a perspectiva da Ação Pública e da Construção Social da Tecnologia. Pudemos identificar os principais entraves e barreiras, como também algumas oportunidades por meio dos aspectos informacionais para possibilitar o acesso da população brasileira às políticas públicas de medicamentos essenciais, e que nos permitiu alçar ao “necessário patamar de importância, este importante aspecto do direito à informação e à saúde” (BERMUDEZ, 2018).

Finalmente, com base na perspectiva teórica acolhida na pesquisa, conclui-se pela necessidade de uma ampla revisão crítica do modelo e da forma como a política de Assistência Farmacêutica vem sendo implementada, a fim de atender a todo e qualquer cidadão, garantindo o direito à saúde constitucionalmente instituído.

REFERÊNCIAS

ACÇÃO EDUCATIVA; INSTITUTO PAULO MONTENEGRO. **Indicador de Alfabetismo Funcional - INAF Brasil 2018**. São Paulo: [S.n.], 2018. Disponível em: <http://acaoeducativa.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Inaf2018_Relatório-Resultados-Preliminares_v08Ago2018.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

ALMEIDA, P. DA C. **Democracia digital na era dos governos eletrônicos: histórico, desafios e perspectivas**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Biblioteconomia)- Faculdade de Ciência da Informação, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8636/1/2014_PriscylladaCunhaeAlmeida.pdf>_ Acesso em: 23 ago. 2019.

ÁLVARES, J. *et al.* Estamos de fato medindo acesso? Revisão sistemática das medidas de acesso a medicamentos no Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, Vitória, v. 17, n. 4, p. 138–155, out./dez. 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/22603>>_ Acesso em: 27 jan. 2019.

ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/05-08-cad-info-marco-2019-total.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

ANS. **Dados Gerais - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar**. [on line]. [S.n], [S.l]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 9 jan. 2020.

ARAKAKI, C. **O governo eletrônico como instrumento de aproximação do governo e o cidadão**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação) – Programa de pós Graduação da faculdade de Comunicação, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/33531350.pdf>>_ Acesso em: 07 out. 2019.

ARAÚJO, I. S. DE. **Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas**. p. 165–178, 2004.

ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

ARAUJO, J. D. de. Polarização Epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012 . DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400002>. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2018.

ARAUJO, M. H. de. **Evidenciando as desigualdades digitais: uma análise da influência da autonomia de uso e habilidades digitais no aproveitamento de oportunidades online**. 2019. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo,

2019. doi:10.11606/T.12.2019.tde-30052019-145253. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-30052019-145253/publico/CorrigidoMarcelo.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2019.

ARAUJO, L.; RODRIGUES, M. de L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, n. 83, p. 11-35, jan. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.7458/SPP2017839969>. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292017000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2018.

ARAÚJO, R. M.de. *et al.* Governo eletrônico: Um estudo sobre as possibilidades de participação do cidadão. **Informação e Sociedade**, João pessoa, v. 23, n. 1, p. 73–90, jan./ abr. 2013. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/3b47/d675fd65781ba59f7ec77d644b1ed3f3dc3b.pdf>> . Acesso em: 16 set. 2019.

ARAUJO, M. H. de; REINHARD, N. Caracterizando os usuários de Internet no Brasil : uma análise a partir das habilidades digitais. **Twenty-fourth Americas Conference on Information Systems**, New Orleans, p. 1–10, 2018. Disponível em: <<https://aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1137&context=amcis2018>> . Acesso em: 06 abr. 2019.

AROUCA, S. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Armazém memória, 1986. 1 vídeo *on line* (9min). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ashKjZ2CIxY>> . Acesso em: 27 set. 2019.

BARBOSA, A. F. **Governo Eletrônico**: dimensões da avaliação de desempenho na perspectiva do cidadão. 2008. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2008. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/2534>>. Acesso em: 08 set. 2019.

BARBOZA, E. M. F. A linguagem clara em conteúdos de *websites* governamentais para promover a acessibilidade a cidadãos com baixo nível de escolaridade. **Inclusão Social**, Brasília, DF, v. 4, n. 1. p. 52-56, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1644>>. Acesso em: 28 set. 2019.

BARBOZA, E. M. F.; NUNES, E. M. de A.; SENA, N. K. *Websites* governamentais, uma esplanada à parte. **Ciência da Informação**. Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 118-125, abr. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652000000100012>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652000000100012&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 329–338, jun. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2019.

BARROS, R. Burocracia: Indispensável para o exercício de controles sobre a gestão ou

barreira para inovações na educação? [on line]. **Revista Educação**, [S.l.], 08 mar 2016. Disponível em: <<https://www.revistaeducacao.com.br/burocracia-indispensavel-para-o-exercicio-de-controles-sobre-a-gestao-ou-barreira-para-inovacoes-na-educacao/>>. Acesso em: 3 set. 2017.

BARROSO, J. Conhecimento, actores e política. **Sísifo, Revista de Ciências da Educação**, Lisboa, n. 12, p. 37–50, mai./ago. 2010. Disponível em <http://sisifo.ie.ulisboa.pt/index.php/sisifo/article/view/191/337>. Acesso em: 28 ago 2018.

BAUM, C.; DI MAIO, A. **Gartner's four phases of e-government model**, Gartner Group, Research Note, 2000.

BECKER, M. L. Inclusão digital e governo eletrônico no Brasil : após 20 anos, muitos desafios. **Ação Midiática Estudos em Comunicação, Sociedade e Cultura**, [S.l.], ano. 2013, n. 6., jul./dez. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/am.v0i6.34376>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/acaomidiatica/article/view/34376/21919>>. Acesso em: 11 dez. 2019.

BERMUDEZ, J. **Acesso a medicamentos: Direito ou utopia?** Rio de Janeiro: E-papers, 2014.

BERMUDEZ, J. A. Z. *et al.* Pharmaceutical services and comprehensiveness 30 years after the advent of Brazil's unified health system. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1937–1949, jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601937&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 dez 2018.

BIGDELI, M. *et al.* **Access to medicines from a health system perspective**. Health Policy and Planning, [S. l.], v. 28, n. 7, p. 692-704, out. 2013. DOI:10.1093/heapol/czs108. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794462/pdf/czs108.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

BIJKER, W. E.; HUGHES, T. P.; PINCH, T. J. **The Social Construction of Technological Systems: New directions in the Sociology and History of Technology**. Cambridge: MIT Press, 1987.

BIJKER, W. E.; LAW, J. **Shaping technology/building society: Studies in sociotechnical change**. Cambridge: MIT press, 1992.

BÖCK, B. S. **Ciência, tecnologia e sociedade e a construção social da tecnologia no brasil: uma representação por análise de redes sociais**. 2015. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Rio de Janeiro, mar. 2015. Disponível em: <http://pppro.cefet-rj.br/T/362_Bruno%20Stefoni%20B%C3%B6ck.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2018.

BONILLA, M. H. S.; PRETTO, N. de L. **Inclusão Digital: polêmica contemporânea**. Salvador: EdUFBA, 2011. (Coleção: Educação, Comunicação e Tecnologia). Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/4859/1/repositorio->

Inclusao%20digital-polemica-final.pdf>_ Acesso em: 07 mar. 2019.

BRANDÃO, C. M. R. *et al.* Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com Medicamentos de Alto Custo: Uma Análise Centrada no Paciente. **Value in Health**, [S.l.], v. 14, n. 5, supl. p. S71–S77, jul./ago. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.05.028>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301511014446>. Acesso em: 17 jun. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 30 abr 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, [1990b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 27 ago. 2019.

BRASIL. **Decreto de 3 de abril 2000**. Institui Grupo de Trabalho Interministerial para examinar e propor políticas, diretrizes e normas relacionadas com as novas formas eletrônicas de interação. Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/DNN/2000/Dnn8917.htm. Acesso em: 07 ago. 2019.

BRASIL. 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/conferencia/index_1conferencia_Ass_Farm.htm. Acesso em: 14 mar. 2019.

BRASIL. **Indicadores e métricas para avaliação de e-Serviços**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2007a. Disponível em: https://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/indicadores_e_metricas.pdf. Acesso em: 15 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: Ministério da saúde, 29 jan. 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de**

2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 26 nov. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. Padrões Web em Governo Eletrônico e-PWG - Cartilha de Usabilidade. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Casa Civil, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm. Acesso em: 30 mai. 2019.

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. Brasília, DF: Casa Civil, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 29 out. 2019

BRASIL. Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações [...] e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Relatório Preliminar de pesquisa de satisfação com Cidadãos Usuários e não Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde e/ou Urgência e Emergência, mediante inquérito amostral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/satisfacao-usuarios.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 18 de abril de 2012. Define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 18 abr. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0837_18_04_2012.html. Acesso em: 8 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 31 jul. 2013a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pt-gm-ms-1554-2013-alterada-1996-2013.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 11 de setembro de 2013. Altera a Portaria nº 1.554/GM/MS, de 30 de julho de 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 11 set. 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1996_11_09_2013.html. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.965 de 23 de abril de 2014. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil.** Brasília, DF: Casa Civil, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112965.htm. Acesso em: 01 nov. 2019.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 set. 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html#>. Acesso em: 13 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017.** Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF: Secretaria Geral de presidência da República, 26 jun. 2017b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13460.htm. Acesso em: 18 set. 2019.

BRASIL. **O que muda com a consolidação?** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/legislacao-da-saude/o-que-muda-com-a-consolidacao>. Acesso em: 26 nov. 2019.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para o desenvolvimento e qualificação. Relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf. Acesso em: 02 out 2019.

BRASIL. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) [on line]. **Ministério da Saúde**, [S. l.], 2018b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename/componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf>. Acesso em: 8 nov. 2018b.

BRASIL. Sobre o departamento [on line]. **Ministério da Saúde**, [S. l.], 2018? Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/eventos/672-assuntos/assistencia-farmaceutica/40681-sobre-o-daf>. Acesso em: 11 jul. 2018c.

BRASIL. **Portal do Governo Eletrônico.** [S.n.], [S.l.] Disponível em: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br>. Acesso em: 10 jan. 2018d.

BRASIL. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2018.pdf. Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) [on line]. **Ministério da**

Saúde, [S. l.], 16 ago. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/parcerias-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>>. Acesso em: 19 nov. 2019a.

BRASIL. Gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Palestra). In: VII FORUM DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E FARMACOECONOMIA, Salvador, 2019b. Pen drive.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos – Rename 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 nov. 2019c. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3.047-de-28-de-novembro-de-2019-230549540>>. Acesso em: 8 jan. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 3.916/GM em 30 de outubro de 1998. Política nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 10 nov. 1998. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf. Acesso em: 17 ago de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 06 mai. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em; 20 ago. 2019.

BRASIL. Sobre a Assistência Farmacêutica. Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, [S. l.], ?. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sobre-a-assistencia-farmaceutica>>. Acesso em: 11 jun. 2018d.

BRASIL. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2018.pdf. Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. SIGTAP. [S.n], [S.l]. Disponível em: <https://wiki.saude.gov.br/sigtap/index.php/Página_principal>. Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL, F. G.; CAPELLA, A. C. N. O Processo de Agenda-Setting para os Estudos das Políticas Públicas. **Rp3 - Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 41–63, ago. 2015. DOI: <https://doi.org/10.18829/rp3.v1i1.15903>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/14576>. Acesso em: 27 abr 2019.

BRANDTZÆG, P. B.; HEIM, J.; KARAHASANOVIĆ, A. 2011. “Understanding the new digital divide: a typology of Internet users in Europe,” **International Journal of Human-Computer Studies**, [S.l.], v. 69, n. 3, p. 123– 138, mar. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2010.11.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1071581910001461#!> Acesso em: 08 abr. 2019.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982008000100002>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2017.

BUZATO, M. E. K. Letramento e inclusão: do estado-nação à era das TIC. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 01-38, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-44502009000100001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502009000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2019.

CARRARO, W. B. W. H.; Estrutura E Modelo Do Acesso a Medicamentos No Brasil: Uma Análise Do Programa Farmácia Popular Do Brasil. **A Economia em Revista - AERE**, Maringá, v. 22, n. 2, p. 175, dez. 2014. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EconRev/article/view/50659/pdf_17. Acesso em: 23 ago. 2019.

CARVALHO, A. I. de. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FIOCRUZ (Ed.). **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica doo sistema de saude brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2. . 19-38. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8pmmypdf/noronha-9788581100166-03.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

CARVALHO, L. de. Abordagem discursiva da ação pública: o discurso no cotidiano da gestão pública. **Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 17, n. 199, p. 01-10, dez. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/34377>. Acesso em: 09 out. 2018.

CARVALHO, L. M. As políticas públicas de Educação sob o prisma da ação pública: esboço de uma perspectiva de análise e inventário de estudos. **Currículo sem fronteiras**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 314-333, mai./ago., 2015. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol15iss2articles/carvalho.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. supl 2, p. 2029–2040, dez. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 out. 2019

CASSIMIRO, M. de C.; DIÓS-BORGES, M. M. P (org). **Integridade Científica, Saúde Pública, Bioética e Educação em Saúde no Instituto Oswaldo Cruz**. Porto Alegre: Fi, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30935/2/48d206_221a422755814448b0bdb083862dc6de.pdf. Acesso em: 09 set. 2018.

CASTELLS, M. **A Era da Informação: economia, sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede**. 6. ed. São Paulo: paz e Terra, 2002.

CASTELLS, M. **A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade**. 8. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

CASTELLS, M.; CARDOSO, G. (org). **A Sociedade em Rede: Do Conhecimento à Acção Política**. [S. l.]: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 2005. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/conteudo/sociedade-em-rede-do-conhecimento-%C3%A0-ac%C3%A7%C3%A3o-pol%C3%ADtica>. Acesso em: 16 mai. 2018.

CASTRO, C. L. F. de; GONTIJO, C. R. B.; AMABILE, A. E. de N. (org). **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: EdUEMG, 2012.

CASTRO, C. L. F. de; GONTIJO, C. R. B.; PINTO, L. M. R. S. (org). **Dicionário de Políticas Públicas**. Belo Horizonte: EdUEMG, 2015.

CATANHEIDE, I. D.; LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1335-1356, out. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400014>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401335&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 out 2019.

CGI.BR. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC domicílios 2017**. São Paulo: CGI.BR, 2018a. Disponível em: <https://www.cetic.br/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-nos-domicilios-brasileiros-tic-domicilios-2017/>. Acesso em: 20 out. 2019.

CGI.BR. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação no setor público brasileiro: TIC governo eletrônico 2017**. São Paulo: CGIL.BR, 2018b. Disponível em: https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/TIC_eGOV_2017_livro_eletronico.pdf. Acesso em: 09 set. 2019.

CHAHIN, A. *et al.* **e-Gov: a próxima revolução brasileira: eficiência, qualidade e democracia : o governo eletrônico no Brasil e no mundo**. São Paulo: Financial Times Prentice Hall/Pearson Education do Brasil, 2004.

CHAVES, L. A. **Análise crítica dos indicadores de resultados e uso de serviços como medida desfecho do acesso a medicamentos**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de saúde pública), Escola Nacional de saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-782429>. Acesso em: 24 ago. 2019.

CNS. Pacto pela Saúde. **Conselho Nacional de saúde**, [S. l.]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>. Acesso em: 12 set. 2019.

COLEMAN, S.; BLUMLER, J. G. **The Internet and Democratic Citizenship: Theory, Practice and Policy**. 1. ed. [s.l.]: Cambridge University Press, 2009.

W3C. BRASIL. **Melhorando o acesso ao governo com o melhor uso da web**. 1. ed. 2009. São Paulo: [s.n.].

CONITEC. Entenda a CONITEC. **Conitec**, [S.l.], 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>. Acesso em: 12 jun. 2019.

CORDELLA, A. E-government: Towards the e-bureaucratic form? **Journal of Information Technology**, [S.l.] v. 22, n. 3, p. 265–274, set. 2007. DOI: 10.1057/palgrave.jit.2000105. Disponível em: <file:///C:/Users/Dalila%20Rodrigues/Downloads/egovjit.pdf> Acesso em: 17 set. 2019.

CORDELLA, A.; BONINA, C. M. A public value perspective for ICT enabled public sector reforms: A theoretical reflection. **Government Information Quarterly**, [S.l.], v. 29, n. 4, p. 512–520, out. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.giq.2012.03.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740624X12001001>>. Acesso em: 19 out. 2019.

COSTA, N. do R. Burocracia pública e política social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3505-3514, nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.19952017>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2018.

COSTA, S. R. (Hiper)textos ciberespaciais: mutações do/no ler-escrever. **Cadernos CEDES**, Campinas v. 25, n. 65, p. 102–116, abr. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622005000100008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2019.

COUTINHO, C. N. Cidadania e modernidade. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, v. 22, n. 1, p. 41–59, 1999.

CUNHA, M. A. V. C.da. Governo eletrônico no Brasil: Avanços e impactos na sociedade brasileira. In: CGI.BR. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil 2005-2009**. São Paulo: CGI.br, 2010. Disponível em: <https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic-edicao-especial-5anos.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2019.

DALLARI, S. G. A participação popular e o direito à saúde no sistema nacional de saúde brasileiro. **Revista de direito sanitário**, São Paulo, v. 6, n. 1/2/3, p. 9–24, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80811/84458>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

DAMIAN, I. P. M. **Um modelo para análise dos serviços de sites de governos eletrônicos**. 2012. Tese (Doutorado em Administração de Organizações) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. doi:10.11606/T.96.2012.tde-10072012-152804. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/96/96132/tde-10072012-152804/pt-br.php>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

DEWAN, S., RIGGINS, F. J. “The digital divide: current and future research directions,” **Journal of the Association for Information Systems**, [S.l.], v. 6, n. 12, p. 298-337, dez. 2005. Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/d6c1/18d8c0461b350e9925103db435776714781d.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2019.

DIAS, C. A. Método de avaliação de programas de governo eletrônico sob a ótica do cidadão-cliente: Uma aplicação no contexto brasileiro. 2006. Tese (Doutorado em Ciência da informação e Documentação) - Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1942/1/2006_CI%20c3%a1udia%20Augusto%20Dias.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2019.

DRUMMOND, E. D.; SIMÕES, T. C.; ANDRADE, F. B. de. Access to prescribed medicine in the Brazilian adult population. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, e180007, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100406&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2019.

DYE, T. R. **Understanding Public Policy**. 8. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1995.

ESTÊVES, D. J. **Análise de *websites***: modelo de um instrumento de avaliação aplicado em *sites* de instituições arquivísticas. 2010; Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquivologia) - Universidade Federal do Espírito Santo; 2010.

ESTEVES, J. P. Novos media e deliberação: sobre redes, tecnologia, informação e comunicação. **IC Revista Científica de Información y Comunicación**, Seville, n. 7. p. 171–191, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/IC.2010.i01.08> Disponível em: <<http://icjournal-ojs.org/index.php/IC-Journal/article/view/216/213>>. Acesso em: 28 dez. 2019.

FEENBERG, A. **Racionalização democrática, poder e tecnologia**. Brasília, DF: Ciclo de conferências e videoconferências na UNB, 2010.

FERGUSON, M. Estratégias de governo eletrônico: o cenário internacional em desenvolvimento. In: In: EISENBERG, J.; CEPIK, M. (org.). **Internet e política: teoria e prática da democracia eletrônica**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. p. 103–140.

FIGUEIREDO, A. A ação pública e os seus instrumentos: um olhar que convida para outras reflexões sobre a governança europeia. **DEBATER A EUROPA**, [S.l.], n. 7, p. 35-42, 2012.

FRANCISCATO, C. E. Inovações tecnológicas e transformações no jornalismo com as redes digitais. **GEINTEC - Gestão, Inovação e Tecnologias**, São Cristovão, v. 4, n. 4, p. 1329-1339, 2014. DOI: <https://doi.org/10.7198/geintec.v4i4.558>. Disponível em: <http://www.revistageintec.net/index.php/revista/article/view/558>. Acesso em: 11 ago. 2018.

FROST, L. J.; REICH, M. R. **Access**: How do good health technologies get to poor people in poor countries? Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies, 2010. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18776en/s18776en.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

FUGINI, M. G.; MAGGIOLINI, P.; PAGAMICI, B. “Por que é difícil fazer o verdadeiro governo eletrônico”. **Revista Produção**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 300-309, dez. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132005000300002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132005000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 out. 2019.

FUJITA, P. T. L. **Análise dos processos de construção da bula de medicamento para a saúde das populações**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa e Pós Graduação em Informação, Comunicação e Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/8546/patricia_fujita_icict_do_ut.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 29 mar. 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf. Acesso em: 18 set 2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único. Brasília, DF: Fundo Nacional de Saúde, 28 nov. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1273_21_11_2000.html%0A%0A. Acesso em: 8 out. 2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. Considerações sobre a Portaria 3.992, de 28/12/2017, que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. **Fundo nacional de Saúde**, [S.l.], 02 jan. 2018. Disponível em: <http://portalfns.saude.gov.br/slideshow/1898-consideracoes-sobre-a-portaria-3-992-de-28-12-2017-que-trata-do-financiamento-e-da-transferencia-dos-recursos-federais-para-as-acoes-e-os-servicos-publicos-de-saude>. Acesso em: 8 out. 2018.

GADELHA, C. A. G. *et al.* (org). **Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento e inovação: a saúde como uma oportunidade [on line]. **Jornal do Brasil**, [S.l.], 7 jan. 2019. Disponível em <https://www.jb.com.br/pais/artigo/2019/01/970512-desenvolvimento-e-inovacao--a-saude-como-uma-oportunidade.html>. Acesso em: 15 jun 2019.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; MALDONADO, J. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 21–28, dez. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000065>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 dez. 2019.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Development, innovation and health: The

theoretical and political perspective of the health economic-industrial complex. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1891–1902, jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06482018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601891&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jan. 2019.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. de. A Judicialização do Direito à Saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. Academia Brasileira de Direito, São Paulo, 1 fev. 2008. Disponível em: http://www.abdir.com.br/doutrina/ver.asp?art_id=1451&categoria=Sanitário. Acesso em: 27 abr. 2017.

GARCIA, L. P. *et al.* Textos para discussão 1839: Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: Perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1278/1/TD_1839.pdf. Acesso em 23 mar. 2019.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. da. **Texto para discussão 2263: Doenças Transmissíveis E Situação Socioeconômica No Brasil: Análise Espacial**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7364/1/td_2263.pdf. Acesso em: 08 set. 2018.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GOMES, V. S.; AMADOR, T. A. Studies published in indexed journals on lawsuits for medicines in Brazil: a systematic review. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3. p. 451-462, mar. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00219113>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n3/451-462/pt/>. Acesso em: 29 mar. 2018.

GOMES, W. A democracia digital e o problema da participação civil na decisão política. **Revista Fronteiras - Estudos Midiáticos**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 214–222, set./dez. 2005. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/fronteiras/article/view/6394>. Acesso em: 21 set. 2019.

GOMES, W. Participação política online : Questões e hipóteses de trabalho. In: MAIA, R. C. M.; GOMES, W.; MARQUES, F. P. J. A. (org). **Internet e Participação Política no Brasil**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

GOUVEIA, L. M. B. **Sociedade da Informação - Notas de contribuição para uma definição operacional**. [S.l.]: [S. n.], 2004. Disponível em: http://homepage.ufp.pt/lmbg/reserva/lbg_socinformacao04.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

GRUPO BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo:** Análise da Eficiência e Equidade do Gasto Público no Brasil. [s.l: s.n.], 2017. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>. Acesso em: 23 mar. 2019.

GUIMARÃES, M. C. S.; SILVA, C. H. da. Acesso à informação em Saúde: Por uma agenda política. In: XII Encontro Nacional de pesquisa em Ciência da Informação, 2011, Brasília. **Anais [...]**. Brasília,DF: Universidade de Brasília, 2011.p 3551-3563.

GUIMARÃES, T. DE A.; MEDEIROS, P. H. R. A relação entre governo eletrônico e governança eletrônica no governo federal brasileiro. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 1-8, dez. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512005000400004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512005000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 out. 2019.

HAFNER, T.; WALKOWIAK, H. **Defining and measuring pharmaceutical systems strengthening:** Report of the SIAPS Partners' Consultative Meeting Management Sciences for Health. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21851en/s21851en.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

HARGITTAI, E. The second digital divide: differences in people's online skills. **First Monday**, [S.l], v. 7, n.4, abr. 2002. Disponível em: <https://firstmonday.org/article/view/942/864>. Acesso em: 17 fev. 2019.

HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. de. **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

HOGERZEIL, H. V; MIRZA, Z. The World Medicines Situations 2011: Access to Essential Medicines as part of the Right to Health. **Geneva: World Health Organization**, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18772en/s18772en.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

IBGE. **Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-09: despesas, rendimentos e condições de vida**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45130.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2019.

IBGE. Censo demográfico 2010. **IBGE**, [S.l.]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/inicial>. Acesso em: 9 jan. 2018.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

IBGE. **Contas nacionais nº 59:** Conta-satélite de saúde: Brasil, 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>. Acesso em: 07 abr.

2019.

IBGE. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (PNAD) contínua 2018**. [s.l.]: IBGE, 2018. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/81c9b2749a7b8e5b67f9a7361f839a3d.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

IBGE. Conta-Satélite de Saúde. **IBGE**, [S.l.] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html?=&t=sobre>. Acesso em: 19 nov. 2019.

Indicadores e Métricas para avaliação de e-Serviços — Programa de Governo Eletrônico Brasileiro - Site Oficial. Brasília-DF: Departamento de Governo Eletrônico, 2007.

INTERFARMA. **Guia INTERFARMA 2019** Interfarma. [S. l.]: Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, 2019. Disponível em: <https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/guia-interfarma-2019-interfarma2.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2020.

IPEA. O que é - Índice de Gini? **IPEA**, [S.l.], 01 abr. 2004. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28&Itemid=23. Acesso em: 2 dez. 2018.

JAMBEIRO, O. *et al.* Cidades, Cidadania e Tecnologias Avançadas de Informação e Comunicações. **Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación**, Aracajú, v. 10, n. 3, 2008.

JAMBEIRO, O.; SOBREIRA, R.; MACAMBIRA, L. Informação, Participação Cívica e Controle da Gestão Pública: Análise dos *Websites* das Capitais Brasileiras. **Revista Eletrônica Internacional de Economia Política da Informação da Comunicação e da Cultura**, São Cristóvão, v. 14, n. 1, p. 1–28, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/epic/article/view/375/321>. Acesso em: 30 abr. 2017.

KARNAL, A. R.; PEREIRA, V. W. O uso de software para medir a complexidade do texto. Introdução. **Hipertextus Revista Digital**, [S. l.], v. 11, 2013. Disponível em: <http://www.hipertextus.net/volume11/08-Hipertextus-Vol11-Adriana-Riess-Karnal&Vera-Wanmacher-Pereira.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2019.

LAMPREIA, L. F. Relatório brasileiro sobre desenvolvimento social. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 24, p. 9–74, ago. 1995. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141995000200003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141995000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2018.

LANZARA, A. P. Ação Pública, Mobilização Coletiva e Proteção Social. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA (ABCP), 10., 2016, Belo Horizonte. **Anais [...]**. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Ciência Política, 2016.

LASCOUMES, P.; LE GALÈS, P. Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments—From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy

Instrumentation. **Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 1–21, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2007.00342.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-0491.2007.00342.x>. Acesso em: 30 mar. 2019.

LASCOUMES, P.; LE GALÈS, P. **Sociologia da Ação Pública**. 1. ed. Maceió: EDUFAL, 2012a.

LASCOUMES, P.; LE GALÈS, P. A ação pública abordada por seus instrumentos. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luís, v. 9, n.18, p. 19–44, jul./dez. 2012b. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/1331>. Acesso em: 04 abr. 2019.

LASSWELL, H. D. **Politics: who gets what, when, how**. 1. ed. New York: New York Whittlesey House, 1936.

LÉVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

LIMA, N. T. *et al.*, (org). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LOPES, V. M. de O. N. **O Direito a informação e as concessões de radio e televisão**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1998.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, dez. 2007. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122007000600007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000600007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2017.

LUIZA, V. L. **Acesso a Medicamentos Essenciais no Rio de Janeiro**. 2003. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, 2003. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37672/2/ve_Vera_Lucia_ENSP_2003. Acesso em: 13 set. 2019.

MACHADO, C. J. S. **Tecnologia, Meio Ambiente e Sociedade: uma introdução aos modelos teóricos**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2003.

MACHADO, C. J. S. As relações entre tecnologia, inovação e sociedade. **DataGramZero - Revista de Ciência da Informação**, Rio de Janeiro, v.7, n. 1, p.1–18, fev. 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/439>. Acesso em: 07 jul. 2019.

MACHADO, C. J. S. **Olhares acadêmicos sobre a invenção e a descoberta nas ciências: Uma introdução**. Rio de Janeiro: E-papers , 2010.

MACHADO, C. J. S. **Ciências, Políticas Públicas e Sociedade Sustentável**. 1. ed. Rio de Janeiro: E-Papers, 2012.

MACHADO, R. C. R.; RIVERA, L. N. H. Democratização na era digital: desafios para um diálogo consciente e igualitário. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 601–616, 2017. DOI: doi: 10.5102/rbpp.v7i3.4801 Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/4801/3649>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MACIEL, D. A.; KOERNER, A. Sentidos da judicialização da política: duas análises. **Lua Nova**, São Paulo, n. 57, p. 113-133, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452002000200006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452002000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2018.

MAGALHÃES JR., H. M. Maior acesso e acolhimento com qualidade são prioridades do Ministério da Saúde. Brasília, junho 2011.

MANTOVANE, S. A. **A política de governo eletrônico no Brasil: uma análise dos governos FHC e Lula**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciência Política)- Programa de Pós Graduação em Ciência Política, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/1010/4887.pdf?sequence=1>. Acesso em: 07 abr. 2017.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259–281, jan./abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289/31682>>. Acesso em: 17 out. 2019.

MARQUES, F. P. J. A.; MIOLA, E. Internet e Parlamento: Um estudo dos mecanismos de participação oferecidos pelo Poder Legislativo através de ferramentas online. **E-Compós**, Brasília, v. 9, p. 1–20, ago. 2007. DOI: <https://doi.org/10.30962/ec.157>. Disponível em: <<https://www.e-compos.org.br/e-compos/article/view/157/158>>. Acesso em: 29 dez. 2019.

MARTINEZ-HERNAEZ, A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 399-405, jun. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2018.

MARTINS, T. B. F. *et al.* **Readability formulas applied to textbooks in brazilian portuguese**. São Carlos: ICMSC-USP, 1996.

MASSARDIER, G. Cognição, políticas e ações públicas: entre coerência, fragmentação e aprendizados. In: BONNAL, P.; LEITE, S. P. (org.). **Análise comparada de políticas agrícolas: uma agenda em transformação**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2011. p. 69–91.

MATTELART, A. A era da informação : gênese de uma denominação descontrolada. **Famecos**, Porto Alegre, v.8, n.15, p. 7–23, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-3729.2001.15.5399>. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/5399/393>>
 . Acesso em: 02 out. 2019.

MENDEL, T. Liberdade de informação: um estudo de direito comparado. 2.ed. Brasília, DF: UNESCO, 2009. Disponível em: <<http://www.acesoainformacao.gov.br/central-de-conteudo/publicacoes/arquivos/liberdade-informacao-estudo-direito-comparado-unesco.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n. 1, p.77–92, jan./mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?pid=S010459702014000100077&script=sci_abstract&tlng=t>. Acesso em: 01 fev. 2019.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o componente especializado da assistência farmacêutica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/livro-da-excepcionalidade-as-linhas-de-cuidado-o-ceaf.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Informação. Brasília, DF: Ministério da Saúde**, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf. Acesso em: 28 out. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia e-Saúde para o Brasil**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MORAES, C. C. **Saúde, meio ambiente e governo eletrônico: análise dos websites: oficiais voltados para as informações sobre desastres naturais no estado do Rio de Janeiro**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) - programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde, Fiocruz, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/14470/camille_moraes_icict_mest_2015.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 22 jan. 2019.

MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 261–270, jun. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 02 mar. 2019.

MOTA, F. P. B. 2016. Uso da internet: análise do relacionamento entre tipos de

atividades, fatores de rejeição e condições sociodemográficas. *In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO*, 19., 2016, São Paulo. Anais [...]. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em: http://login.semead.com.br/19semead/anais/resumo.php?cod_trabalho=318. Acesso em: 16 mai. 2019.

MOTA, L. F. D. O. **Implementação de políticas públicas em quadros de public governance - Colaboração inter-organizacional como factor chave**. 2010. Dissertação (Mestrado em Sociologia das Organizações e do trabalho) – Instituto Superior de Ciências sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, 2010. Disponível em: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3016/2/dissertacao_Luis_Mota.pdf. Acesso em: 06 ago. 2017.

NEMER, D. From digital divide to digital inclusion and beyond. *The Journal of Community Informatics*, [S.l.], v. 11, n. 1, jan. 2015. Disponível em: <http://www.ci-journal.net/index.php/ciej/article/view/1030>. Acesso em: 27 set. 2019.

NERI, M. **A Escalada da Desigualdade: Qual foi o impacto da crise sobre a distribuição de renda e a pobreza?** Rio de Janeiro: FGV Social, 2019. Disponível em: <https://cps.fgv.br/desigualdade>. Acesso em: 19 dez. 2019

NORONHA, J. C. de; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. *In: FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do Sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema e saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde / Secretaria de assuntos estratégicos da presidência da República, 2013. v. 3. p. 19-32.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5–21, 1994. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2019.

OCDE. **Background paper: implementing e-government in oecd countries: experiences and challenges**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <http://www.oecd.org/mena/governance/36853121.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2019.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, E. A. de; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A. Z. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2379–2389, nov. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 mar. 2019.

OLIVEIRA, V. de C. Comunicação, informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, p. 56–59, ago. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902004000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2018.

ONU. **Declaração universal dos direitos humanos**. In: ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <<http://ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 27 set. 2017

ONU. **Benchmarking e-government: a global perspective**. Division for Public Economics and Public Administration, American Society for Public Administration. New York: Division for Public Economics and Public Administration, American Society for Public Administration, 2002.

ONU. **Estudo Sobre Governo Eletrônico Da Organização Das Nações Unidas 2018. Orientar o governo eletrônico para apoiar a transformação rumo a sociedades sustentáveis e resilientes nações**. New York: ONU, 2019.

ONU. Preço mais justo para medicamentos é questão global de direitos humanos, diz OMS | ONU Brasil. ONU, [S.l.], 17 abr. 2019. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/preco-mais-justo-para-medicamentos-e-questao-global-de-direitos-humanos-diz-oms/>>. Acesso em: 5 out. 2019.

ONUBR. **Documentos temáticos: Objetivos de desenvolvimento sustentável 1, 2, 3, 5, 9 e 14**. Brasília, DF: ONUBR, 2017. Disponível em: <<https://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/publicacoes/documentos-tematicos-ods-07-2017.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

OPAS/OMS. **Relatório 30 anos de SUS- Que SUS para 2030?** Brasília-DF: OPAS, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49663>. Acesso em: 01 jan. 2019.

OPAS/OMS. **O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Ministério das Relações Exteriores, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_medicamentos_alto_custo_americas.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

OPAS. **O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas**. Brasília, DF: OPAS/ Ministério da Saúde/ Ministério das relações exteriores, 2019. Disponível: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_medicamentos_alto_custo_americas.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. *et al.* (org). **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. De. Saúde coletiva: Uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299–316, ago. 1998. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2018.

PEIXOTO, L. A. G. Abordagens E Perspectivas De Participação Social No

Monitoramento De Políticas Públicas. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 2, p. 403-410, jul./dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v19n2p403-410>. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/4317>. Acesso em: 29 mar. 2018.

PELLEGRINI FILHO, A. Inequidades de acceso a la información e inequidades de salud. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 11, n. 5/6, p. 409–412, 2002. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v11n5-6/10725.pdf. Acesso em: 08 abr. 2019.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 127–140, fev. 1981.

PERLINGEIRO, R.; DIAZ, I.; LIANI, M. Princípios sobre o direito de acesso à informação oficial na América Latina. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 143-197, ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v3i2.46451>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392016000200143&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2019.

PINCH, T. J.; BIJKER, W. E. The Social Construction of Facts and Artefacts: or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology might Benefit Each Other. **Social Studies of Science**, London, v. 14, n. 3, p. 399–441, ago. 1984.

PINHEIRO, R. C. Conceitos e modelos de letramento digital: o que escolas de ensino fundamental adotam? **Linguagem em (Dis)curso**, Tubarão, v. 18, n. 3, p. 603–622, set./dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4017-180309-13617>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-76322018000300603&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2019.

PINHO, J. A. G. de. Investigando portais de governo eletrônico de estados no Brasil: muita tecnologia, pouca democracia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 471–493, jun. 2008a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000300003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2019.

PINHO, J. A. G. de. Internet , Governo Eletrônico , Sociedade e Democracia no Brasil: Algumas Questões Básicas em Debate. **Revista VeraCidade**, n. 3, ano. 3, mai. 2008b. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/democraciadigital/pinho2008b.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2019.

PNUD. **Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo humano para todas las personas**. Washington: Communicatinos Development Incorporated, 2016. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf. Acesso em: 11 dez. 2018.

REIS, C. *et al.* Saúde: healthcare. In: **Visão 2035: Brasil, país desenvolvido Agendas**

- setoriais para o desenvolvimento.** Rio de Janeiro: BNDES, 2018. p. 289-312.
Disponível em:
<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/16040/3/PRLiv214078_Visao_2035_compl_P.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.
- REIS, G. A. DOS. **Centrando a Arquitetura de Informação no usuário.** [s.l.] USP, 2007.
- RIBEIRO, M. H. **Letramento digital: um desafio contemporâneo para a educação.** Educação e Tecnologia, Belo Horizonte, Vol, 16, n. 3, p. 59–73, set/dez 2011.
Disponível em: <<https://periodicos.cefetmg.br/index.php/revista-et/article/view/398>>.
Acesso em: 14 dez 2017.
- RIBEIRO, V. M. **Instituto Paulo Montenegro.** [Sn], [S.l.]. Disponível em:
<<http://www.ipm.org.br/conhecimento>>.
- RIECKEN, R. F. **Governo Eletrônico Em Administrações Locais Brasileiras:** avaliação de progresso, fatores intervenientes e critérios de priorização de iniciativas. 2008. Tese (Doutorado em Ciência da Informação)- Pós Graduação em ciência da Informação, Universidade de Brasília, 2008. Disponível em:
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/1558>. Acesso em: 28 mar. 2019.
- ROSENDO, R.; SCHLEGEL, R. **Uso do computador e da internet e participação política - algumas considerações sobre o Indicador de Alfabetismo Funcional - INAF.** In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE OPINIÃO PÚBLICA DA WAPOR - WORLD ASSOCIATION OF PUBLIC OPINION RESEARCH, 4. 2011, Belo Horizonte. Anais [...] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. p. 23.
- ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00194316, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00194316>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200501&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2019.
- ROVER, A. J. *et al.* **Democracia digital e governo eletrônico.** Florianópolis: FUNJAB, 2013.
- ROVER, M. R. M. *et al.* Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: A percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o componente especializado da assistência farmacêutica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 691–711, jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200017>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200691&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 nov. 2019.
- SAMPAIO, R. C. Democracia Digital no Brasil. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, [S.l.], v. 4, n. 1/2 . p. 55–79, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/recp.v4i1-2.33449>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/politica/article/view/33449/21574>>. Acesso em: 28 abr. 2019.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>. Acesso em: 04 fev. 2018.

SANTOS, I. C. M. V. dos. **A Iniquidade do Financiamento nas Aquisições de Medicamentos- Gastos Catastróficos e Empobrecimento**. 2015. Tese (Doutorado em Economia) - Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal de Minas Gerais, [S.l.], 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-A5GM9B>
Acesso em: 08 out. 2019.

SANTOS, R. I. dos *et al.* Políticas de saúde e acesso a medicamentos. Florianópolis: Editora UFSC, 2016. (Coleção: Assistência farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica). Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187549/1%20-%20Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20e%20acesso%20a%20medicamentos%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 ago. 2019.

SANTOS, V. W. O. Neutralidade da Rede e o Marco Cível da Internet no Brasil. 2016. Tese (Doutorado em Política Científica e tecnológica) – Instituto de Geociências, **Universidade Estadual de Campinas**, Campinas, 2016. Disponível em:
http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/321453/1/Santos_ViniciusWagnerOliveira_D.pdf. Acesso em: 23 abr. 2019.

SCARTON, C.; ALUÍSIO, S. M. Análise da Inteligibilidade de textos via ferramentas de Processamento de Língua Natural: adaptando as métricas do Coh-Metrix para o Português. **Linguamática**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 45–61, abr. 2010. Disponível em:
<<https://linguamatica.com/index.php/linguamatica/article/view/44>>. Acesso em: 07 jun. 2019.

SCHOR, T. Reflexões sobre a imbricação entre ciência, tecnologia e sociedade. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 5, p. 337–367, set. 2007. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1678-31662007000300004>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662007000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2019.

SERAFIM, M.; DIAS, R. Construção social da tecnologia e análise de política : estabelecendo um diálogo entre as duas abordagens. **Redes**, Buenos Aires, v. 16, n. 31, p. 61–73, dez. 2010. Disponível em: <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/394>. Acesso em: 21 ago. 2018.

SES/BA. **Secretaria de Saúde do Estado da Bahia**. Disponível em:
<<http://www.saude.ba.gov.br/>>. Acesso em: 7 mar. 2019.

SES/DF. **Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Disponível em:
<<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

SES/MT. **Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso**. Disponível em:
<<http://www.saude.mt.gov.br/>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

SES/PB. **Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**. Disponível em:
<<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/secretaria-da-saude/>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

SES/RJ. **Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em:

<<https://www.saude.rj.gov.br/>>. Acesso em: 3 maio. 2019.

SES/RR. **Secretaria de Saúde do Estado de Roraima**. Disponível em:
<<https://saude.rr.gov.br/>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SES/RS. **Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em:
<<https://saude.rs.gov.br/inicial>>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SES/SC. **Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina**. Disponível em:
<<http://www.saude.sc.gov.br/>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

SES/SP. **Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo**. Disponível em:
<<http://www.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em: 3 jul. 2019.

SES/TO. **Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins**. Disponível em:
<<https://saude.to.gov.br/>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

SILVA, L. T. B. DA. **Saúde, internet e empoderamento**: Uma análise bibliográfica. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37779/2/leticia_silva_icict_mest_2017.pdf. Acesso em: 07 fev. 2019.

SILVA, M. A. F. B. da *et al.* A contribuição da construção social da tecnologia para a abordagem CTS: desafios a partir dos resultados PIERACTS. **Interacções**, [S.l.], v. 11, n. 34, p. 201-221, 2015. DOI: <https://doi.org/10.25755/int.6930>: Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/6930>. Acesso em: 09 abr. 2019

SILVA, Z. P. da *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807–3816, set. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2019.

SILVEIRA, H. F. R. da. Internet, governo e cidadania. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 80–90, ago. 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652001000200010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652001000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2019.

SINDUSFARMA. **Perfil da Indústria Farmacêutica**: Perfil da indústria farmacêutica e aspectos relevantes do setor. São Paulo: Sindusfarma, 2018. Disponível em: <https://sindusfarma.org.br/arquivos/Perfil-IF2018.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

SOARES, L. O Acesso ao Serviço de Dispensação e a Medicamentos: Modelo Teórico e Elementos Empíricos. 2013. Tese (Doutorado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/107387/318106.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09 jul. 2019.

SORJ, B. **Brasil@ povo. com: a luta contra a desigualdade na sociedade da**

informação. Brasília,DF: Unesco, 2003. Disponível em: http://www.bernardosorj.com/pdf/Brasil_@_povo_com.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

TAKAHASHI, T. (org). **Sociedade da informação no Brasil: livro verde.** Brasília, DF: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2000. Disponível em <http://livroaberto.ibict.br/handle/1/434>>. Acesso em: 22 ago. 2019.

TCU. RESOLUÇÃO Nº 268, DE 4 DE MARÇO DE 2015. **Revista Direito à Sustentabilidade**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 158–162, 2015. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/direitoasustentabilidade/article/view/12364/8613>>. Acesso em: 09 out. 2019.

TCU. TCU Conclui nova versão do FiscSaúde.TCU, [S.l.], 07 mar 2016. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa-2/news/tcu-conclui-nova-versao-do-fiscsaude.htm>>. Acesso em: 09 dez. 2019.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The Inclusive Internet Index 2019: Executive mmary.** [S.l.]: [S.n], 2019. Disponível em: <https://theinclusiveinternet.eiu.com/assets/external/downloads/3i-executive-summary.pdf>>. Acesso em 02 jan. 2019.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190–S198, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2018.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. DE; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975–986, dez. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2019.

VIEIRA, F. S. Textos para discussão 2356: Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016. **Rio de Janeiro: IPEA**, 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD_2356.pdf. Acesso em: 04 nov. 2019.

VILELLA, R. M. **Conteúdo, Usabilidade e Funcionalidade:** três dimensões para a avaliação de portais estaduais de Governo Eletrônico na Web. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

WHO. Declaração de Alma-Ata. *In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde.* Alma-Ata: URSS, 1978.

WHO. **How to develop and implement a national drug policy.** 2. ed. Geneva, WHO, 2001. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2283e/s2283e.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2019.

WHO. **The World Medicines Situation**. [s.l.]: WHO, 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6160e/s6160e.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

WHO. **Medicines strategy Countries at the core 2004 - 2007**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <<https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5416e/s5416e.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2019.

WHO. **Towards Access 2030: WHO Medicines and Health Products Programme Strategic Framework 2016 - 2030**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23222en/s23222en.pdf> Acesso em 05 abr. 2019.

WHO. **Essential medicines and health products**. WHO, [S.l.], ? Disponível em: <https://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/#>. Acesso em: 6 out. 2019a.

WHO. **Essential medicines**. WHO, [S.l.],? Disponível em: <http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/>. Acesso em: 16 out. 2019b.

WHO; MSH. **Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities**: Report of the WHO-MSH consultative meeting. Ferney-Voltaire, [S.n.], 2000.

WTO. Declaração sobre o Acordo de TRIPS e saúde pública. *In: IV Conferência Ministerial da OMC*, Doha, Catar, 2001.

VAN DIJK, J., AND HACKER, K. The digital divide as a complex and dynamic phenomenon. **The Information society**, [S.l.], v. 19, p. 315-326, 2003. DOI: 10.1080/01972240390227895. Disponível em: <<https://ris.utwente.nl/ws/portalfiles/portal/6466527/Dijk03digital.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

ZAGANELLI, J. C.; MIRANDA, W. V. de. Marco civil da internet e política pública de transparência: uma análise da e-democracia e do compliance público. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 633-646, 2017. DOI: 10.5102/rbpp.v7i3.4921. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/4921>. Acesso em: 02 fev. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termos de busca nas bases de dados

<p>“Direito à saúde” AND (“Acesso a serviços de saúde” OR “Acesso a saúde”)</p>
<p>“Direito à saúde” AND “Assistência Farmacêutica” AND (“Acesso a medicamentos” OR “Política pública de medicamentos” OR “CEAF” OR Componente Especializado” OR “Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”) AND (“SUS” OR “Sistema Único de Saúde”)</p>
<p>“Acesso à informação” AND “Direito à informação” AND (“Governo eletrônico” OR “e-GOV” OR “Democracia digital”)</p>
<p>(“Avaliação de <i>sites</i>” OR “Avaliação de <i>websites</i>”) AND (“Governo eletrônico” OR “e-Gov”)</p>

Fonte: Autora (2018).

APÊNDICE B - Pesquisa exploratória para o detalhamento da metodologia de pesquisa (Fase 3: Análise dos *websites*; Etapa 1: Verificação de pertinência)

Foram realizados dois levantamentos preliminares em *websites* de governo – Secretarias Estaduais de Saúde –, a fim de termos uma aproximação com o referido instrumento de análise. Para ambos os levantamentos, a definição dos estados selecionados se deu a partir de dados do Censo Demográfico do IBGE de 2010 e utilizou-se o domínio oficial da *World Wide Web* de cada SES (www.saude.ESTADO.gov.br). Em ambos levantamentos, constata-se a natureza heterogênea das informações relacionadas a medicamentos, que torna, de modo geral, pouco efetiva a busca por orientações de acesso a demandas específicas. A síntese das pesquisas exploratórias encontra-se no quadro abaixo:

Pesquisa 1 - nessa primeira pesquisa, a busca das informações ocorreu na página inicial das SES selecionadas, a fim de identificarmos termos direcionadores para a página da AF: “medicamentos”, “serviços”, “assistência farmacêutica” e pesquisa dos termos no campo de busca das páginas. Considerou-se o estado mais populoso e o menos populoso por região, com o objetivo de representatividade das desigualdades regionais. Resultados: dentre os estados mais populosos, 4 de 5 disponibilizaram informações sobre medicamentos especializados na página inicial da SES (Bahia, Goiás, São Paulo e Rio Grande do Sul). Nenhum estado retornou essas informações através do campo de busca, a partir do termo "medicamentos". Dentre os estados menos populosos, 3 de 5 (Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina) disponibilizaram informações sobre medicamentos especializados na página principal da SES. Contudo, as informações não estão facilmente disponíveis, sendo necessário busca por diversos *links*. Nenhum estado retornou essas informações através do campo de busca, a partir do termo "medicamentos".

Pesquisa 2 - busca das informações direcionada para o tratamento da Doença de Gaucher (alfataliglicerase), que configura uma doença rara e de elevado custo, a qual o laboratório oficial Bio-Manguinhos realiza processo de transferência de tecnologia. Foi selecionado o estado mais populoso de cada região, como medida indireta da maior probabilidade de acesso às informações. Para tanto, utilizou-se o campo de “busca” da página inicial das SES com 5 termos: taliglicerase, taliglucerase, alfataliglicerase, alfataliglicerase, doença de Gaucher. Resultados: foram analisados os *websites* de 6 estados (Amazonas, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo). Desses, dois não apresentavam campo de busca nem outro mecanismo de busca rápida (Amazonas e Rio Grande do Sul); um estado não retornou a busca com nenhum dos termos (Goiás). Dos estados que retornaram com informações de acesso, tem-se Rio de Janeiro (doença de Gaucher: retorna matérias, mas não orientações); Taliglicerase e taliglucerase: retornam *links* para lista de medicamentos; Alfataliglicerase ou alfataliglicerase: sem retorno), São Paulo (doença de gaucher: retorna *link* para Protocolo estadual com informações; Alfataliglicerase: sem retorno; Alfataliglicerase: retorna outros *links*; Taliglucerase: retorna *link* para guia estadual com informações) e Bahia (doença de Gaucher: retorno com *links* com orientações. As buscas pelos termos dos medicamentos não retornam informação).

APÊNDICE C - Levantamento das técnicas de avaliação de *websites* de eGOV

Os modelos teóricos de avaliação de portais, ao mesmo tempo que contribuem fornecendo dimensões, critérios e indicadores para avaliação requerem, também, uma “reconstrução crítica” do modelo, a fim de promover sua adequação ao contexto de determinado portal (OLIVEIRA, 2008). Na pesquisa realizada por Vilella (2003), a mesma identificou tanto nacional, quanto internacionalmente, “uma verdadeira profusão de estudos referentes à avaliação de *websites* – sejam eles realizados por institutos ou organizações especializadas, por profissionais da Internet ou da Biblioteconomia, ou mesmo por representantes do meio acadêmico” (VILELLA, 2003, p. 44). Contudo, identificamos que, em importante parte dos estudos sobre a análise de *websites* ou eGOV, o foco da análise se centra no aspecto técnico dos mesmos. Damian e Merlo (2013), similarmente, reconhecem que a maioria dos estudos identificados realizam suas análises sob aspectos e critérios técnicos, cujo ponto de vista é o de sistemas ou banco de dados e, a pouca presença de estudos que avaliem os serviços ofertados do ponto de vista dos usuários, dada a forte tendência para a análise tecnicista e processual dos *websites*, visto a origem de parcela dos estudos ser do campo da informática e do design.

A partir da leitura e síntese de diversos estudos, foram apontados os principais achados da literatura, que nos permitiram estruturar alguns caminhos metodológicos para a fase de avaliação dos *websites*, o que propiciou subsídios relevantes para o desenho e o desenvolvimento da nossa abordagem analítica. A seguir, em ordem cronológica, estudos identificados que contribuíram para a compreensão e a apropriação de alguns dos métodos existentes e, ainda que indiretamente, para a escolha do método de análise do nosso estudo:

Quadro 2 – Síntese de estudos sobre métodos e técnicas de avaliação de *websites*.

ESTUDO (ANO) / DESCRIÇÃO SÍNTESE
BARBOZA, NUNES & SENA (2000) - realizam, por meio da análise do conteúdo, um estudo da forma de apresentação de parcela das <i>home pages</i> dos <i>sites</i> do Governo Federal brasileiro, sob o ponto de vista de suas características ergonômicas/usabilidade dos usuários. Foi aplicada a abordagem analítica, sem a presença do usuário, realizada por especialistas.
VILELLA (2003) - criou uma metodologia de avaliação de portais, a partir da uniformização da linguagem de vários trabalhos, adequando-os às subcaracterísticas de conteúdo, usabilidade e funcionalidade, partindo dos parâmetros utilizados em três estudos básicos e de metodologias de outros autores.
SIMÃO, RODRIGUES (2005) - avaliam a acessibilidade de informações públicas do portal de serviços e informações do Governo Federal – Portal Rede Governo, tendo como base a metodologia de Vilella (2003), abordando três dimensões (conteúdo, usabilidade e funcionalidade).
DIAS (2006) - desenvolve um método de avaliação de programas de governo eletrônico na perspectiva do cidadão, com foco na usabilidade.
ARAKAKI (2008) - realiza uma análise da política de governo eletrônico do Distrito Federal, dando enfoque para seu portal, e uma pesquisa quantitativa e qualitativa para a verificação da relação do governo do Distrito Federal com o cidadão, com relação à usabilidade. A avaliação foi realizada por cinco avaliadores de nível superior com conhecimentos técnicos em desenvolvimento de sistemas, projetos de interfaces gráficas e produção de conteúdo para Internet.
BARBOSA (2008) - busca identificar as dimensões relevantes que deveriam ser incorporadas nos modelos de avaliação de desempenho de programas de eGOV, ao analisar a percepção dos cidadãos em relação ao seu desempenho e, a partir dessa análise, identificar as dimensões de avaliação relevantes para eles. Isso se deu a partir da compreensão dos significados construídos pelos atores sociais que utilizam o portal como artefato tecnológico. Assim como a nossa pesquisa, compreende a composição dos aspectos de natureza tecnológica, política e social e seus impactos “evidenciados por artefatos resultantes de construção social” (p. 111).
JAMBEIRO; SOBREIRA; MACAMBIRA (2012) - realizam um estudo de análise de <i>websites</i> nas capitais de todas as regiões do país: <i>websites</i> de Prefeituras e de Câmaras de vereadores, por meio da elaboração e aplicação de instrumento de coleta de dados. Foram analisados três diferentes variáveis: Design Estrutural do <i>Website</i> , tomado como facilitador ou dificultador do acesso à informação e explicitado na existência de Ferramenta de Busca e de Mapa do <i>Site</i> ; Ferramentas de Participação cívica <i>on-line</i> , explicitadas na existência de Fale Conosco, Chat, Fórum, Enquete, Ouvidoria, contato direto com o prefeito e com os vereadores; e para o controle social da gestão.
DAMIAN (2012) - propõe um modelo de análise dos serviços de <i>websites</i> de eGOV no Brasil sob a ótica dos usuários dos serviços e sua satisfação, com análise focada no usuário, tirando da centralidade os aspectos técnicos dos <i>websites</i> , mais comumente encontrados. As principais dimensões analisadas foram: eficiência, realização, disponibilidade do sistema, privacidade, <i>site</i> e sinergia, utilizando modelo de análise através da técnica de análise de conteúdo.
FUJITA (2014) - tem como objetivo descrever a construção da bula de medicamento no Brasil, avaliando o processo de regulamentação das políticas públicas nacionais e a adequação à realidade socioeconômica educacional dos usuários. A descrição ainda que tenha tratado de bula, a transposição para o meio digital é um passo que pode se dar sem perda de especificidade, uma vez que essa análise se deu em função do processo de discussão quanto à complexidade da informação técnico-científica da bula de medicamento, como documento institucionalizado e regulado por instituições do Estado, e tendo em vista, ainda, as políticas públicas para seu aprimoramento.
MORAES (2015) - realiza uma análise de páginas de governo com foco em desastres ambientais. Para tanto, propõe uma investigação da disponibilização de informações sobre o tema nos <i>websites</i> oficiais do estado e municípios do Rio de Janeiro. As informações foram analisadas em relação ao acesso à informação, quanto à clareza, à aplicação do eGOV e à elaboração das interfaces na facilitação da aquisição de informações. As mesmas foram realizadas com base em critérios de: legislação (LAI); eGOV; e Interface (Design de informação e Usabilidade).

Fonte: autora (2018).

APÊNDICE D - Resultados - Instrumento de verificação – Roteiro A de leitura das páginas eletrônicas – atributos do eGOV e LAI.

Fonte/Indicador	Finalidade	Atributos	Descrição dos atributos	Min. Saud.	TO	RR	SP	RJ	PB	BA	SC	RS	DF	MT		
Governo Eletrônico	Navegabilidade	Apontam a dificuldade ou facilidade do usuário para localizar a informação (percurso percorrido)	Presença do mapa do site	Visualização geral da estrutura da página	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	
			Campo de busca	Pesquisa por palavras ou termos chave	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			Presença de barra de estado (migalha de pão)	Identifica o caminho percorrido até a página atual	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
			Acesso à info. de forma fácil e intuitiva	Forma de localizar a informação	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
			Acesso à info. em até 3 cliques da página principal	Forma de localizar a informação	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			Formas diferenciadas de seleção do serviço	Acesso diferenciado por perfil de usuário ou áreas de interesse.	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
	Desenho/Layout	Importantes na percepção da informação	Uniformidade/padrão de apresentação e formatos	Padronização de ícones, cores, logotipo e elementos comuns	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			Fundos neutros	Fundo não sobressair à informação	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			Alinhamento do texto à esquerda	Mais fácil de ser lido	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
	Maturidade do serviço*	Oferta de serviços eletronicamente	Informação	Apenas informações	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
			Interação	Pesquisas ou emissão de formulários	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	
			Transação	Obtenção completa do serviço on-line 24h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Legibilidade*	Nível de clareza e compreensão dos textos por escolaridade	Muito fáceis	Índice entre 75 – 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			Fáceis	Índice entre 50 – 75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			Difíceis	Índice entre 25 – 50	1	1	0	1	1,1	0	1	0	0	0	0	
			Muitos difíceis	Índice entre 0 – 25	1	1	1,1	1	0	1	1	1,1	1,1	1,1	1,1	
LAI	Conteúdo	Assegurar o direito fundamental de acesso à informação	Endereço, telefone e horários de atendimento	Identificação do local onde se deve buscar o serviço presencialmente	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1		
			Respostas/perguntas frequentes (FAQ)	Comunicação direta - dúvidas mais comuns	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	
			Identificação das fontes de informação	Segurança da info./confiabilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			Data da última atualização	Informações atualizadas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	

Fonte: elaborado pela autora.

*Os indicadores de Governo Eletrônico (eGOV) “Legibilidade” e “Maturidade” do serviço são de ordem qualitativa, não sendo quantificáveis numericamente na verificação dos atributos.

APÊNDICE E - Índice de legibilidade segundo Roteiro A.

UF	Localização do texto	Texto	Média palavras / sentença	Média sílabas / palavra	Índice	Facilidade de leitura	Grau de escolaridade	Texto Completo
Min. Saúde	"Assistência Farmacêutica > Sobre a AF"	Sobre a Assistência Farmacêutica	2,54	8,79	25,03	Difíceis (25 – 50)	Ensino médio ou universitário	ANEXO G
	"Assistência Farmacêutica > CEAF"	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	2,57	8,51	22,78	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO H
TO	"Início > Assistência Farmacêutica"	Assistência Farmacêutica	2,40	3,87	41,87	Difíceis (25 – 50)	Ensino médio ou universitário	ANEXO K
	"Início > Assistência Farmacêutica > CEAF"	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	2,56	7,83	24,31	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO K
RR	"Rede de Atendimento > Central de AF"	Central de Assistência Farmacêutica	2,59	9,31	20,27	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO M
	"Home > Medicamentos do SUS"	Medicamentos do SUS	2,66	8,00	15,68	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO M
SP	"Medicamentos do CEAF > O que é?"	O que é?	2,52	8,56	26,95	Difíceis (25 – 50)	Ensino médio ou universitário	ANEXO U
	"Medicamentos do CEAF > Onde encontrar?"	Onde encontrar?	2,81	7,56	3,44	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO U
RJ	"Medicamentos Especializados > Como ter acesso"	Como ter acesso	2,49	8,02	30,04	Difíceis (25 – 50)	Ensino médio ou universitário	ANEXO Y
	"Medicamentos Especializados > Perguntas Frequentes"	Perguntas Frequentes	2,27	9,83	46,82	Difíceis (25 – 50)	Ensino médio ou universitário	ANEXO Z
PB	"Assistência farmacêutica > Assistência farmacêutica no SUS"	Assistência Farmacêutica no SUS	14,12	2,56	17,93	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO AA
BA	"Assistência Farmacêutica"	Assistência Farmacêutica	6,71	2,58	23,76	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO GG
	"Assistência Farmacêutica > Medicamentos Especializados"	O que são os Medicamentos Especializados?	8,32	2,54	25,51	Difíceis (25 – 50)	Ensino médio ou universitário	ANEXO HH
SC	"Portal de serviços > solicitar medicamentos do CEAF"	Solicitar medicamentos do CEAF	9,26	2,69	11,86	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO QQ
	"CEAF > Relação de documentos"	Relação de documentos para solicitação de medicamentos pelo CEAF	8,80	2,76	6,41	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO RR
RS	"Medicamentos"	Medicamentos – Como ter acesso aos medicamentos do SUS	9,00	2,60	19,74	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO VV
	"Medicamentos > Componente Especializado"	Componente Especializado	7,14	2,71	12,32	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO WW
DF	"Carta de serviços > Medicamentos > AF"	Assistência Farmacêutica	2,65	6,49	18,06	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO CCC
	"Carta de serviços > Medicamentos > CEAF"	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	2,64	5,65	19,76	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO DDD
MT	"AF > Quem somos"	Quem somos	5,54	2,74	11,41	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO KKK
	"AF > Lista de Documentos Pessoais"	Documentos necessários para solicitação administrativa de medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica	6,00	2,76	9,25	Muito difíceis (0 – 25)	Áreas acadêmicas específicas	ANEXO LLL

Fonte: elaborado pela autora.

APÊNDICE F - Resultados - Instrumento de verificação – Roteiro B de leitura das páginas eletrônicas – atributos do CEAF.

Fonte	Etapa Execução	Finalidade	Atributos	Min. Saude	TO	RR	SP	RJ	PB	BA	SC	RS	DF	MT		
CEAF (Portaria nº 2/2017)	Geral	Disponer de informações gerais da política nacional de medicamentos – AF	Informações gerais sobre a política de AF (organização por componentes)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
			Informação que permita identificar o Componente no qual pertence o medicamento	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
	Solicitação		Relação de documentos necessários para o cadastro	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
			Prazos de validade dos documentos e exames para cadastro e renovação	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
			Lista de medicamentos do CEAF do estado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			PCDTs ou link para os mesmos	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
			Formulário (LME) para download ou impressão/preenchimento	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
			Orientações para preenchimento do LME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Avaliação	Etapa de verificação do cumprimento de critérios para inclusão no CEAF	Informações sobre o fluxo de avaliação (como é feito, tempo de análise)	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0		
	Dispensação	Etapa de entrega dos medicamentos para o usuário/responsável legal	Informações sobre as dispensações (periodicidade, documentos, interrupção, quem pode retirar)	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0		
	Renovação	Etapa necessária para continuidade do tratamento realizado trimestralmente	Informações sobre as renovações do cadastro (periodicidade, documentos, prazos)	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0		

Fonte: elaborado pela autora.

ANEXOS

ANEXO 1 - Quadros teóricos, abordagens e modelos de análise de políticas públicas.

FUNCIONAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Agendamento e formulação

Modelo sequencial ou do ciclo político (*Policy Cycle*) — Lasswell; Jones; Anderson.

Metáfora dos fluxos múltiplos (*Multiple Streams Framework*) — Kingdon.

Equilíbrio pontuado ou interrompido (*Punctuated Equilibrium Theory*) — Baumgartner e Jones.

Coligações de causa ou de interesse (*Advocacy Coalition Framework*) — Sabatier e Jenkins-Smith.

Abordagens cognitivas e centradas no papel das ideias - King; Jobert e Muller; Hall; Sabatier e Jenkins-Smith; Majone; Stone.

Modos de agendamento — Cobb e Elder

Agenda-setting e meios de comunicação — McCombs; Shaw.

Ciclos de atenção ao problema — Downs; Peters; Hogwood.

Eventos focalizadores — Birkland.

Dois lados do poder: decisão e não decisão — Bachrach e Baratz.

Instrumentos da ação pública — Lascombes; Le Galès.

Concretização

Modelos *top-down* — Pressman e Wildavsky; Bardach.

Modelos *bottom-up* — Lipsky; Sabatier.

Burocracia no terreno ou na base da hierarquia (*street-level burocracie*) — Lipsky.

Poder de veto — Tsebelius.

Deriva burocrática e *agency problems* — Grossman e Hart; Newton e Deth; Schnapp.

Modelos de síntese — Mayntz; Ingram; Elmore; Matland; Hill e Hupe.

PROCESSO DE DECISÃO

Modelo da racionalidade limitada — Simon.

Abordagens incrementalistas — Lindblom.

Teorias da escolha racional — Downs.

A metáfora do "caixote de lixo" (*garbage can*) — Cohen, Marsh e Olsen.

Abordagem dos subsistemas, redes e comunidades políticas — Hecló; Marsh e Rhodes;

Atkinson e Coleman; Smith.

Abordagens centradas nos atores — Marin e Mayntz; Dye.

Modelo *Top Down Policymaking* — Dye.

Papel da administração na formulação de políticas - Page; Schnapp.

Dependência da trajetória (*path dependence*) — Peters; Pierre; King; Pierson; Immergut; Hall e Taylor; Thelen.

Transferência e difusão de políticas públicas — Dolowitz e Marsh.

Abordagens neoinstitucionalistas — Ostrom; Hall e Taylor.

POLÍTICA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Teoria da ação pública — Muller; Palier e Surel.

Teoria pluralista ou teoria dos grupos — Dahl; Bachrach e Baratz.

Teoria das elites — Mosca; Mills.

Neomarxistas — Miliband; Offe; Habermas.

Abordagem neocorporativa — Schmitter.

Tipologias de políticas públicas — Lowi.

Neoinstitucionalismo — Marsh e Olson; Skocpol; Hall e Taylor.

Linguagem e comunicação política — Fischer e Forester; Edelman.

Teorias do estado — Mény e Thoenig; Jobert e Muller.

Fonte: Araújo e Rodrigues (2017, p. 30).

ANEXO B – Modelo do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)
(parte1)

OPÇÕES →

Melhor visualizado no programa "Acrobat Reader 8" ou versão posterior. Clique aqui para fazer o download.


Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1. Número do CNES* _____ 2. Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3. Nome completo do Paciente* _____ 5. Peso do paciente* _____ kg

4. Nome da Mãe do Paciente* _____ 6. Altura do paciente* _____ cm

1	2	3	4	5	8. Quantidade solicitada*		
					1º mês	2º mês	3º mês
1							
2							
3							
4							
5							

7. Medicamento(s)* Digitar manualmente Listar medicamentos

9. CID-10* _____ 10. Diagnóstico _____

11. Anamnese* _____

12. Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

SIM. Relatar: _____

NÃO

13. Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável

14. Nome do médico solicitante* _____

15. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____

16. Data da solicitação* _____ Hoje

17. Assinatura e carimbo do médico* _____

18. CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF: _____

19. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

Branca Amarela

Preta Indígena. Informar Etnia: _____

Parda Sem informação

20. Telefone(s) para contato do paciente _____

21. Número do documento do paciente _____

CPF ou CNS _____

22. Correio eletrônico do paciente _____

23. Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

*** CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Para suporte, entre em contato pelo: ceaf.daf@saude.gov.br

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

ANEXO C – Modelo do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) (parte 2 – Avaliação e parte 3 – Recibo).

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde											
COMPONENTE E ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA											
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)											
AVALIAÇÃO TECNICA											
1- Nome do Paciente _____	2- CNS _____										
3- Código(s)/ Medicamento(s)											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">1</td><td> </td></tr> <tr><td>2</td><td> </td></tr> <tr><td>3</td><td> </td></tr> <tr><td>4</td><td> </td></tr> <tr><td>5</td><td> </td></tr> </table>	1		2		3		4		5		4- CID-10 _____
1											
2											
3											
4											
5											
A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Terapêuticos da referida doença bem como aos demais no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.											
DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) em: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5											
Há falta de informação ou de documentos/exames necessários para a avaliação. DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) em: <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ausência de documentação <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ausência de exame <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5											
A solicitação não preenche os critérios estabelecidos para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) em: <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Não preenche critérios do PCDT <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5											
11- Nome do avaliador _____											
12- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do avaliador _____											
1- AUTORIZO a dispensação dos medicamentos <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5											
3- Número da APAC _____											
5- Nome do autorizador _____											
6- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do autorizador _____											

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde																									
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA																									
RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO																									
Número da APAC _____	Vigência ____/____/____ a ____/____/____																								
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE																									
Nome do Paciente _____																									
CNS _____																									
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE (EXECUTANTE)																									
Nome do estabelecimento _____																									
CNS _____																									
DISPENSAÇÃO																									
1º MÊS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Medicamento</th> <th style="width: 10%;">Quantidade autorizada</th> <th style="width: 10%;">Quantidade dispensada</th> <th style="width: 20%;">Data de entrega</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:</p> <input type="checkbox"/> Armazenagem <input type="checkbox"/> Interação com medicamentos e alimentação <input type="checkbox"/> Administração <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Situações especiais (idade, gestação...) Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento. <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> responsável <input type="checkbox"/> representante	Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega																				
Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega																						
2º MÊS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Medicamento</th> <th style="width: 10%;">Quantidade autorizada</th> <th style="width: 10%;">Quantidade dispensada</th> <th style="width: 20%;">Data de entrega</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:</p> <input type="checkbox"/> Armazenagem <input type="checkbox"/> Interação com medicamentos e alimentação <input type="checkbox"/> Administração <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Situações especiais (idade, gestação...) Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento. <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> responsável <input type="checkbox"/> representante	Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega																				
Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega																						
3º MÊS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Medicamento</th> <th style="width: 10%;">Quantidade autorizada</th> <th style="width: 10%;">Quantidade dispensada</th> <th style="width: 20%;">Data de entrega</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:</p> <input type="checkbox"/> Armazenagem <input type="checkbox"/> Interação com medicamentos e alimentação <input type="checkbox"/> Administração <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Situações especiais (idade, gestação...) Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento. <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> responsável <input type="checkbox"/> representante	Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega																				
Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega																						

ANEXO D - Relação de doenças e agravos tratados pelo CEAF (grupos 1 e 2)

DOENÇAS E AGRAVOS TRATADOS PELO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (Grupos 1 e 2)* [?]			
Acne	Doença de Paget - Osteíte Deformante	Hemangioma	Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático
Acromegalia	Doença de Parkinson	Hepatite Autoimune	Psoríase
Anemia Aplástica	Doença de Wilson	Hepatite Viral C	Puberdade Precoce Central
Anemia Hemolítica Autoimune	Doença Falciforme	Hepatite Viral Crônica B	Púrpura Trombocitopênica Idiopática
Anemia na Insuficiência Renal Crônica	Doença pelo HIV Resultando em Outras Doenças	Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica	Raquitismo e Osteomalácia
Anemia por Deficiência de Ferro	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Hiperplasia Adrenal Congênita	Retocolite Ulcerativa
Angioedema Hereditário	Dor Crônica	Hiperprolactinemia	Síndrome de Guillain-Barré
Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha	Endometriose	Hipertensão Arterial Pulmonar	Síndrome de Ovarios Policísticos e Hirsutismo
Artrite Psoriática	Epilepsia	Hipoparatiroidismo	Síndrome de Turner
Artrite Reativa - Doença de Reiter	Esclerose Lateral Amiotrófica	Ictioses Hereditárias	Síndrome Nefrótica
Artrite Reumatoide	Esclerose Múltipla	Imunodeficiência Primária	Síndromes Coronarianas Agudas
Asma	Esclerose Sistêmica	Insuficiência Adrenal Primária - Doença de Addison	Sobrecarga de Ferro
Deficiência de Hormônio do Crescimento - Hipopituitarismo	Espasticidade	Insuficiência Pancreática Exócrina	Transplante Cardíaco
Dermatomiosite e Polimiosite	Espondilite Ancilosante	Leiomioma de Útero	Transplante de Coração e Pulmão
Diabetes Insípido	Espondilopatia Inflamatória	Lúpus Eritrematoso Sistêmico	Transplante de Medula ou Pâncreas
Dislipidemia	Esquizofrenia	Miastenia Gravis	Transplante de Pulmão
Distonias Focais e Espasmo Hemifacial	Fenilcetonúria	Neutropenia	Transplante Hepático
Doença de Alzheimer	Fibrose Cística	Osteodistrofia Renal	Transplante Renal
Doença de Crohn	Glaucoma	Osteoporose	Uveítes Posteriores Não Infecciosas
Doença de Gaucher			

*Além das doenças descritas acima, no âmbito do CEAF é ofertado tratamento para Espondilose e Hipotireoidismo Congênito, sendo que as linhas de cuidado dessas doenças compreendem somente medicamentos alocados no Grupo 3 do CEAF, que devem ser disponibilizados conforme ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Fonte: CEAF/MS (2018)

ANEXO E – “AF > Contatos” - Ministério da Saúde

VOCÊ ESTÁ AQUI: PÁGINA INICIAL > ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA > MEDICAMENTOS - RENAME > COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF)

Saúde de A a Z
Institucional
SUS
Ações e Programas
Blog da Saúde
Últimas notícias

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Base Nacional de Dados
- Sobre a Assistência Farmacêutica
- Diretrizes e Competências
- Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos
- Laboratórios Oficiais
- Calamidade Pública
- Medicamentos - RENAME
- Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)
- Programa Farmácia Popular
- Filtoterápicos
- Sistema Horário
- Legislação
- Publicações
- Contatos

Assistência Farmacêutica

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)** foi regulamentado pela [Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009](#) e, desde então, tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas no CEAF. Assim, os medicamentos e outras tecnologias em saúde necessárias para garantir a integralidade são definidos nos [Protocolos Clínicos](#) e [Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#) por meio das diferentes linhas de cuidado.

Nesse contexto, para atender as linhas de cuidado, torna-se fundamental a articulação entre as diferentes políticas de saúde, serviços ambulatoriais e hospitalares. O CEAF, é necessário desde o mês de novembro) e

No sentido de assegurar a integralidade da assistência farmacêutica contemplada nos protocolos e diretrizes, os medicamentos são divididos em:

- O **Grupo 1** (1A e 1B) é das Secretarias Estaduais de Saúde. Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos [Protocolos Clínicos](#) e [Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#), estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.
- O **Grupo 2** (2A e 2B) é das Secretarias Estaduais de Saúde. Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos [Protocolos Clínicos](#) e [Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#), estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.
- O **Grupo 3** (3A e 3B) é das Secretarias Estaduais de Saúde. Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos [Protocolos Clínicos](#) e [Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#), estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.

Os medicamentos do **Grupo 1** (1A e 1B) é das Secretarias Estaduais de Saúde. Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos [Protocolos Clínicos](#) e [Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#), estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.

Como resultado do compromisso do Ministério da Saúde em atualizar permanentemente as suas relações de medicamentos, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, publicou-se a [Portaria GMS/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013](#), que passa a ser o novo marco regulatório do CEAF. Esta Portaria mantém os conceitos originais, mas inova nos seguintes aspectos:

- inclusão dos procedimentos para os medicamentos incorporados pela [Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS \(CONITEC\)](#);
- atualização dos atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS a partir da publicação de novos PCDT; transferência de medicamentos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- inclusão dos medicamentos para tratamento do glaucoma; e
- atualização dos valores de ressarcimento dos medicamentos do Grupo 1B.

Ministério da Saúde

ACESSIBILIDADE ALTO CONTRASTE

Buscar no portal

Sistemas | Ouvidoria | Comunicação e Imprensa | Contatos | Assessoria

banner vacina2019 v2

VOCÊ ESTÁ AQUI: PÁGINA INICIAL > ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA > CONTATOS

Saúde de A a Z
Institucional
SUS
Ações e Programas
Blog da Saúde
Últimas notícias

Contatos

Ministério da Saúde - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)

Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF)

Esplanada dos Ministérios Bloco G

Brasília-DF / CEP: 70058-900

Telefone: (61) 3315- 3361

E-mail: daf@saude.gov.br

registro em: Galeria de Ministros | Assuntos | Assistência Farmacêutica

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Base Nacional de Dados
- Sobre a Assistência Farmacêutica
- Diretrizes e Competências
- Comitê Nacional para Promoção do Uso

ASSUNTOS:

Atenção Especializada e Hospitalar

Atenção Básica

Assistência Farmacêutica

Ciência e Tecnologia e Complexo Industrial

Gestão do SUS

Vigilância em Saúde

Participação e Controle Social

Fonte: www.saude.gov.br

ANEXO F – “CEAF > Anexos da Portaria (Lista de doenças, lista de medicamentos (grupo 1 A) e erro de execução tabela Sigtap) - Ministério da Saúde

Ministério da Saúde - MS Secretaria de Atenção à Saúde Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS	
Procedimento x CID	
Competência: 01/2019	
Filtros Utilizados	
Competência:	01/2019
Situação do Procedimento:	Publicado
Consulta:	Todos
Grupo:	06 - Medicamentos
SubGrupo:	04 - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
0604010010 - MESALAZINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	
K500 - Doença de crohn do intestino delgado	
K501 - Doença de crohn do intestino grosso	
K508 - Outra forma de doença de crohn	
K510 - Enterocolite ulcerativa (crônica)	
K511 - Ileocolite ulcerativa (crônica)	
K512 - Proctite ulcerativa (crônica)	
K513 - Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	
K514 - Pseudopolipose do cólon	
K515 - Proctocolite mucosa	
K518 - Outras colites ulcerativas	
0604010028 - MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	
K500 - Doença de crohn do intestino delgado	
K501 - Doença de crohn do intestino grosso	
K508 - Outra forma de doença de crohn	
K510 - Enterocolite ulcerativa (crônica)	
K511 - Ileocolite ulcerativa (crônica)	
K512 - Proctite ulcerativa (crônica)	

Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica Coordenação Geral Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CGCEAF)		
GRUPO 1A: Medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica		
Numero de fármacos	Numero de medicamentos	Medicamento
1	1	Abatacepte 125 mg solução injetável
	2	Abatacepte 250 mg pó para solução injetável
2	3	Acetato de octreotida 20 mg/ml pó para suspensão injetável
	4	Acetato de octreotida 30 mg/ml pó para suspensão injetável
3	5	Adalimumabe 40 mg solução injetável
4	6	Alfadornase 1 mg/ml solução para inalação
5	7	Alfaepoetina 1.000 UI solução injetável
	8	Alfaepoetina 2.000 UI solução injetável
	9	Alfaepoetina 3.000 UI solução injetável
	10	Alfaepoetina 4.000 UI solução injetável
	11	Alfaepoetina 10.000 UI solução injetável
6	12	Alfaiferferona 2b 3.000.000 UI pó para solução injetável
	13	Alfaiferferona 2b 5.000.000 UI pó para solução injetável
	14	Alfaiferferona 2b 10.000.000 UI pó para solução injetável
7	15	Alfaepeginferferona 2a 180 mcg solução injetável
8	16	Alfaepeginferferona 2b 80 mcg pó para solução injetável
	17	Alfaepeginferferona 2b 100 mcg pó para solução injetável
	18	Alfaepeginferferona 2b 120 mcg pó para solução injetável
9	19	Alfaelaglicerase 200 U pó para solução injetável
10	20	Alfaelaglicerase 200 U pó para solução injetável
	21	Alfaelaglicerase 400 U pó para solução injetável
11	22	Betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) solução injetável
	23	Betainterferona 1a 30 mcg (6.000.000 UI) solução injetável
12	24	Betainterferona 1a 44 mcg (12.000.000 UI) solução injetável
	25	Betainterferona 1b 300 mcg (9.600.000 UI) solução injetável
13	26	Bimatocrosta 0,3 mg/ml solução oftálmica



Não é possível acessar esse site

Não foi possível encontrar o endereço IP do servidor de portalsaudeadm.saude.gov.

Pesquise portalsaudeadm.saude.gov portais portal images pdf 2017 marco Anexo no Google

ERR_NAME_NOT_RESOLVED

Fonte: www.saude.gov.br

ANEXO G – Texto avaliado para leitura: “Sobre a Assistência Farmacêutica” – Ministério da Saúde

Sobre a Assistência Farmacêutica

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica - Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular. Com exceção do Farmácia Popular, em todos os outros componentes o financiamento e a escolha de qual componente o medicamento fará parte é tripartite, ou seja, a responsabilidade é da União, dos estados e os municípios.

Para saber quais medicamentos estão disponíveis, é necessário consultar a [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais \(Rename\)](#). A Rename é uma lista orientativa e cabe a cada município estabelecer sua própria relação de medicamentos de acordo com suas características epidemiológicas. A Rename contempla os medicamentos e insumos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e está dividida em [Componente Básico da Assistência Farmacêutica \(CBAF\)](#), [Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica \(CESAF\)](#), [Componente Especializado da Assistência Farmacêutica \(CEAF\)](#), além de determinados medicamentos de uso hospitalar. Hospitais possuem descrição nominal própria de tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais do SUS.

O cidadão deve procurar atendimento médico nas unidades de saúde para, se necessário, ter acesso aos medicamentos necessários ao seu tratamento.

Entender em qual componente está o medicamento que você precisa é fundamental, não só para que garantir o financiamento de uma medicação, mas também para determinar como será seu acesso, se por meio das Unidades Básicas de Saúde.

Fonte: www.saude.gov.br

ANEXO H – Texto avaliado para leitura: “Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)” – Ministério da Saúde

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)** foi regulamentado pela [Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009](#) e, desde então, tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas no CEAF. Assim, os medicamentos e outras tecnologias em saúde necessárias para garantir a integralidade são definidos nos [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#) por meio das diferentes linhas de cuidado.

Nesse contexto, para atender as linhas de cuidado, torna-se fundamental a articulação entre as diferentes políticas de saúde, sejam elas no campo da Assistência Farmacêutica ou em outras áreas, como os outros serviços ambulatoriais e hospitalares. Fica evidente, portanto, que para atendimento integral das doenças do CEAF, é necessária uma interação entre a [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais \(Rename 2018 Novembro\)](#) e a [Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde \(Renases\)](#).

No sentido estrito do tratamento medicamentoso no âmbito da Assistência Farmacêutica, o Componente Especializado se relaciona diretamente com o [Componente Básico](#), visto que o tratamento de muitas doenças contempladas no CEAF deve ser iniciado na atenção básica. Esse raciocínio, além de contribuir para a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, facilita a divisão das responsabilidades entre os entes federados.

Grupos de Medicamentos

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

- O **Grupo 1** é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento e por aqueles que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.
- O **Grupo 2** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais de Saúde.
- O **Grupo 3** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios sob regulamentação da [Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013](#), que aprova a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Os medicamentos do **Grupo 1** devem ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas no Componente e se dividem em: **Grupo 1A** - medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e **Grupo 1B** - medicamentos adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, na modalidade Fundo a Fundo. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do **Grupo 1** (1A e 1B) é das Secretarias Estaduais de Saúde. Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#), estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.

Como resultado do compromisso do Ministério da Saúde em atualizar permanentemente as suas relações de medicamentos, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, publicou-se a [Portaria GMS/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013](#), que passa a ser o novo marco regulatório do CEAF. Esta Portaria mantém os conceitos originais, mas inova nos seguintes aspectos:

- a) inclusão dos procedimentos para os medicamentos incorporados pela [Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS \(CONITEC\)](#);
- b) atualização dos atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS a partir da publicação de novos PCDT; transferência de medicamentos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- c) inclusão dos medicamentos para tratamento do glaucoma; e
- d) atualização dos valores de ressarcimento dos medicamentos do Grupo 1B.

Atualização

Com a publicação da [Portaria GM/MS nº 1.554/2013](#), o **Grupo 1** passa a ser composto por **98 fármacos em 171 apresentações farmacêuticas**, sendo que destes, **72 fármacos em 127 apresentações** são adquiridos pelo Ministério da Saúde. O Grupo 2, cujos medicamentos devem ser adquiridos, financiados e dispensados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, passa a ser composto por **53 fármacos em 117 apresentações farmacêuticas**.

Considerando os medicamentos dos **Grupos 1, 2 e 3**, atualmente, o CEAF é composto por **228 fármacos em 407 apresentações farmacêuticas**, indicados para o tratamento das diferentes fases evolutivas das doenças contempladas.

Acesse aqui a lista de doenças e agravos contemplados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e seus respectivos medicamentos na [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2018](#).

ANEXO I - “Início > Cidadão” - SES/TO

Tocantins, 06 de Junho de 2019 - saude.to.gov.br

SECRETARIA DA SAÚDE TOCANTINS GOVERNO DO ESTADO

saúde.to

INÍCIO

- GALERIA DE FOTOS
- EVENTOS
- A SECRETARIA
- CIDADÃO**
- ATENÇÃO À SAÚDE
- ATENÇÃO PRIMÁRIA
- VIGILÂNCIA EM SAÚDE
- GESTÃO PROFISSIONAL
- FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE
- PLANEJAMENTO
- TEC. DA INFORMAÇÃO
- CONTATOS - AGENDA TELEFÔNICA

DOE SANGUE, VAMOS JUNTOS REALIZAR ESSE ATO DE AMOR

INFORMAÇÕES: 32 19.3232 / 0800 6428822

Tocantins, 07 de Junho de 2019 - saude.to.gov.br

SECRETARIA DA SAÚDE TOCANTINS GOVERNO DO ESTADO

saúde.to

INÍCIO

- CIDADÃO**
- CARTÃO SUS
- CIRURGIAS ELETIVAS
- ESCALAS
- OUVIDORIA DO SUS
- PRODUTIVIDADE
- VACINAÇÃO

Início / Cidadão

Cidadão

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que o SUS não é um mero meio de financiamento e repasse de recursos, também não se constitui um programa de saúde pública destinado a pobres, nem tão pouco se constitui um plano de saúde para os menos favorecidos. O SUS é um sistema complexo que atende a todas as classes sociais e todos os âmbitos das necessidades da população, garantindo desde a qualidade da água que consumimos ou produtos que compramos, até aos atendimentos preventivos ou curativos.

- Cartão SUS
- Cirurgias Eletivas
- Escalas
- Ouvidoria do SUS
- Produtividade
- Vacinação

Arquivo(s)

- Entendendo o SUS.pdf
- Entenda o SUS.pdf

Fonte: www.saude.to.gov.br

ANEXO J - “Assistência Farmacêutica > Solicitação de Medicamentos” - SES/TO

INÍCIO
Início / Assistência Farmacêutica / Solicitação de Medicamentos
< voltar

ATENÇÃO À SAÚDE

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

GESTÃO HOSPITALAR

CENTRAL DE TRANSPLANT

CENTRO DE REABILITAÇÃO

REGULAÇÃO EM SAÚDE

HEMORREDE

FALE CONOSCO

CONTROLE E AUDITORIA

Solicitação de Medicamentos

PORTARIA/SESAU Nº. 1291, de 03 de Novembro de 2015.

O SECRETÁRIO DA SAÚDE, designado pelo Ato Governamental de nº. 15 – NM, Publicado no Diário Oficial do Estado nº. 4.288 de 02 de janeiro de 2015, consoante o disposto no art. 42, § 1º, incisos I, II e IV, da Constituição do Estado.

- Considerando ser um direito fundamental do cidadão o acesso à saúde universal e igualitário e visando garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, com o propósito principal o de fornecer a necessária segurança do uso racional do medicamento para o paciente;
- Considerando segurança jurídica do paciente em receber o medicamento e visando respeitar as competências do SUS definidas em lei;
- Considerando a necessidade de renovação periódica do relatório e receituário médico, concedidos por medidas judiciais de prestação continuada, em medida liminar ou definitiva;
- Considerando necessidade da atualização periódica dos cuidados prestados aos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS), para servir como instrumento racionalizador das ações no âmbito Assistência Farmacêutica, que tem como objetivo garantir o acesso aos medicamentos, além de ofertar ao usuário do SUS um conjunto de serviços farmacêuticos que contribuam para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.
- Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes às políticas de saúde;
- Considerando o disposto na Portaria nº 3.916/GM/MS, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, como também a Portaria MS/GM Nº 1, DE 2 de Janeiro de 2015, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no SUS;
- Considerando a Resolução nº 338/CNS/MS, de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; onde trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;
- Considerando estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS, e o medicamento ter sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS, como também estar à prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas nos termos do art. 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

RESOLVE:

- Art. 1º. Estabelecer que os medicamentos fornecidos por meio de decisões judiciais de prestações continuadas, devem ter seus receituários médicos renovados a cada 3 (três) meses, contados da emissão, a fim de verificação da continuidade do tratamento e necessidade do medicamento prescrito. Parágrafo único. A ausência do novo receituário médico, conforme estipulado neste artigo, será interpretado como abandono do tratamento.
- Art. 2º. Haverá a interrupção do fornecimento de medicação, por abandono do tratamento, quando o paciente, responsável ou representante não retirá-lo por 3 (três) meses consecutivos e não tiver ocorrido o fornecimento antecipado.
- Art. 3º. Em face das decisões judiciais que determinam a dispensação dos medicamentos contemplados no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, deverão os demandantes ser incluídos em serviço ou programa do Sistema Único de Saúde (SUS) para fins de acompanhamento e controle clínico.
- Art. 4º. Para todos os fins, o laudo médico terá 60 (sessenta) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante. Parágrafo único. Exaurido o prazo estipulado neste artigo, novo laudo médico deverá ser emitido.
- Art. 5º. Com a finalidade de padronizar o sistema de atendimento ao público, os interessados em solicitar medicamentos para Assistência Farmacêutica do Estado do Tocantins, deverão preencher o formulário que oriente o solicitante quanto fornecimento do medicamento e informar sobre quais documentos apresentar.

Parágrafo único. Segue em anexo o Formulário de Solicitação dos Medicamentos.

Receituário para medicamentos de controle especial

Segundo Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde:

“Art. 52 O formulário da Receita de Controle Especial (ANEXO XVII), válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: “1ª via - Retenção da Farmácia ou Drogeria” e “2ª via - Orientação ao Paciente”.

§ 1º A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial) e “C5” (anabolizantes) deste Regulamento Técnico e de suas atualizações.”

Arquivo(s)

Requerimento de Medicamentos assistencia farmaceutica.pdf

Requerimento de Medicamentos assistencia farmaceutica.pdf

Fonte: www.saude.to.gov.br

**ANEXO K – Texto avaliado para leitura: “Assistência Farmacêutica” e
“Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)” – SES/TO**

Assistência Farmacêutica

Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde - Tocantins

A Assistência Farmacêutica (AF) tem como principal objetivo a execução de ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos que tenham qualidade, segurança e eficácia, promovendo o seu uso racional, sob orientação técnica e em estreita consonância com a Política Nacional de Saúde e de Assistência Farmacêutica.

A AF desenvolve suas atividades através da execução do Componente Especializado (CEAF) e dos Componentes Básico (CBAF) e Estratégico (CESAF) da Assistência Farmacêutica.

Unidades no Tocantins

Palmas

Endereço: Quadra 104 Norte, Avenida LO-04, conjunto 04, lote 46, Centro, Cep 77.006-032
Fone: (63) 3218 3200

Fonte: www.saude.to.gov.br

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

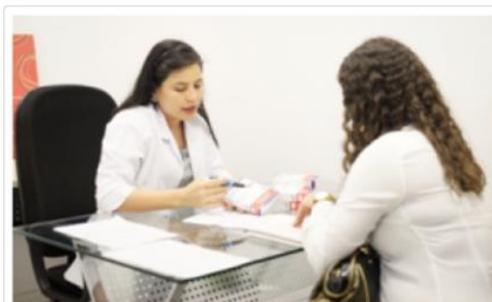
Componente Especializado

Os medicamentos do Componente Especializado (CEAF) são indicados para o tratamento de doenças crônicas ou de maior complexidade, em nível ambulatorial, dispensados em Farmácias Especializadas, com unidades em Palmas, Araguaína, Gurupi e Porto Nacional.

O fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS).

O cadastro do usuário na Assistência Farmacêutica (AF) ocorre após a confirmação do diagnóstico pelo médico assistente, podendo o usuário vir da rede particular ou da rede pública de saúde.

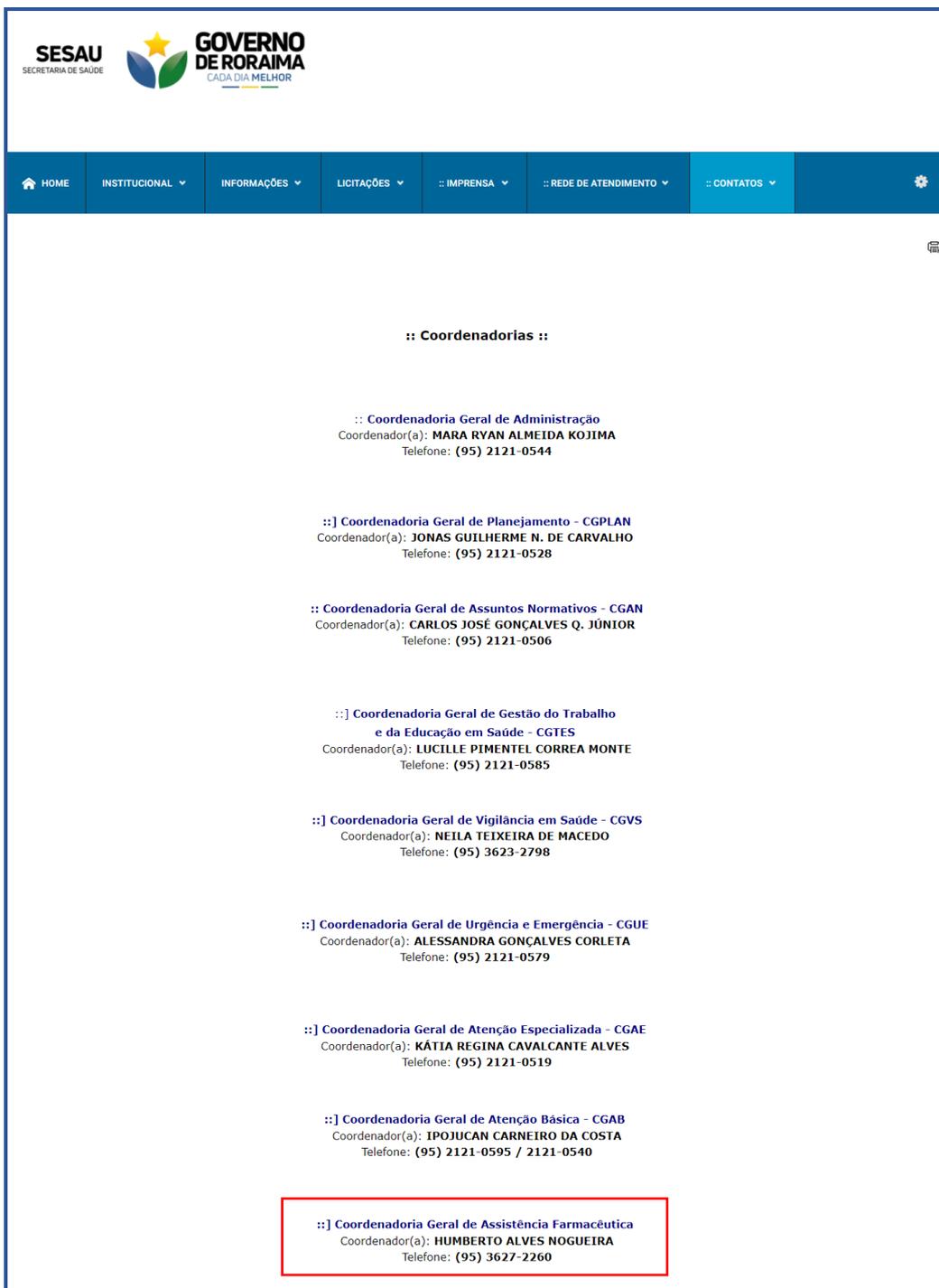
Acesse aqui a [Portaria GM/MS nº 1554 de 30 de julho de 2013](#), alterada pela [Portaria GM/MS nº 1996 de 11 de setembro de 2013](#). Para conhecer os anexos da Portaria GM/MS nº 1554/2013 acesse os links abaixo:



Atendimento assistência.png -

Fonte: www.saude.to.gov.br

ANEXO L – “Contatos > Coordenadorias” - SES/RR



The image shows a screenshot of the website for the Secretariat of Health (SESAU) of the Government of Roraima. The header includes the logos for SESAU and the Government of Roraima. A navigation menu is visible with options like HOME, INSTITUCIONAL, INFORMAÇÕES, LICITAÇÕES, IMPRENSA, REDE DE ATENDIMENTO, and CONTATOS. The main content area is titled "Coordenadorias" and lists several departments with their respective coordinators and phone numbers. The last entry, "Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica", is highlighted with a red border.

SESAU
SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO DE RORAIMA
CADA DIA MELHOR

HOME INSTITUCIONAL INFORMAÇÕES LICITAÇÕES IMPRENSA REDE DE ATENDIMENTO **CONTATOS**

:: Coordenadorias ::

:: Coordenadoria Geral de Administração
Coordenador(a): **MARA RYAN ALMEIDA KOJIMA**
Telefone: (95) 2121-0544

::] Coordenadoria Geral de Planejamento - CGPLAN
Coordenador(a): **JONAS GUILHERME N. DE CARVALHO**
Telefone: (95) 2121-0528

:: Coordenadoria Geral de Assuntos Normativos - CGAN
Coordenador(a): **CARLOS JOSÉ GONÇALVES Q. JÚNIOR**
Telefone: (95) 2121-0506

::] Coordenadoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - CGTES
Coordenador(a): **LUCILLE PIMENTEL CORREA MONTE**
Telefone: (95) 2121-0585

::] Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS
Coordenador(a): **NEILA TEIXEIRA DE MACEDO**
Telefone: (95) 3623-2798

::] Coordenadoria Geral de Urgência e Emergência - CGUE
Coordenador(a): **ALESSANDRA GONÇALVES CORLETA**
Telefone: (95) 2121-0579

::] Coordenadoria Geral de Atenção Especializada - CGAE
Coordenador(a): **KÁTIA REGINA CAVALCANTE ALVES**
Telefone: (95) 2121-0519

::] Coordenadoria Geral de Atenção Básica - CGAB
Coordenador(a): **IPOJUCAN CARNEIRO DA COSTA**
Telefone: (95) 2121-0595 / 2121-0540

::] Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenador(a): **HUMBERTO ALVES NOGUEIRA**
Telefone: (95) 3627-2260

Fonte: www.saude.rr.gov.br

ANEXO M – Texto avaliado para leitura: “Medicamentos do SUS” e “Central de Assistência Farmacêutica” – SES/RR

Medicamentos do SUS

Para ter acesso aos medicamentos, o usuário precisa, primeiramente, ser atendido por algum médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fazer todos os procedimentos, exames, e esclarecer a doença e o tratamento.

Com a receita, que contenha o nome do princípio ativo/denominação genérica (não pode ser o nome comercial do medicamento), o paciente deverá conferir se o medicamento solicitado consta na **relação de medicamentos disponibilizados pelo SUS (RENAME)** e verificar a qual Componente da Assistência Farmacêutica ele pertence.

Os medicamentos do SUS estão divididos por blocos de financiamento da assistência farmacêutica, sendo de responsabilidade municipal (componente básico), estadual (componente especial e especializado) ou federal (componente Estratégico – programas de saúde do MS).

Fonte: www.saude.rr.gov.br

Central de Assistência Farmacêutica

O Sistema Único de Saúde – SUS, responsável pela provisão do acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, inclui entre suas responsabilidades o fornecimento dos medicamentos necessários. A orientação adotada pelo Ministério da Saúde para o setor, a Política Nacional de Medicamentos, foi explicitada na Portaria nº 3.916, de outubro de 1998. Esse documento estabeleceu as diretrizes da ação pública nessa área, com o objetivo de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Suas principais diretrizes são: o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a regulamentação sanitária.

Os medicamentos considerados básicos e indispensáveis ao atendimento da maioria dos problemas de saúde da população integram a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. A RENAME é instrumento importante ao processo de descentralização, na medida em que permite a padronização da prescrição e abastecimento de medicamentos nos diversos níveis de governo, o que significa a possibilidade de melhor gerenciamento e menores custos.

A assistência farmacêutica não se limita à aquisição e distribuição de medicamentos. A promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais é parte integrante da assistência e deve ser buscada pelos gestores dos três níveis de governo. Essa reorientação do modelo assistencial deve estar fundamentada na descentralização da gestão; na promoção do uso racional dos medicamentos; na eficácia do sistema de distribuição público e no desenvolvimento de iniciativas que permitam a redução de preços, inclusive no sentido de proporcionar o acesso à população no âmbito do setor privado.

Fonte: www.saude.rr.gov.br

ANEXO N – “Página inicial > Cidadão/Gestor/Profissional de Saúde” - SES/SP

The image displays three overlapping screenshots of the website for the Secretaria de Estado da Saúde (SES) of São Paulo. The top screenshot shows the main navigation menu with options: INSTITUCIONAL, NOTÍCIAS, LEGISLAÇÃO, SITES DE INTERESSE, and FALE CONOSCO. Below this, there are three tabs for user selection: Cidadão (highlighted with a red box), Gestor, and Profissional da Saúde. A sidebar on the left lists various services like 'Temas de Saúde', 'Orientações Gerais sobre Saúde', and 'Sistemas e formulários'. The middle screenshot shows the same interface but with the 'Gestor' tab selected (highlighted with a red box). The bottom screenshot shows the 'Profissional da Saúde' tab selected (highlighted with a green box). In this view, a large banner for 'EPATESPO' (Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico) is prominent, along with a 'Comissão de Farmacologia da SES/SP' link highlighted in a red box. The bottom of the page includes contact information for the Secretaria de Estado da Saúde and social media icons.

ANEXO O – “Fale Conosco” – SES/SP

Governo do Estado de São Paulo
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTITUCIONAL NOTÍCIAS LEGISLAÇÃO SITES DE INTERESSE **FALE CONOSCO**

Fale Conosco

- + O que é o SUS e como ele funciona?
- + Como ter acesso à assistência no SUS?
- + O que é e como conseguir o Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS?
- + Em caso de perda, como fazer para obter 2ª via do Cartão SUS?
- Quais os medicamentos distribuídos pelo SUS?

O SUS, através de parceria entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde, distribui gratuitamente medicamentos ambulatoriais padronizados para as diferentes doenças que acometem a população. Para saber quais os medicamentos padronizados que são distribuídos e como fazer para consegui-los, acesse a área da Assistência Farmacêutica do Portal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
<http://portal.saude.sp.gov.br/ses/acoes/assistencia-farmacautica>.

- + Como fazer para trabalhar na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo?
- + Como obter informações sobre o andamento de processo de licença médica no Estado?
- + Quais são as vacinas recomendadas pela Secretaria de Estado de São Paulo?
- + Onde fazer tratamento de câncer pelo SUS no Estado de São Paulo?
- + Onde fazer uma reclamação ou denúncia?

Fale com a Secretaria

Caso você não encontre a resposta à sua dúvida preencha o formulário de contato.

Fale com a SES

Ouvidoria na Saúde

[Contatos das ouvidorias da Saúde de São Paulo](#)

Página não encontrada

O endereço digitado ou link solicitado não foi encontrado em nossos servidores. Verifique se o endereço está correto e tente novamente.

Retorne à [Página anterior](#)

Vá para [Home](#)

Realize uma nova busca

[Buscar](#)

Fonte: www.saude.sp.gov.br

ANEXO P – “Medicamentos do CEAF > PCDT” – SES/SP

Imprimir

Governo do Estado de São Paulo
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO

SP NOTÍCIAS
CONHEÇA SP
AÇÕES DE GOVERNO
ÓRGÃOS E ENTIDADES
INVESTE SP
CIDADÃO SP
FALE CONOSCO

Home
Mapa do Site

Buscar

Secretaria de Estado da Saúde

INSTITUCIONAL
NOTÍCIAS
LEGISLAÇÃO
SITES DE INTERESSE
FALE CONOSCO

Cidadão
Gestor
Profissional da Saúde

A A A Tamanho do texto

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico e o algoritmo de tratamento de cada doença, com as doses adequadas dos medicamentos e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis reações adversas. Os PCDT também objetivam criar mecanismos para a promoção do Uso Racional de Medicamentos.

O PCDT estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde. Para acessá-los, clique [aqui](#).

É importante ressaltar que no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, os medicamentos apenas são dispensados aos pacientes que se enquadram nos critérios estabelecidos no respectivo Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.

Fonte: www.saude.sp.gov.br

ANEXO Q - “Relação estadual de medicamentos do CEAF > Consulta por medicamento” – SES/SP

Imprimir

Governo do Estado de São Paulo
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SP NOTÍCIAS | CONHEÇA SP | AÇÕES DE GOVERNO | ÓRGÃOS E ENTIDADES | INVESTE SP | CIDADÃO SP | FALE CONOSCO

SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO

Home | Mapa do Site

Buscar

Secretaria de Estado da Saúde

INSTITUCIONAL | NOTÍCIAS | LEGISLAÇÃO | SITES DE INTERESSE | FALE CONOSCO

Cidadão | Gestor | Profissional da Saúde

Tamanho do texto

Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Consulta por [MEDICAMENTO](#)

Consulta por [PROTOCOLO CLÍNICO](#) | [TÉCNICA TERAPÊUTICA](#)

Cidadão | Gestor | Profissional da Saúde

Consulta por MEDICAMENTO

[abatacepte](#)
[acetazolamida](#)
[ácido nicotínico](#)
[acitretina](#)
[adalimumabe](#)
[alfadornase](#)
[alfaepoetina](#)
[alfainterferona 2b](#)
[alfapeginterferona](#)
[amantadina](#)
[ambrisentana](#)
[atorvastatina](#)
[azatioprina](#)
[betainterferona](#)
[bezafibrato](#)
[bimatoprost](#)
[biotina](#)
[bosentana](#)
[brimonidina](#)
[brinzolamida](#)
[bromocriptina](#)
[budesonida](#)
[cabergolina](#)
[calcipotriol](#)
[calcitonina](#)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

ABATACEPTE

Artrite Reumatoide
Portaria Conjunta nº15, de 11 de dezembro de 2017 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 250 mg injetável – frasco-ampola (utilização por via intravenosa)
125 mg injetável – seringa preenchida (utilização por via subcutânea)

CIDs contemplados

- Abatacepte 125 mg injetável: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
- Abatacepte 250 mg injetável: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M06.0

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação:

Utilização por via intravenosa:

- Pacientes com menos de 60 kg: 500 mg nas semanas 0, 2 e 4 e, após, manter a mesma dose a cada mês.
- Pacientes com 60 a 100 kg: 750 mg nas semanas 0, 2 e 4 e, após, manter a mesma dose a cada mês.
- Pacientes com mais de 100 kg: 1.000 mg nas semanas 0, 2 e 4 e, após, manter a mesma dose a cada mês.

Crianças a partir dos 6 anos:
 < 75 kg: iniciar com 10 mg/kg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2 e 4, e após, manter a mesma dose a cada mês.
 75 – 100 kg: iniciar com 750 mg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2, 4 e, após, manter a mesma dose a cada mês.
 > 100 kg: iniciar com 1.000 mg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2, 4 e, após, manter com a mesma dose a cada mês.

Utilização por via subcutânea (em adultos > 18 anos):
 125 mg a cada semana. Dosagem de 4 vezes ao mês.

- Para faturamento (SIGTAP): 125 mg: 5 frascos-ampola; 250 mg: 5 frascos-ampola

Grupo de financiamento: 1A

Fonte: www.saude.sp.gov.br

ANEXO R - “Relação estadual de medicamentos do CEAF > Consulta por PCDT” – SES/SP

The image shows a screenshot of the website 'Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica' (Relação Estadual de Medicamentos do CEAF) from the São Paulo State Health Secretariat (SES/SP). The page is titled 'Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica' and features a search bar with the option to search by 'MEDICAMENTO' or 'PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZ TERAPÊUTICA'. A hand icon points to the 'PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZ TERAPÊUTICA' option.

The search results page is titled 'Consulta por PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZ TERAPÊUTICA' and lists various conditions. A detailed view of the 'ACNE GRAVE' protocol is shown, including the following information:

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

ACNE GRAVE
Portaria nº. 1159, de 18 de novembro de 2015 ([Protocolo na íntegra](#))

Medicamentos

- [Isotretinoína 10 mg e 20 mg – cápsula](#)

CID's contemplados

L70.0, L70.1, L70.8

Relação de exames necessários para dispensação dos medicamentos nos locais de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

1ª solicitação

- B-HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil);
- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – LDL **ou** cálculo do LDL pela equação de Friedewald;
Equação de Friedewald: $LDL = [(Colesterol\ total) - HDL] - (Triglicerídeos/5)$
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

Renovação da Continuidade

Mensalmente:

- B-HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil);

Ao final do 1º mês e a cada 3 meses (após a 1ª renovação):

- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;

ACNE GRAVE (Atualizado em 27/08/2018)

ANEXO S - “Medicamentos do CEAF > Como obter?” – SES/SP – SES/SP

The screenshot displays the official website of the São Paulo State Health Secretariat (SES/SP). At the top, there is a navigation bar with the text 'Governo do Estado de São Paulo SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE' and the state flag. To the right, there is a search bar and a 'Buscar' button. Below the navigation bar, there are several menu items: 'SP NOTÍCIAS', 'CONHEÇA SP', 'AÇÕES DE GOVERNO', 'ÓRGÃOS E ENTIDADES', 'INVESTE SP', 'CIDADÃO SP', and 'FALE CONOSCO'. A secondary menu includes 'INSTITUCIONAL', 'NOTÍCIAS', 'LEGISLAÇÃO', 'SITES DE INTERESSE', and 'FALE CONOSCO'. There are also buttons for 'Cidadão', 'Gestor', and 'Profissional da Saúde'. The main content area features a section titled 'Como obter?' with the following text: 'A indicação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade do médico que acompanha o paciente. Para orientações sobre como obtê-los, clique [aqui](#).'

Fonte: www.saude.sp.gov.br

ANEXO T - Guia de orientações sobre medicamentos – SES/SP

Secretaria de Estado da Saúde

INSTITUCIONAL
NOTÍCIAS
LEGISLAÇÃO
SITES DE INTERESSE
FALE CONOSCO

Cidadão
Gestor
Profissional da Saúde

A A Tamanho do texto

Medicamentos

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e seu uso racional ([Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004](#) - Política Nacional de Assistência Farmacêutica).

[Capacitações da Assistência Farmacêutica](#)

[Coordenadoria de Assistência Farmacêutica](#)

[Diretrizes para prescrição e dispensação de medicamentos no Estado de São Paulo](#)

[Eventos adversos e queixas técnicas de medicamentos](#)

[Guia de Orientações sobre Medicament](#)

[Medicamentos das Unidades Farmácia](#)

[Medicamentos do Componente Básico c a Farmacêutica](#)

[Medicamentos do Componente Especialistância Farmacêutica](#)

[Medicamentos d](#)

[Medicamentos d](#)

[Medicamentos O](#)

[Notas Técnicas c](#)

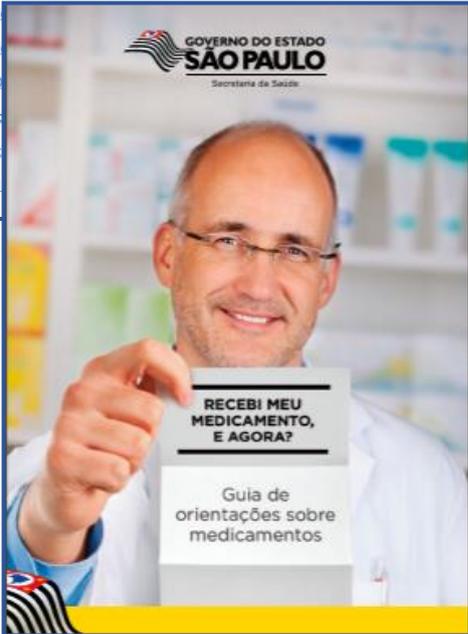
[Pactuações relat](#)

[Política Estadual](#)

ÍNDICE

Apresentação	4
Como ler a receita médica?	5
Saiba o significado de cada cor das tarjas dos medicamentos	7
Como fazer a conferência de medicamentos, antes de levar para casa? ...10	
Onde guardar seu medicamento?	12
Na hora de tomar o medicamento	13
Se tomar mais de um medicamento, organize-se!	15
Como medir a quantidade de medicamento na hora de tomar?	17
Vias de administração	19
Problemas após tomar o medicamento	21
Automedicação	23
Uso do medicamento na gravidez e amamentação	25





Fonte: www.saude.sp.gov.br

ANEXO U – Texto avaliado para leitura: “O que é?” e “Onde encontrar?” – SES/SP

! O que é?

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em publicados [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\)](#), publicadas pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos que fazem do Componente estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas. Estes grupos são definidos de acordo com os seguintes critérios:

- I - complexidade do tratamento da doença;
- II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e
- III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

Grupo 1:

- I - maior complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente;
- II - refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento;
- III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o CEAF;
- IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

Este grupo subdivide-se em:

- Grupo 1A: medicamentos financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde;
- Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde e adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Grupo 2:

- I - menor complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1;
- II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento.

Estes medicamentos são financiados e adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Grupo 3:

- I - fármacos constantes na [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais](#) vigente, considerados como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas no CEAF.

Estes medicamentos estão sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, no âmbito do [Componente Básico da Assistência Farmacêutica](#).

O CEAF é regulamentado pelas Portarias GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, retificadas em Diário Oficial em 13 de abril de 2018.

! Onde Encontrar?

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são dispensados em:

- 1) Farmácias de Medicamentos Especializados, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- 2) Farmácias Municipais.

Para consultar o local de referência para o seu município de residência ou estabelecimento de saúde, clique [aqui](#).

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I - [Declaração autorizadora](#);
 - II - Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade e comprovante de endereço com CEP;
 - II - Número de telefone do representante.
- O paciente, responsável ou representante apresentará documento de identificação para que seja efetuada a dispensação dos medicamentos.

Para consultar os documentos necessários para solicitação dos medicamentos, acesse o [Guia de Orientações sobre Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#)

Fonte: www.saude.sp.gov.br

ANEXO V - Página inicial - SES/RJ

The screenshot displays the homepage of the SES/RJ website. At the top, there is a navigation bar with the logo and search options. Below this, a large banner features a blue character with a cross on its forehead and the text "112 abre atenção para você de 24h para 24h". To the right, there are smaller images and text related to health services.

The main content area is divided into several sections:

- SERVIÇOS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE:** A section with icons for various services like "Atendimento", "Vacinas", "Exames", "Medicamentos", "Atividade Física", and "Saúde Bucal".
- TEM DÚVIDAS? TEMOS!** A section with a large question mark icon and a "REDE DE ATENDIMENTO" form with fields for "Nome", "CPF", "Data de Nascimento", "Sexo", "Endereço", "Cidade", "Estado", and "CEP".
- Gratidão:** A section with a woman's face and the text "SAÚDE AíZ".
- GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:** A section with the text "Você precisa?" and "Você sabe qual é o risco de uma gravidez na adolescência?".
- OBESIDADE:** A section with the text "Você sabe qual é o risco de obesidade?" and "Você sabe qual é o risco de obesidade?".
- ATIVIDADE NA TERCEIRA IDADE:** A section with the text "Centralidade da pessoa idosa" and "Atividade física para idosos".
- VIVER MELHOR:** A section with a grid of images and text related to quality of life, including "BEM-ESTAR", "CUIDE DA SUA SAÚDE", "ATIVIDADE FÍSICA", and "SAÚDE BUCAL".
- TELEFONES ÚTEIS:** A section with icons and numbers for "112 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência", "0800-015000 - Serviço de Atendimento ao Cidadão", and "0800-015000 - Serviço de Atendimento ao Cidadão".
- OLVIDORIA:** A section with the text "FALE CONOSCO" and "BEM-ESTAR".
- e-SIC RJ:** A section with the text "SOLICITE SERVIÇOS DE SAÚDE" and "QUALquer SERVIÇO DE SAÚDE".

Fonte: www.saude.rj.gov.br

ANEXO W – “Serviços e informações em saúde > Cidadão” – SES/RJ

SERVIÇOS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE

CIDADÃO

PROFISSIONAL DE SAÚDE

GESTOR

PESQUISADOR

SETORES DA SAÚDE

SERVIÇOS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Cidadão

PROFISSIONAL DE SAÚDE

O que procura?

farmácia

Regiões

Tipo de Informação/Serviço

PR

25 RESULTADOS ENCONTRADOS

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - COMUNICADOS
SUVISA Capacita Técnicos de Vigilância Sanitária

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VOCÊ SABIA
Produtos irregulares: o que são e como identificá-los

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - COMUNICADOS
Nova Superintendente apresenta organograma com a reestruturação da Vigilância Sanitária do Estado

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - INFORMAÇÕES GERAIS
TAXAS DE SAÚDE

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - COMUNICADOS
Programa Estadual de Profilaxia contra o VSR - 2019

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VOCÊ SABIA
Entenda melhor como ocorre a avaliação da segurança dos remédios ou produtos terapêuticos

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VOCÊ SABIA
Registro de medicamentos genéricos faz 18 anos

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VOCÊ SABIA
Autotestes para HIV que usam saliva ganham registro da Anvisa

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VOCÊ SABIA
A vigilância sanitária pode incentivar a amamentação

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - COMUNICADOS
5 de agosto: Dia Nacional de Vigilância Sanitária

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VOCÊ SABIA
HIV: teste ganha registro da Anvisa e será vendido nas farmácias

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VOCÊ SABIA
Por que alguns medicamentos não têm registro no Brasil?

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
Resolução SES nº 1480 de 27 de dezembro de 2016 (revogada pela Resolução SES nº 1822 de 09 de março de 2019)

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - DICAS
Dicas para não comprar medicamentos falsificados

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VOCÊ SABIA
Você já tomou remédio por conta própria?

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - COMUNICADOS
Dispensação Osetamivir (Tamiflu) no Rio de Janeiro

DESIGN EM SAÚDE - DESIGN HOSPITALAR
Rio Farmes

MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS - COMO TER ACESSO
Como ter acesso aos Medicamentos Especializados

MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS - SOBRE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS
Medicamentos Estratégicos

MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS - PERGUNTAS FREQUENTES
Perguntas Frequentes sobre Medicamentos Especializados

MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS - LOCAIS DE CADASTRO E RETIRADA
Locais de Cadastro e Retirada de Medicamentos do CEAF

Fonte: www.saude.rj.gov.br

ANEXO X - “Medicamentos Especializados > Sobre Medicamentos Especializados” – SES/RJ

extranet | informação em saúde | rio com saúde | transparência

GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO
Secretaria de Saúde

Contraste

setores da saúde • subsecretaria de atenção à saúde • medicamentos • comunicados

Medicamentos

COMUNICADOS

LISTA DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS BÁSICOS

MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

Sobre Medicamentos Especializados

Como ter acesso

Locais de cadastro e retirada

Perguntas frequentes

MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

NOTAS TÉCNICAS

LEGISLAÇÃO

CONHEÇA A SAFIE

Relação

Comunicados

03/01/2019
Programa Estadual de Profilaxia contra o VSR - 2019
A Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da SES disponibiliza o anticorpo monoclonal para a profilaxia da infecção pelo vírus sincicial respiratório no Estado do Rio de Janeiro.

25/09/2015
Dispensação Oseltamivir (Tamiflu) no Rio de Janeiro
O Ministério da Saúde adquire e distribui aos estados os seguintes antivirais destinados ao tratamento de pacientes atendidos na rede pública e privada no Estado do Rio de Janeiro com diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Síndrome Gripal (SG) pelo vírus Influenza A (H1N1).

ATUAR
10 DE NOVEMBRO
9:00 ÀS 17:00
21/10/2014
Seminário Final da Pesquisa Atuar 2014

Medicamentos Especializados

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são indicados para o tratamento de doenças crônicas e/ou raras, em nível ambulatorial, dispensados em farmácias especializadas.

Tendo em vista as características das doenças e do custo dos medicamentos atendidos, seguem critérios específicos definidos nos [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde](#).

Twitter Facebook

Fonte: www.saude.rj.gov.br

ANEXO Y - Texto avaliado para leitura: “Como ter acesso aos Medicamentos Especializados” – SES/RJ

Como ter acesso aos Medicamentos Especializados

Os procedimentos para o acesso aos medicamentos do CEAF são definidos pelo Ministério da Saúde, e constam na [Portaria GM/MS nº 1.554 de 30 de julho de 2013](#), e nos [Anexos: I, II, III, IV e V](#).

Para ter acesso gratuito aos medicamentos, o usuário deverá conferir se o medicamento solicitado e a patologia constam na relação atendida pelo Componente. Lembrando que cada Estado define a lista de medicamentos a serem dispensados no Componente Especializado, de forma a atender todas as linhas de cuidado nele abrangidas.

Para tanto, são exigidos documentos, em especial o Laudo para Solicitação de Medicamentos (LME) adequadamente preenchido pelo Médico e a Prescrição Médica, de unidades SUS ou particulares, desde que inscritos no CNES.

Após a solicitação, o processo passará por uma avaliação técnica e se estiver de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT específicos para as doenças autorizadas pelo Ministério da Saúde, o paciente será aprovado para a retirada dos medicamentos.

Cada LME tem validade de 03 meses, sendo um LME para cada doença (CID). A renovação do LME é realizada com documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas específicos para as doenças autorizadas pelo Ministério da Saúde, se necessária a continuidade do tratamento por indicação médica.

DOCUMENTAÇÃO PARA CADASTRO NO CEAF

Para iniciar o processo, o paciente ou seu responsável deverá dar entrada da solicitação em uma das Farmácias de Medicamentos Especializados, com a apresentação obrigatória dos seguintes documentos do paciente:

DOCUMENTOS PESSOAIS:

- Original e Cópia do Cartão Nacional de Saúde - CNS
- Original e Cópia de documento de identidade
- Original e Cópia do CPF
- Original e cópia do comprovante de residência

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- **LME – Laudo de Solicitação de Medicamentos.**
- Prescrição Médica devidamente preenchida (pela denominação comum brasileira).
- Documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS.
- Receita Médica, em 2 vias, com a prescrição do medicamento feita pelo nome genérico do princípio ativo, emitida a menos de 60 dias (validade de 30 dias para medicamentos sob regime especial de controle – PT 344/1998/ANVISA).
- Observar que o laudo médico será substituído pelo Laudo de Solicitação que deverá conter a descrição do quadro clínico do paciente, menção expressa do diagnóstico, tendo como referência os critérios de inclusão previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT do Ministério da Saúde, nível de gravidade, relato de tratamentos anteriores (medicamentos e período de tratamento), emitido a menos de 60 dias.
- Exames laboratoriais e de imagem previstos nos critérios de inclusão do PCDT.

IMPORTANTE

É imprescindível apresentação do Laudo de Solicitação, Avaliação e Recibo de Dispensação de Medicamentos preenchidos:

LME – Laudo de Solicitação de Medicamentos (Para impressão e preenchimento manual)

Automatizador LME Versão: 3.0 NOV/2015 (Para preenchimento eletrônico)

Veja a lista de medicamentos do CEAF sob regime especial de controle PT 344/1998/ANVISA.

CADASTRO DE PACIENTES PARTICULARES E DE PLANOS DE SAÚDE

Os pacientes devem apresentar a documentação médica e pessoal descrita acima. O LME somente poderá ser emitido por médicos vinculados a consultórios/clínicas particulares inscritos no CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde. O profissional médico deve buscar informação junto às secretarias municipais de saúde (setor de avaliação e controle) sobre como proceder ao cadastro do consultório/clínica no CNES.

ANEXO Z - Texto avaliado para leitura: “Perguntas frequentes sobre Medicamentos Especializados” – SES/RJ

Perguntas Frequentes sobre Medicamentos Especializados

O que é o LME (Laudo de Solicitação de Medicamentos)?

O LME é o formulário de solicitação de medicamentos que o médico deve preencher com as informações do paciente e do medicamento solicitado, que deverá ser entregue juntamente com a documentação solicitada no dia do cadastro.

Quantos medicamentos podem ser solicitados no mesmo LME?

Cada LME possui espaço para solicitação de até 5 medicamentos. Porém, todos os medicamentos solicitados devem se referir a um único CID. Caso seja necessário solicitar medicamentos para CIDs diferentes, estes devem ser solicitados em LMEs distintos.

Qual o prazo de validade do LME e receitas?

O LME tem validade de 60 dias – da data de solicitação médica até o momento de apresentação à farmácia. O mesmo vale para a receita médica, exceto para receita de controle especial (Portaria 344/2008 Anvisa) que possui validade de 30 dias.

Para quantas retiradas é válido o LME?

Cada LME tem vigência de 3 meses consecutivos. Desta forma, após a primeira dispensação, terá validade para os dois meses subsequentes, sem prorrogação, ainda que não tenha ocorrido a dispensação em um dos meses. Seja por falta motivada pelo paciente, ou por desabastecimento. Após o período de vigência do LME, o médico deverá emitir novo formulário e receitas.

Quando é necessário apresentar Termo de Consentimento ou Termo de Esclarecimento?

Os Termos de Consentimento ou Esclarecimento exigidos são os que constam nos [Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde](#). Os Termos de Consentimento devem ser emitidos para os pacientes novos ou para os casos de alteração de cadastro (inclusão/substituição) de medicamentos. Portanto, não há necessidade de apresentar os Termos a cada renovação do LME.

Pode o paciente fazer cadastro de um medicamento e perder o cadastro dos outros?

O paciente ao fazer o cadastro de um medicamento não perde o direito dos demais que já está usando, exceto quando o médico suspende a terapêutica.

Para tanto, faz-se necessário que a informação do acréscimo ou substituição fique bastante clara no laudo médico.

Quando solicitar o acréscimo de um medicamento, devo emitir o LME apenas com o medicamento novo ou devo acrescentar todos os outros que o paciente já é cadastrado?

Para o acréscimo de medicamento, o LME deverá constar TODOS os demais medicamentos já cadastrados, bem como laudo com a justificativa e informação do acréscimo ou substituição, exames comprobatórios, e receita médica de todos os medicamentos a serem utilizados pelo paciente.

Quanto tempo demora a realização da análise técnica e o paciente seja cadastrado no CEAF/RJ?

O prazo para cadastro do paciente no CEAF/RJ para pacientes residentes no município do Rio de Janeiro é de 15 dias e para os residentes nos demais municípios é de 30 dias. Este prazo é contado à partir do momento em que o paciente entrega a documentação completa e adequadamente preenchida à farmácia – RIOFARMES (para pacientes residentes da capital). Para os pacientes residentes nos demais municípios, este prazo é contado a partir do momento em que o Pólo do município de referência protocola a solicitação no CEAF/RJ, sendo de 30 dias.

Após a avaliação técnica, se o paciente não obtiver os critérios de inclusão ou se for necessária alguma informação adicional ou adequação, será feito uma “exigência” com esclarecimentos necessários. Esta deverá ser entregue ao médico, para que sejam realizadas as adequações.

Se o cadastro não for aprovado, o que deve ser feito?

Cadastro realizado na Rio Farmes: após a adequação, o paciente deverá entregar a documentação na Rio Farmes para re-análise e poderá obter a resposta em um prazo de até 24hs.

Cadastro realizado nos Pólos de Dispensação: após a adequação, o paciente deverá entregar a documentação no Pólo de origem para re-análise e poderá obter a resposta em um prazo de até 15 dias, a partir da data de protocolo no CEAF/RJ.

**ANEXO AA - Texto avaliado para leitura: “Assistência Farmacêutica no SUS” –
SES/PB**

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

COMPETÊNCIAS

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal com base na concepção de saúde como um direito de cidadania.

Uma das suas diretrizes organizativas é, a descentralização com ênfase numa rede regionalizada de atenção a saúde que através de instrumentos de planejamento e pactuações definem os compromissos e competências em cada nível de gestão.

Dentro da Programação Pactuada e Integrada (PPI) firmada pelo Estado e municípios paraibanos, estão definidas as responsabilidades e referências de gerenciamento e oferta de serviços a população de forma regionalizada e norteada pelos princípios de integralidade das ações e busca pela garantia do princípio da equidade.

Assim, a PPI /PB contempla a alocação dos recursos e explica as responsabilidades de financiamento e de custeio da assistência das três esferas, a fim de garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde, inclusive Assistência Farmacêutica, no próprio município ou em outros municípios através de encaminhamento formalizado e negociado entre os respectivos gestores.

A Assistência a Saúde Básica e a maioria da Assistência Especializada no Estado da Paraíba é hoje atribuição dos gestores municipais que para tanto recebem através de transferências fundo a fundo os recursos necessários para organização e financiamento dos serviços. E aqui enfatizamos que não há resolutividade do serviço sem a adequada cobertura terapêutica, portanto garantia de acesso ao medicamento.

A reorientação da Assistência Farmacêutica Municipal constitui-se diretriz imprescindível para definir uma seleção de medicamentos que baseada em critérios epidemiológicos e nosológicos atendam de maneira racional e segura o tratamento das patologias diagnosticadas nas unidades básicas e especializadas dos serviços municipais.

A Portaria GM 4.217/2010 que disciplina o financiamento e gerenciamento dos recursos destinados a parte da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica definiu de forma apenas sugestiva um elenco mínimo que deveria ser adquirido pelos municípios a ser custeado pelos recursos das três esferas.

Continua...

...continuação

Através de pactuação firmada entre os gestores Municipal e Estadual (Resolução CIB-E nº 012/2011), os recursos do co-financiamento para este componente estão sendo transferidos mensalmente aos Fundos Municipais de Saúde (ANEXO I -Relação dos valores das contrapartidas) e são assim definidos:

União = R\$ 5,10 /hab/ano e

Estado e Municípios = R\$ 1,86 /hab/ano

Além desses recursos, os Municípios e Estado devem alocar recursos da ordem de R\$ 0,50/hab./ano para garantir aos pacientes diabéticos os insumos para controle da glicemia (seringas com agulha, fitas de glicosímetro)

A aquisição dos medicamentos e sua dispensação nos serviços de atenção à saúde conforme a mesma Resolução CIB acima mencionada foi pactuada para ser adquirida e distribuída aos usuários pelos gestores municipais.

No Elenco de Referência Estadual – **ERE** (ANEXO II) os medicamentos essenciais contemplam o tratamento das principais patologias atendidas e tratadas em nível de atenção primária e dos programas a ela relacionados como os de controle da Hipertensão e Diabetes, além da Saúde Mental. É composta por cerca de 216 especialidades farmacêuticas escolhidas com base em critérios internacionais e nacionais de eficácia e segurança comprovados por evidências clínicas e constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) .

Foram incluídas ainda uma relação de fitoterápicos aprovados pela ANVISA e todas as preparações homeopáticas constantes da Farmacopéia Brasileira de Homeopatia.

Ressaltando o caráter apenas sugestivo do elenco, contudo, nada impede que o município através de recursos próprios destinados a saúde adquira outras especialidades prescritas fora do elenco pactuado desde que discutidas dentro de uma padronização municipal.

A prescrição de outras especialidades não padronizadas , na maioria dos casos, reflete apenas uma escolha individual do prescritor que nem sempre se justifica do ponto de vista técnico ou pela comprovação de que as alternativas disponíveis foram tentadas e se mostraram ineficazes.

Além do **ERE**, os medicamentos prescritos pelos serviços especializados de média e alta complexidade têm outras fontes de recursos também garantidos nas transferências intergestoras em outros blocos de financiamento e devem ser da mesma forma garantida pelos serviços municipais.

Importante frisar que a Assistência Farmacêutica hoje sob gestão Estadual direta (programação, aquisição distribuição) contempla os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (antigo Medicamento Excepcional) autorizados pela Portaria GM/MS 2.981/2009 com base em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para patologias específicas cujo co-financiamento inclui recursos estaduais próprios e transferências federais em recursos e/ou medicamentos .

O financiamento desse componente envolve recursos que chegam a atingir mais de 60.000.000,00 (sessenta milhões) anuais do tesouro Estadual e Federal.

Concluimos que como princípio a Assistência Farmacêutica é indubitavelmente parte integrante das ações de atenção à saúde e tem na garantia de acesso ao medicamento um dos instrumentos para oferecer ao usuário dos serviços em qualquer nível de complexidade, maior efetividade na promoção e recuperação da saúde de forma integral, segura e com racionalidade.

Por fim a consolidação de uma gestão solidária e consequente,63 é o grande desafio que os espaços de pactuação Tripartite e Bipartite criados no SUS têm buscado para aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde.

E é imprescindível que as definições e responsabilidades emanadas nestes pactos sejam respeitadas e, sobretudo cumpridas para garantir os princípios de universalidade e integralidade na atenção ao usuário do sistema.

REFERÊNCIAS LEGAIS

ANEXO BB - “Acesso rápido (> “Como funciona o SUS”), (> “Atendimento ao cidadão”) e (> “FAQ”) – SES/BA

The image shows a screenshot of the website for the Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SES/BA). The page is titled "FAQ - Perguntas frequentes". On the left, there is a navigation menu with the following items: "Acesso rápido" (expanded), "Institucional", "Atenção", "Como funciona o SUS", "Cartão Nacional de Saúde", "Perguntas frequentes - FAQ", "Atendimento ao cidadão", "Serviços Itinerantes", "Temas de saúde", "Biblioteca Virtual", and "Ouvidoria SUS Bahia". The main content area is divided into several sections, including "Dengue, Chikungunya e Zika", "Hospital da Mulher", "Mutirão de Cirurgias", and "Perguntas Mais Comuns". The "Perguntas Mais Comuns" section contains several questions and answers, such as "Como adquirir fraldas geriátricas?", "Como é definida a área de cobertura para atendimento nas Unidades de Saúde da Família?", "Como fazer para credenciar um estabelecimento de saúde para prestação de serviços no SUS?", "Como fazer para ter acesso ao Portal do Servidor?", "Como obter dados epidemiológicos da Bahia?", and "Como obter medicamentos pelo SUS?". The last question, "Como obter medicamentos pelo SUS?", is highlighted with a red dashed border.

Fonte: www.saude.ba.gov.br

ANEXO CC - “Atenção à saúde (> “Página principal”) e (> “Atendimento ao cidadão”) e “Acesso à informação” – SES/BA

The screenshot shows the top navigation bar of the SES/BA website. The 'Atenção à saúde' menu is highlighted in red, and its dropdown is visible, showing 'Página principal' and 'Atendimento ao cidadão >'. Below the navigation bar, there are four main service tiles: 'Ouvidoria SUS Bahia', 'Como funciona o SUS', 'Centros de Referência', and 'Acesso a medicamentos'. The 'Acesso a medicamentos' tile is highlighted in red.

Fonte: www.saude.ba.gov.br

The screenshot shows the 'Lei de Acesso à Informação Pública (LAI)' page. The 'Acesso à Informação' menu is highlighted in red. The page content includes a table with categories like 'Assistência Farmacêutica' and 'Medicamentos Especializados', and a section titled 'A LAI na Bahia'.

Assistência Farmacêutica	A Lei Federal de Acesso à Informação Pública nº12.527, de 18 de novembro de 2011, regulamenta o direito constitucional de acesso às informações. Assim, a transparência passa a ser regra para a administração pública.
Legislação na Assistência Farmacêutica	A Lei vale para os três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, inclusive aos Tribunais de Conta e Ministério Público.
Câmara de Conciliação de Saúde (CCS)	Entidades privadas sem fins lucrativos também são obrigadas a dar publicidade a informações referentes ao recebimento e à destinação dos recursos públicos por elas recebidos.
Medicamentos Básicos	Além de definir mecanismos, prazos e procedimentos para entrega das informações – solicitadas à administração pública-, a LAI prevê ainda a transparência ativa, com a divulgação de informações básicas feita através de ambientes digitais, dos respectivos órgãos.
Medicamentos Especializados	De acordo com a LAI, os órgãos públicos terão o prazo de 20 dias para fornecer a informação solicitada pelo cidadão, podendo ser prorrogado por mais dez dias.
Medicamentos Estratégicos	As instituições e/ou gestores que descumprirem a Lei estão sujeitas à advertência, multa e até mesmo a rescisão do vínculo com o poder público.
Tratamento Oncológico no SUS	
Dispensação de Talidomida pelo SUS	

A LAI na Bahia

Fonte: www.saude.ba.gov.br

ANEXO DD - Fluxos de atendimento por patologia – SES/BA



SECRETARIA DA SAÚDE

ACESSO À INFORMAÇÃO ● OUVIDORIA TRANSPARÊNCIA PERGUNTAS FREQUENTES MAPA DO SITE



Início
Acesso rápido ▾
Institucional ▾
Atenção à saúde ▾
Educação ▾
Vigilância em saúde
Eventos
Notícias
Menu de Governo ▾
Q

Fluxos de atendimento por patologia

Início / Atenção à saúde / Atendimento ao cidadão / Assistência Farmacêutica / Medicamentos Especializados / Fluxos de atendimento por patologia

Assistência Farmacêutica

Legislação na Assistência Farmacêutica

Câmara de Conciliação de Saúde (CCS)

Medicamentos Básicos

Medicamentos Especializados ▾

O que são e como receber

Fluxos de atendimento por patologia

Elenco de Medicamentos Especializados na Bahia

Medicamentos Estratégicos

Tratamento Oncológico no SUS

Dispensação de Talidomida pelo SUS

Dispensação de Palivizumabe pelo SUS

Acesso ao SIGAF

ESTA PÁGINA ESTÁ SENDO ATUALIZADA NO MOMENTO. PARA A LISTA COMPLETA DE MEDICAMENTOS POR PATOLOGIAS, POR FAVOR, CLICAR NA PLANILHA NO LINK ABAIXO.

Pesquise abaixo pela patologia (doença) ou pelo medicamento prescrito para obter informações mais detalhadas sobre os fluxos de atendimento para a retirada de medicamentos em cada unidade, na capital e no interior. Para mais informações, navegue no menu ao lado, em "Medicamentos Especializados".

[Clique aqui para acessar a LISTA COMPLETA DE MEDICAMENTOS FORNECIDOS](#)

Complementando a informação da lista, informo que os medicamentos abaixo, já incorporados, estão em processo de aquisição pelo Ministério da Saúde, mas ainda não estão disponíveis:

– ENOXAPARINA, SOLUCAO INJETAVEL 40MG – Incorporação: 13.12.18

– LEVETIRACETAM 100MG/ML. SOLUCAO ORAL, FRASCO COM 150 ML – Incorporação: 05.12.17

– MEMANTINA CLORIDRATO 10 MG COMPRIMIDO – Incorporação: 09.11.17

– O novo tratamento de Hepatite C (GLECAPREVIR 100MG + PIBRENTASVIR 40 MG) para os pacientes cadastrados em 2019, ainda não houve fornecimento pelo Ministério da Saúde. Os pacientes estão sendo cadastrados e os pedidos encaminhados ao MS – Novo PCDT: 20.12.18

Esta página está em construção e podem surgir inconsistências durante este processo. Pedimos desculpas pelos transtornos.

Patologia	Medicamentos	Detalhes
Deficiência de Biotinidase	BIOTINA 2,5 MG CÁPSULA	Acessar
Polineuropatia Amiloidótica Familiar	TAFAMIDIS 20 MG CÁPSULA	Acessar
Mucopolissacaridose tipo II	IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (FRASCO DE 3 ML)	Acessar
Diabete Melito Tipo 1	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML (TUBETES DE 3ML) - INSULINA ASPART 100U/ML DE ANALOGO DE INSULINA DE AÇÃO RÁPIDA, CANETA INJETORA DESCARTAVEL PREENCHIDA COM 3 ML	Acessar
Mucopolissacaridose tipo I	LARONIDASE 0,58 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL (FRASCO DE 5 ML)	Acessar
Imunossupressão no Transplante Hepático em Adultos	AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO), CICLOSPORINA 100 MG (POR CÁPSULA), CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML), CICLOSPORINA 25 MG (POR CÁPSULA), CICLOSPORINA 50 MG (POR CÁPSULA), EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO), EVEROLIMO 0,75 MG (POR COMPRIMIDO), EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO), MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO), MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG (POR COMPRIMIDO), MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG (POR COMPRIMIDO), TACROLIMO 1 MG (POR CÁPSULA), TACROLIMO 5 MG (POR CÁPSULA)	Acessar
Imunossupressão no Transplante Renal	AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO), CICLOSPORINA 100 MG (POR CÁPSULA), CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML), CICLOSPORINA 25 MG (POR CÁPSULA), CICLOSPORINA 50 MG (POR CÁPSULA), EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO), EVEROLIMO 0,75 MG (POR COMPRIMIDO), EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO), IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETAVEL (POR FRASCO), MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO), MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG (POR COMPRIMIDO), MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG (POR COMPRIMIDO), SIROLIMO 1 MG (POR DRAGEA), SIROLIMO 2 MG (POR DRAGEA), TACROLIMO 1 MG (POR CÁPSULA), TACROLIMO 5 MG (POR CÁPSULA)	Acessar

ANEXO EE - Fluxos de atendimento por patologia – SES/BA

Patologias / **Mucopolissacaridose Tipo 1**

Início / Atenção à saúde / Atendimento ao cidadão / Assistência Farmacêutica / Medicamentos Especializados / Fluxos de atendimento por patologia / Mucopolissacaridose Tipo 1

Assistência Farmacêutica

Legislação na Assistência Farmacêutica

Câmara de Conciliação de Saúde (CCS)

Medicamentos Básicos

Medicamentos Especializados

Medicamentos Estratégicos

Tratamento Oncológico no SUS

Dispensação de Talidomida pelo SUS

Dispensação de Falfivumabe pelo SUS

Acesso ao SIGAF

Mucopolissacaridose Tipo 1

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Mucopolissacaridose tipo 1 ([acesse aqui](#))

Medicamentos

IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (FRASCO DE 3 ML)

LARONIDASE 0,58 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL (FRASCO DE 5 ML)

Documentos necessários

- Cópia do RG, Comprovante de residência, cartão nacional SUS do paciente;
- Receita Médica em 2 vias (deve ser renovada TRIMESTRALMENTE junto com o LME);
- Relatório Médico com a descrição de todas as condições do critério de inclusão e CID, em 2 vias;
- LME de solicitação de medicamento em 2 vias (deve ser renovado TRIMESTRALMENTE);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER, assinado pelo médico e pelo paciente.

Exames para abertura de processo

- Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA)
- Quantificação de GAGs urinários
- Ressonância magnética do crânio e coluna
- Velocidade de condução do nervo mediano
- Avaliação oftalmológica (acuidade visual, retina, córnea)
- Audiometria
- Ecocardiograma e Eletrocardiograma
- CV/VEF1 (espirometria)
- Poliasonografia
- Radiografias do crânio (perfil), coluna vertebral (perfil, incluindo região cervical), tórax (pósteroanterior), coxofemoral (póstero-anterior) e ambas as mãos.

Exames de monitoramento

- Atividade da enzima alfa-L-iduronidase (IDUA)
- Quantificação de GAGs urinários

Periodicidade: A cada 6 meses

- Radiografias do crânio (perfil), coluna vertebral (perfil, incluindo região cervical), tórax (pósteroanterior), coxofemoral (póstero-anterior) e ambas as mãos.

Periodicidade: A cada ano

Fluxo de acesso para Salvador

```

graph TD
    A[O médico encaminha o paciente para o HUPES, juntamente com os documentos de solicitação do medicamento para Mucopolissacaridose Tipo 1] --> B[A CQAFE avalia a solicitação de inclusão do paciente no CEAF]
    B --> C{O paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas?}
    C -- SIM --> D[O HUPES informa ao paciente o deferimento do processo.]
    C -- NÃO --> E[O paciente é informado sobre o indeferimento ou devolução do processo.]
    D --> F[O paciente recebe o medicamento mensalmente no HUPES ou na Unidade de Infusão Credenciada]
    F --> G[O paciente renova trimestralmente as documentações (exames, LME, receita) com seu médico assistente]
  
```

HUPES - Hospital Universitário Prof. Edgard Santos / Telefone: (71) 3283-8194

Fluxo de acesso para Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e/ou Bases Regionais de Saúde (BRS) - Antigas Dires

```

graph TD
    A[O médico encaminha o paciente para o HUPES, juntamente com os documentos de solicitação do medicamento para Mucopolissacaridose Tipo 1] --> B[A CQAFE avalia a solicitação de inclusão do paciente no CEAF]
    B --> C{O paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas?}
    C -- SIM --> D[O HUPES informa ao paciente o deferimento do processo.]
    C -- NÃO --> E[O paciente é informado sobre o indeferimento ou devolução do processo.]
    D --> F[O paciente recebe o medicamento mensalmente no HUPES]
    F --> G[O paciente renova trimestralmente as documentações (exames, LME, receita) com seu médico assistente]
  
```

Observações

Data de atualização: 08/10/2018

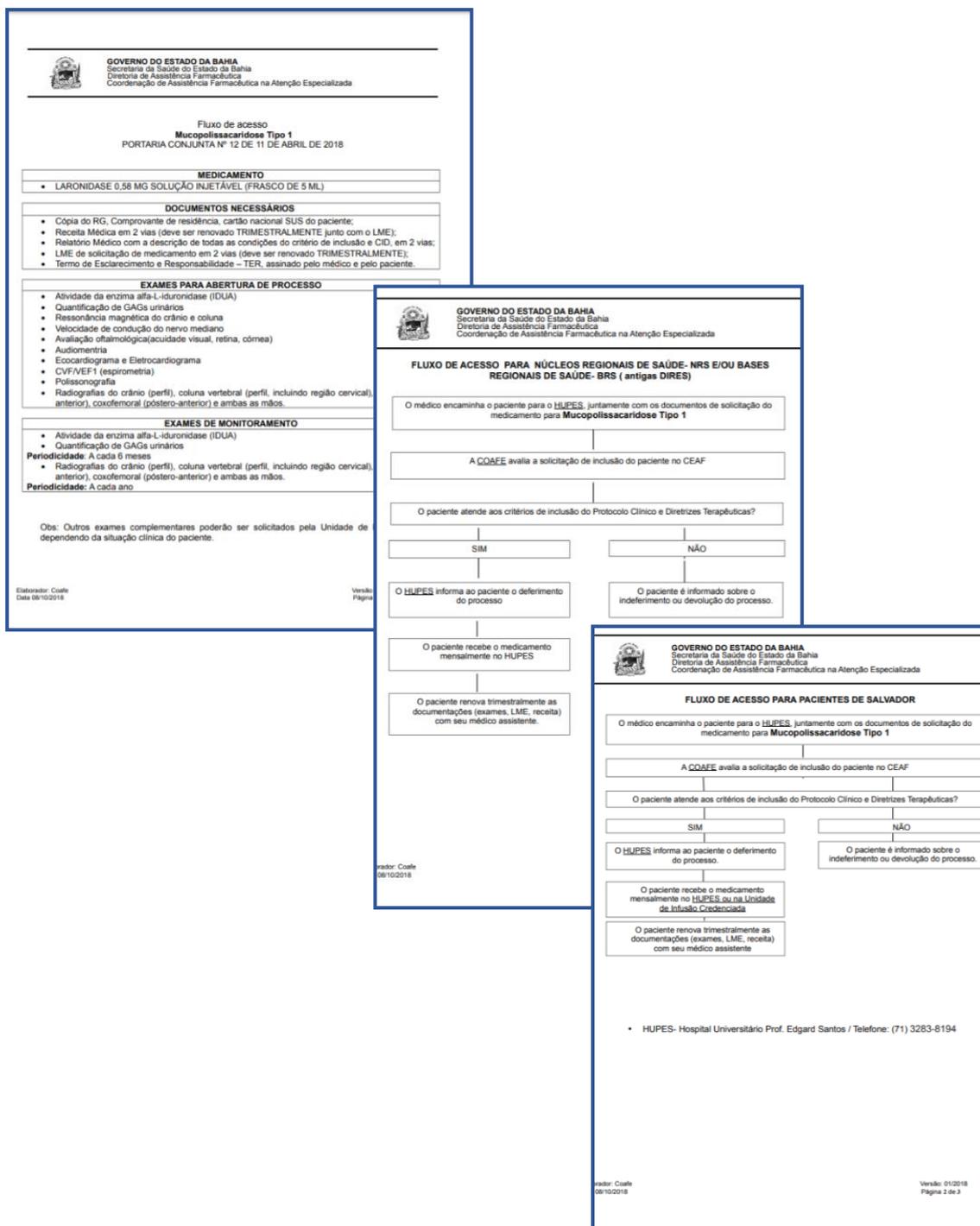
- Outros exames complementares poderão ser solicitados pela Unidade de Referência, dependendo da situação clínica do paciente.

Documentos

[FLUXO DE ACESSO - Mucopolissacaridose Tipo 1 \(81 KB\)](#)

[TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - Mucopolissacaridose Tipo 1 \(82 KB\)](#)

ANEXO FF - Fluxos de acesso por patologia – SES/BA



ANEXO GG – Texto avaliado para leitura: “Assistência Farmacêutica” – SES/BA

cidadão / Assistência Farmacêutica

A **Assistência Farmacêutica** é a área do Sistema Único de Saúde – SUS responsável por garantir à população o acesso a medicamentos considerados essenciais e promover o uso racional dos mesmos. Estes medicamentos devem ser seguros, eficazes e de qualidade.

Relação de Medicamentos

Existem no Brasil mais de 40 mil medicamentos registrados na Anvisa. O SUS seleciona os mais eficazes e seguros e elabora a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), indicados para a maior parte dos problemas de saúde que acometem a população. Os medicamentos que constam na Rename são distribuídos gratuitamente em farmácias das unidades básicas de saúde (postos de saúde), farmácias de serviços especializados ou são de uso exclusivamente hospitalar.

Solicitação médica

Os médicos que trabalham no SUS devem sempre privilegiar os medicamentos que fazem parte dessa relação na escolha do tratamento, e são obrigados a prescrevê-los pelo nome genérico. Caso o médico prescreva um medicamento cujo nome não consta na mesma, é preciso verificar se não existe alternativa na própria Relação.

Como funciona

Para facilitar a organização da Assistência Farmacêutica, foram definidos blocos de financiamento e componentes, dividindo as responsabilidades entre os governos Federal, Estadual e Municipal. São eles:

Medicamentos Básicos

São distribuídos nas farmácias das unidades básicas de saúde. Para ter acesso a esses medicamentos é necessário apresentar uma receita médica, documento de identificação e cartão do SUS.

[Clique aqui e saiba mais.](#)

Medicamentos Especializados

Indicados para o tratamento de doenças crônicas e/ou raras, em nível ambulatorial e distribuídos pelos Centros de Referência de Salvador e pelos Núcleos Regionais de Saúde (NRS).

[Clique aqui e saiba mais.](#)

Medicamentos Estratégicos

Medicamentos para atender programas estratégicos de saúde como tuberculose, hanseníase, HIV/Aids, entre outros.

[Clique aqui e saiba mais.](#)

Saiba mais sobre a [Legislação da Assistência Farmacêutica](#)

Sistemas de gestão da Assistência Farmacêutica:

- [AFSESAB - Sistema de Gestão Farmacêutica](#)
- [SIGAF - Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica](#)

Links Relacionados

- [Ministério da Saúde – MS](#)
- [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename](#)
- [Portal Transparência – Recursos destinados para compra de medicamentos](#)

Mais Informações

- [Programa Farmácia Popular](#)
- [Programa Medicamento em Casa](#)
- [Informações sobre Tratamento Oncológico pelo SUS](#)

ANEXO HH - Texto avaliado para leitura: “Medicamentos Especializados > O que são os Medicamentos Especializados?” – SES/BA

O que são os Medicamentos Especializados?

Fazem parte do **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)**, estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível ambulatorial, voltado para garantir o tratamento medicamentoso de forma integral ao paciente. A distribuição de medicamentos está definida em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde.

Como se cadastrar

O acesso aos medicamentos do Ceaf se dá através das Unidades de Dispensação credenciadas pelo gestor estadual. No caso da Bahia, são as Unidades de Referências em Salvador e os Núcleos Regionais de Saúde, no interior do Estado. Para cadastramento no Ceaf, o processo de solicitação dos medicamentos é iniciado por meio da apresentação dos documentos estabelecidos pela Portaria nº 1554 de 30 de Julho de 2013, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e regulamentações estaduais.

O paciente deve comparecer a uma das unidades de dispensação de medicamentos munido dos seguintes documentos:

- Cópia do documento de identidade;
- Cópia do CPF;
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, conforme a doença e o medicamento;
- Receita médica utilizando a DCB (Denominação Comum Brasileira) ou, na sua falta, a DCI (Denominação Comum Internacional);
- Relatório médico com o CID 10;
- [Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME](#);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, conforme a doença e o medicamento; ([Confira aqui o termo específico para cada patologia](#))

Para a solicitação, fica dispensada a presença de pacientes considerados incapazes, conforme arts. 3º e 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), devidamente caracterizados no LME pelo médico prescritor. O responsável pelo paciente será o último indivíduo designado no LME. No ato da solicitação, serão exigidos os seguintes documentos do seu responsável, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente:

- Cópia do documento de identidade
- Endereço completo
- Número de telefone

Onde se cadastrar

[Clique e acesse os endereços e telefones das unidades](#) com dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica-CEAF do SUS/Ba.

Fluxos de atendimento por patologia

[Clique aqui](#) para acessar a lista de patologias e medicamentos dispensados pelo Ceaf e para obter informações mais detalhadas sobre os fluxos de atendimento de cada unidade.

Sobre os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde – PCDT

No âmbito do Ceaf, os medicamentos devem ser dispensados para os pacientes que se enquadrarem nos critérios estabelecidos no respectivo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Os PCDT têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os PCDT, também, objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz.

Atenção!

O processo será encaminhado a um profissional avaliador que poderá autorizar a dispensação do(s) medicamento(s) solicitado(s) após verificar o cumprimento dos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Mais informações:

Para acesso aos medicamentos e CID-10 das patologias do Componente Especializado, consultar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP) : <http://sigtap.datasus.gov.br/>

Contato

Diretoria de Assistência Farmacêutica – Dasf

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada – Coafe
4º Avenida do CAB, nº 400, Lado B, 2º andar – Salvador – Bahia
Tel: (71) 3115-4376 / Serviço Social: (71) 3115-4113
E-mail: dasf.coafe@saude.ba.gov.br

ANEXO II - “Serviços > Profissionais de saúde” – SES/SC

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde

SERVIÇOS A SECRETARIA GABINETE DO SECRETÁRIO LEGISLAÇÃO CONTATO NOTÍCIAS

Serviços > Profissionais de Saúde

Profissionais de saúde

- ▶ Assistência Farmacêutica - DIAF
- ▶ Atenção Básica - Atenção Primária
- ▶ Celebração de Convênios
- ▶ Comitê de Segurança do Paciente das Unidades Próprias da SES/SC - COSEPP
- ▶ Comitê Estadual de Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência da Saúde de Santa Catarina - COMESC
- ▶ Concursos e Seleções / Processos Seletivos
- ▶ Conferências
- ▶ Conselho de Secretarias Municipais de Saúde - Santa Catarina - COSEMS/SC
- ▶ Conselho Estadual de Saúde - CES
- ▶ Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde - CONAMUN
- ▶ Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
- ▶ Controle Avaliação e Auditoria
- ▶ Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde - COECCIS
- ▶ Educação na Saúde
- ▶ Média e Alta Complexidade
- ▶ Programação Pactuada Integrada
- ▶ Redes de Atenção à Saúde
- ▶ Regulação
- ▶ Residência em Saúde
- ▶ Sala de Leitura

SERVIÇOS POR CATEGORIA

- Para o cidadão
- Gestores da Saúde
- Profissionais de saúde
- Servidores da SES
- Prestadores de serviços

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde

SERVIÇOS A SECRETARIA

Serviços > Profissionais de Saúde > Assistência Farmacêutica - DIAF

▶ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIAF

f t in w e

- ▶ Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT
- ▶ Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF
- ▶ Componente Básico de Assistência Farmacêutica
- ▶ Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
- ▶ RENAME 2018
- ▶ QUALIFAR-SUS
- ▶ Atas de Registros de Preço de Medicamentos
- ▶ Base Nacional de Dados de ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNDASAF)
- ▶ DIAF News (informativo virtual)

Serviços A Secretaria Ga

Serviços para o Cidadão Unidades de Saúde Ga

Gestores da Saúde Regionais de Saúde Se

Profissionais de Saúde Outros portais Se

Servidores da SES Estrutura Se

Prestadores de Serviços Organizacional CC

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Diretora de Assistência Farmacêutica
Adriana Heberle
Email: diaf@saude.sc.gov.br

Gerente de Administração de Assistência Farmacêutica
Liemar Coelho Vieira
Fone: 48 3665 4509
Email: geaaf@saude.sc.gov.br

Gerente Técnico de Assistência Farmacêutica
Graziela Melissa Scarton Buchrieser
Fone: 48 3665 4516
Email: getecdiaf@saude.sc.gov.br

ANEXO JJ - “Serviços > Para o cidadão” – SES/SC

GOVERNO DE
SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde

SERVIÇOS A SECRETARIA GABINETE DO SECRETÁRIO LEGISLAÇÃO CONTATO

Serviços > Serviços para o Cidadão

Para o cidadão

- ▶ Atenção Básica - Atenção Primária à Saúde
- ▶ Celebração de Convênios
- ▶ Concursos e Seleções / Processos Seletivos
- ▶ Conselho Estadual de Saúde - CES / Cidadão
- ▶ Educação na Saúde
- ▶ Estrutura do SUS
- ▶ Glossário do SUS
- ▶ Informações em Saúde
- ▶ Organizações Sociais
- ▶ Prestação de Contas
- ▶ Redes de Atenção à Saúde
- ▶ Residência em Saúde
- ▶ Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva
- ▶ Serviço de Atenção a Saúde das Pessoas com Ostomias
- ▶ Serviço de Oxigenoterapia
- ▶ Serviço Estadual de Saúde Visual
- ▶ Serviços Essenciais
- ▶ Utilidade Pública

SERVIÇOS POR CATEGORIA

- Para o cidadão
- Gestores da Saúde
- Profissionais de saúde
- Servidores da SES
- Prestadores de serviços

SERVIÇOS MAIS ACESSADOS

- Contato
- Sistemas de Acomodação dos Conselhos de Saúde
- Calendário de reuniões
- Calendário de reuniões
- Edital Complementar do Conselho 2011

Serviços	A Secretaria	Gabinete do Secretário	Legislação	Contato	Notícias
Serviços para o Cidadão	Unidades de Saúde	Gabinete do Secretário	Portarias NASF	Canais de Atendimento	Todas as
Gestores da Saúde	Regionais de Saúde	Secretário de Estado da	Deliberações-CIB	Ouvidoria SES	Conferência

Fonte: www.saude.sc.gov.br

ANEXO KK - “Relação de documentos para solicitação de medicamentos pelo CEAF” – SES/SC

Resultado Busca > Geral > Relação de Documentos para Solicitação de Medicamentos pelo CEAF

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELO CEAF

Publicado: 24 Julho 2018



Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF, podem ser solicitados, no estado de Santa Catarina, através da apresentação de processo administrativo nas Unidades de Assistência Farmacêutica - UAF municipais* do estado, para conferência da documentação e cadastro da solicitação para posterior encaminhamento à Diretoria de Assistência Farmacêutica estadual - DIAF.

Na DIAF as solicitações serão analisadas segundo Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT do Ministério da Saúde - MS e Protocolos Estaduais e os processos após avaliação serão encaminhados para o município de origem.

Nas Unidades de Assistência Farmacêutica municipais* serão dispensados os medicamentos aos pacientes que tiverem sua solicitação deferida.

* Para atendimentos iniciais de Transplantes e atendimentos emergenciais de Guillain-Barré e Púrpura Trombocitopênica, a solicitação e dispensação de medicamentos poderá ser realizada em UAF estaduais das Regionais de Saúde aptas para a realização desses atendimentos.

Para as solicitações de Medicamentos do Componente Especializado deverão ser apresentados os seguintes documentos:

1. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado - LME - completamente preenchido, contendo o nome genérico do medicamento, carimbado e assinado pelo médico solicitante e assinado pelo paciente ou responsável, com validade de 60 dias após preenchimento;
2. Receita Médica original contendo o nome genérico do medicamento e com validade e preenchimento em conformidade com as legislações vigentes;
3. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER - referente ao medicamento solicitado em conformidade com o PCDT da patologia em questão, completamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico solicitante e assinado pelo paciente ou responsável;
4. Resultados de Exames necessários para o medicamento solicitado segundo PCDT da patologia em questão - Enviar cópia;
5. Formulário Médico DIAF/SC referente a patologia em questão, completamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico solicitante, com validade de 60 dias após preenchimento;
6. Documento de Identificação do Paciente (e quando aplicável Documento de Identificação do Responsável) - RG ou CNH ou Certidão de Nascimento ou outros - Enviar cópia;
7. Cartão Nacional de Saúde - CNS - Enviar cópia do Cartão;
8. Comprovante de Residência atual, com validade de até 3 meses, em nome do paciente ou responsável - Enviar cópia;
9. CPF - obrigatório para tramitação do processo na Secretaria Estadual de Saúde/SC - Enviar cópia.

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DIAF
Rua Esteves Junior Nº 390 - Anexo 1 SES - 1º Andar - Centro
Florianópolis - Santa Catarina
CEP: 88.015-130
E-mail: diaf@saude.sc.gov.br
Telefones: 48 3665 4509 ou 3665 4516

Fonte: www.saude.sc.gov.br

ANEXO LL - Pasta “Protocolos Clínicos, TER, Resumos e Formulários” – SES/SC

The image shows a screenshot of a website interface. On the left, there is a navigation menu with a green header containing the breadcrumb: "Documentos > Informações gerais > Vigilância em Saúde > Assistência Farmacêutica > Protocolos Clínicos, TER, Resumos e Formulários". Below this, the main heading is "Protocolos Clínicos, TER, Resumos e Formulários". Under "Categorias", a list of folders is shown, with "Acne Grave - Protocolo de Uso da Isotretinoína" highlighted. A hand cursor icon is positioned over this folder, and a red arrow points from it to the right.

The right side of the image shows the main content area of the website. At the top, there is a header for "GOVERNO DE SANTA CATARINA" with the logo and the text "Secretaria de Estado da Saúde". Navigation links include "SERVIÇOS", "A SECRETARIA", "GABINETE DO SECRETÁRIO", "LEGISLAÇÃO", and "CONTATO". Below the header, the breadcrumb is: "Documentos > Informações gerais > Vigilância em Saúde > Assistência Farmacêutica > Componente Especializado da Assistência Farmacêutica > Protocolos Clínicos, TER, Resumos e Formulários > Acne Grave - Protocolo de Uso da Isotretinoína".

The main content area is titled "Acne Grave - Protocolo de Uso da Isotretinoína" and "Documentos". It lists four documents:

- ANEXO DA PORTARIA 344 98 - RETINOIDES** (Popular) - Publicado em 08 Outubro 2018 • Por getin • 3878 downloads
- TER Acne** (Popular) - Publicado em 25 Mai 2018 • Por Anônimo • 2699 downloads
- Portaria SASMS nº 1 159 de 18 11 2015** (Popular) - Publicado em 25 Mai 2018 • Por Anônimo • 1008 downloads
- RESUMO ACNE GRAVE - PROTOCOLO DE USO DA ISOTRETINOÍNA** (Popular) - Publicado em 25 Mai 2018 • Modificado em 08 Outubro 2018 • Por Anônimo • 13329 downloads

On the right side of the main content area, there is a sidebar titled "LEGISLAÇÃO" with a list of links: "Portarias NAS", "Deliberações", "Notas Técnica", "Portarias", and "Leis".

Fonte: www.saude.sc.gov.br

ANEXO MM - Pasta “Protocolos Clínicos > Resumo de Procolo” – SES/SC

PROTÓCOLO DE USO DA ISOTRETINOÍNA NO TRATAMENTO DA ACNE GRAVE	
Portaria SAS/MS nº 1159 - 18/11/2015	
Medicamento	ISOTRETINOÍNA
CID 10	L70.0, L70.1, L70.8
Apresentação	10 mg e 20mg (cápsula)
Inclusão	<p>Apresentar ausência de resposta satisfatória ao tratamento convencional, incluindo antibióticos sistêmicos administrados por um período de pelo menos 2 meses e apresentar uma das condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acne nodulocística grave (grau III); • Acne conglobata (grau IV); • Outras formas de acne grave; • Acne com recidivas frequentes, requerendo cursos repetidos e prolongados de antibiótico sistêmico. <p>- Menores de 15 anos: anexar relato médico se responsabilizando pela conduta terapêutica.</p> <p>- Dose mínima para inclusão do paciente: 0,5mg/kg.</p>
Anexos Obrigatórios	<p>- Exames: ALT, AST (<2,5X o valor normal), colesterol total (<300mg/dL), e frações, triglicerídeos (<500mg/mL), Beta-HCG para mulheres (<55 anos).</p> <p>- Relato de terapias prévias com nome do medicamento e tempo de tratamento - Obrigatório o uso de antibióticos sistêmicos por no mínimo 2 meses.</p> <p>- Receituário de Controle Especial para Retinóides e Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado para homens e mulheres (Portaria nº 344/98).</p> <p>• Atenção: Existem dois tipos de Termo conforme Portaria nº 344/98, sendo um para mulheres em idade fértil (idade <55 anos) e outro para mulheres fora da idade fértil ou homens;</p> <p>• Para mulheres com idade <55 anos menos 2 (dois) métodos anticoncepcionais;</p> <p>• Pacientes <21 anos deverão conter no campo devido.</p>
Administração	0,5 a 2mg/kg/dia, em 1 ou 2x/dia. Dose preconizada: 0,5 a 1,0mg/kg/dia. Pacientes com lesões muito avançadas receber doses de até 2mg/kg/dia. Dose total cumulativa de 120 mg/Kg
Prescrição Máxima Mensal	620 caps (10mg) 310 caps (20mg)
Monitoramento	- Beta-HCG (para mulheres em idade fértil) - Colesterol total HDL, LDL, triglicerídeos meses. Se triglicerídeos >800mg/mL e/ou t normal não dispensar e interromper tratamento poderá ser reiniciado. - Dose Cumulativa Máxima e Tempo de peso durante o tratamento, reenviar o processo para Avaliação Central.
Exclusão	- Gestação e/ou amamentação; - ALT, AST (>2,5X o valor normal) e/ou colesterol total (>300mg/dL) e/ou triglicerídeos (>500mg/mL); Menores de 15 anos sem justificativa médica. - Hipersensibilidade ou intolerância à Isotretinoína e à vitamina A.
Tempo de Tratamento	Tratamento de 4 a 6 meses, podendo ser estendido observando a dose total cumulativa de 120 a 150mg/kg. - Retratamento: em casos de resposta insuficiente, um segundo período de tratamento pode ser iniciado após 2 meses (60 dias) do término do anterior.
Validades dos Exames	- Colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos, AST e ALT: 3 meses. - Beta-HCG : 30 dias.
Especialidade Médica	Não especificada no PCDT a especialidade médica necessária.
Prescrição Máxima Mensal	<p>• CÁLCULO DE DOSE DIÁRIA POR QUILO (DDQ):</p> <p>- Dose Diária Por Quilo Preconizada pelo PCDT: 0,5 a 2,0 mg/kg/dia.</p> <p>- Dose Diária Por Quilo: dose diária prescrita (DD)/peso do paciente</p> <p>Ex.: Paciente com 70kg que fará uso de 40mg/dia Dose Diária Por Quilo: 40/70: 0,57mg/kg/dia.</p> <p>• CÁLCULO DE DOSE CUMULATIVA:</p> <p>- Dose Cumulativa Mínima Preconizada pelo PCDT: 120 mg/kg.</p> <p>- Dose Cumulativa Máxima Preconizada pelo PCDT: 150 mg/kg.</p> <p>Ex.: Paciente com 70kg que fará uso de 40mg/dia Dose Cumulativa Mínima: 120 X 70: 8.400 mg. Dose Cumulativa Máxima: 150 X 70: 10.500 mg.</p> <p>• CÁLCULO DE TEMPO DE USO PARA ALCANÇAR A DOSE CUMULATIVA:</p> <p>- Tempo de Uso para Alcance da Dose Cumulativa Mínima: DCMín/DD</p> <p>- Tempo de Uso para Alcance da Dose Cumulativa Máxima: DCMáx/DD</p> <p>Ex.: Paciente com 70kg que fará uso de 40mg/dia Tempo de Uso para Alcance da Dose Cumulativa Mínima: 8.400/40: 210 dias: 7 meses. Tempo de Uso para Alcance da Dose Cumulativa Máxima: 10.500/40: 262 dias: 8 meses.</p> <p>• Dose Cumulativa Máxima e Tempo de Tratamento: se houver aumento significativo de peso durante o tratamento, reenviar o processo para Avaliação Central.</p>
CID-10:	L70.0 Acne vulgar L70.1 Acne conglobata L70.8 Outras formas de acne

Fonte: www.saude.sc.gov.br

ANEXO NN - Relação estadual de medicamentos – SES/SC

Relação Estadual de Medicamentos do CEAF/SC		
MEDICAMENTOS SES/SC	CID 10	PCDT
Abatacepte 125 mg injetável (por frasco-ampola)	M050, M053, M058, M060, M068	Artrite Reumatóide
Abatacepte 250 mg injetável (por frasco-ampola)	M050, M053, M058, M060, M068, M080	Artrite Reumatóide
Acetazolamida 250 mg (comprimido)	H400, H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, Q150	Glaucoma
Ácido nicotínico 250 mg (por comprimido de liberação prolongada) - <i>SUSPENSO</i>	E782, E783, E784, E785, E786, E788, E780, E781	Dislipidemia
Ácido nicotínico 500 mg (por comprimido de liberação prolongada)	E780, E781, E782, E783, E784, E785, E786, E788	Dislipidemia
Acitretina 10 mg (por cápsula) - <i>SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DE FABRICAÇÃO</i>	Q800, Q801, Q802, Q803, Q808	Ictioses Hereditárias
	Q828	Outras Malformações Congênicas Específicas da Pele
	L400, L401, L404, L408	Psoríase
	L440	Pitiríase Rubra Pilar
Acitretina 25 mg (por cápsula) - <i>SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DE FABRICAÇÃO</i>	Q800, Q801, Q802, Q803, Q808	Ictioses Hereditárias
	Q828	Outras Malformações Congênicas Específicas da Pele
	L400, L401, L404, L408	Psoríase
	L440	Pitiríase Rubra Pilar
Adalimumabe 40 mg injetável (por seringa preenchida)	M080	Artrite Reumatóide
	M081, M082, M083, M084, M088, M089	Artrite Idiopática Juvenil
	M45, M468	Espondilite Ancilosante
	K500, K501, K508	Doença de Crohn
Adalimumabe 40 mg injetável (por frasco-ampola)	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M080	Artrite Reumatóide
	M070, M072, M073	Artrite Psoriáca
	M45, M468	Espondilite Ancilosante
	K500, K501, K508	Doença de Crohn
Alfacalcidol 1,0 mcg (por cápsula) - <i>SUSPENSO</i>	N180, N188, N250, N258	Distúrbio Mineral e Ósseo na DRC
	E200, E201, E208, E892	Hipoparatiroidismo
Alfadornase 2,5 mg (por ampola)	E840, E848	Fibrose Cística

Fonte: www.saude.sc.gov.br

ANEXO OO - Pasta “Documentos” – SES/SC

GOVERNO DE
SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde

SERVIÇOS A SECRETARIA GABINETE DO SECRETÁRIO LEGISLAÇÃO CONTATO NOTÍCIAS

Informações Gerais > Vigilância em Saúde > Assistência Farmacêutica > Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF > Documentos

Documentos

Documentos

 **Recibo de Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - RME** Popular
Publicado em 04 Abril 2018 • Por Anônimo • 2461 downloads

 **Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos - LME** Popular
Publicado em 04 Abril 2018 • Por Anônimo • 16240 downloads

 **Formulário para Movimentação de estoques e Medicamentos Vencidos - SISMEDEX** Popular
Publicado em 31 Agosto 2016 • Por Anônimo • 2564 downloads

 **Declaração Médica para Medicamentos Sujeitos a Controle Especial - Portaria 344/98, Listas C1 e C5** Popular
Publicado em 28 Novembro 2014 • Por Anônimo • 7975 downloads

 **Declaração Revogadora para Dispensação de Medicamentos do CEAF** Popular
Publicado em 16 Novembro 2011 • Por Anônimo • 2432 downloads

 **Declaração Autorizadora para Dispensação de Medicamentos do CEAF** Popular
Publicado em 16 Novembro 2011 • Por Anônimo • 7006 downloads

 **Ficha de transferência** Popular
Publicado em 16 Abril 2010 • Por Anônimo • 4240 downloads

LEGISLAÇÃO

- Portarias NASF
- Deliberações-CIB
- Notas Técnicas
- Portarias
- Leis

Fonte: www.saude.sc.gov.br

ANEXO PP - Unidades de Assistência Farmacêutica do CEAF em Santa Catarina
– SES/SC

UNIDADES		TELEFONE DDD (49)	ENDEREÇO				HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
			RUA, AVENIDA, LOGRADOURO	BAIRRO	CIDADE	CEP	
GOVERNO DE SANTA CATARINA							
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE							
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE							
DIRETORIA DE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA							
CONTATOS DAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO CEAF EM SANTA CATARINA							
MACROREGIÃO DE SAÚDE DO GRANDE OESTE							
REGIÃO DE SAÚDE DO EXTREMO OESTE							
UDAF SÃO MIGUEL DO OESTE							
UNIAFARS 01 SÃO MIGUEL DO OESTE	36311-3265 36311-3252	Rua Waldemar Rangrab, 1851	São Jorge	São Miguel do Oeste	89900-000	13:00 às 19:00h	
UNICEAF 01 Anchieta	3653-3270	Rua Olimpio Dal Magro, 578	Centro	Anchieta	89970-000	7:30 às 11:30h 13:00 às 17:00h	
UNICEAF 01 Bandeirante	3626-0034	Av. Santo Antonio, 1115	Centro	Bandeirante	89905-000	7:30 às 11:30h 13:00 às 17:00h	
UNICEAF 01 Barra Bonita	3649-0101	Av. Buenos Aires, 600	Centro	Barra Bonita	89909-000	7:45 às 11:45h 13:00 às 17:00h	
UNICEAF 01 Belmonte	3625-0030	Rua Jesus de Baitacá, 145	Centro	Belmonte	89925-000	7:30 às 11:30h 13:00 às 17:00h	
UNICEAF 01 Bom Jesus do Oeste	3363-0121	Av. Brasília, 190	Centro	Bom Jesus do Oeste	89873-000	7:30 às 11:30h 13:00 às 17:00h	
UNICEAF 01 Descanso	3623-0122	Rua José Bonifácio, 215	Centro	Descanso	89910-000	8:00 às 11:30h 13:00 às 17:00h	

Fonte: www.saude.sc.gov.br

ANEXO QQ - Texto avaliado para leitura: “Portal de serviços > Solicitar medicamentos do CEAF” – SES/SC

Solicitar medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Finalidade

Atender os pacientes que necessitem de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, desde que cumpra os requisitos dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde

Requisitos Exigidos do Usuário

- Abertura de Processo no CEAF/SC (Sistema do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica), com documentação (exames e formulários médicos)
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado - LME - completamente preenchido, contendo o nome genérico do medicamento, carimbado e assinado pelo médico solicitante e assinado pelo paciente ou responsável, com validade de 60 dias após preenchimento
- Receita Médica original contendo o nome genérico do medicamento e com validade e preenchimento em conformidade com as legislações vigentes
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER - referente ao medicamento solicitado em conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Clínicas de Saúde - PCDT da doença do paciente, completamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico solicitante e assinado pelo paciente ou responsável
- Resultados de Exames necessários para o medicamento solicitado segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Clínicas de Saúde - PCDT da doença em questão
- Formulário Médico DIAF/SC (Diretoria de Assistência Farmacêutica-Secretaria de Estado da Saúde) referente a patologia em questão, completamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico solicitante, com validade de 60 dias após preenchimento
- Documento de Identificação do Paciente (e quando aplicável Documento de Identificação do Responsável) - RG ou CNH ou Certidão de Nascimento ou outros
- Cartão Nacional de Saúde - CNS - Enviar cópia do Cartão
- Comprovante de Residência atual, com validade de até 3 meses, em nome do paciente ou responsável
- CPF - obrigatório para tramitação do processo na Secretaria Estadual de Saúde/SC

Etapas do Processo

- 1 O paciente deverá buscar informação com a unidade de saúde municipal em que reside sobre a doença e medicamento a solicitar
- 2 A unidade de saúde municipal vai disponibilizar a documentação necessária para a abertura do processo no CEAF (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) ao paciente
- 3 O paciente junta a documentação e exames para a abertura do processo e leva para a unidade de saúde municipal
- 4 A unidade de saúde municipal confere a documentação e envia para a DIAF analisar o processo

Tempo de Solicitação

Em média 30 min

Contato

@ diaf@saude.sc.gov.br
 (48) 3665-4508
 (48) 3665-4509

URL do Site

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=470%3Amedicamentos-excepcionais-&catid=505&Itemid=210

ÓRGÃO

Secretaria de Estado da Saúde

TEMA

Saúde

GRUPO DE SERVIÇO

Assistência Farmacêutica

PÚBLICO

Cidadão

CANAL DE ATENDIMENTO

Presencial

CARACTERÍSTICAS

Acessibilidade

AVALIAÇÃO MÉDIA

☆☆☆☆☆ (0)

ANEXO RR - Texto avaliado para leitura: “Relação de documentos para solicitação de medicamentos pelo CEAF” – SES/SC

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELO CEAF

Publicado: 24 Julho 2018

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF, podem ser solicitados, no estado de Santa Catarina, através da apresentação de processo administrativo nas Unidades de Assistência Farmacêutica - UAF municipais* do estado, para conferência da documentação e cadastro da solicitação para posterior encaminhamento à Diretoria de Assistência Farmacêutica estadual - DIAF.

Na DIAF as solicitações serão analisadas segundo Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT do Ministério da Saúde - MS e Protocolos Estaduais e os processos após avaliação serão encaminhados para o município de origem.

Nas Unidades de Assistência Farmacêutica municipais* serão dispensados os medicamentos aos pacientes que tiverem sua solicitação deferida.

* Para atendimentos iniciais de Transplantes e atendimentos emergenciais de Guillain-Barré e Púrpura Trombocitopênica, a solicitação e dispensação de medicamentos poderá ser realizada em UAF estaduais das Regionais de Saúde aptas para a realização desses atendimentos.

Para as solicitações de Medicamentos do Componente Especializado deverão ser apresentados os seguintes documentos:

1. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado - LME - completamente preenchido, contendo o nome genérico do medicamento, carimbado e assinado pelo médico solicitante e assinado pelo paciente ou responsável, com validade de 60 dias após preenchimento;
2. Receita Médica original contendo o nome genérico do medicamento e com validade e preenchimento em conformidade com as legislações vigentes;
3. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER - referente ao medicamento solicitado em conformidade com o PCDT da patologia em questão, completamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico solicitante e assinado pelo paciente ou responsável;
4. Resultados de Exames necessários para o medicamento solicitado segundo PCDT da patologia em questão - Enviar cópia;
5. Formulário Médico DIAF/SC referente a patologia em questão, completamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico solicitante, com validade de 60 dias após preenchimento;
6. Documento de Identificação do Paciente (e quando aplicável Documento de Identificação do Responsável) - RG ou CNH ou Certidão de Nascimento ou outros - Enviar cópia;
7. Cartão Nacional de Saúde - CNS - Enviar cópia do Cartão;
8. Comprovante de Residência atual, com validade de até 3 meses, em nome do paciente ou responsável - Enviar cópia;
9. CPF - obrigatório para tramitação do processo na Secretaria Estadual de Saúde/SC - Enviar cópia.

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DIAF
Rua Esteves Junior Nº 390 - Anexo 1 SES - 1º Andar - Centro
Florianópolis - Santa Catarina
CEP: 88.015-130
E-mail: diaf@saude.sc.gov.br
Telefones: 48 3665 4509 ou 3665 4516

Fonte: www.saude.sc.gov.br

ANEXO SS - Página inicial – “Saúde e você > Medicamentos”, “Os mais procurados” (> “medicamentos”) e (> “consulta a solicitação de medicamentos ou fórmula nutricional”) – SES/RS

The screenshot shows the homepage of the SES/RS website. At the top, there is a navigation bar with links for NOTÍCIAS, SERVIÇOS, CENTRAL DE INFORMAÇÃO, PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, SECRETARIAS E ÓRGÃOS, DIÁRIO OFICIAL, and LOGIN CIDADÃO. Below this is the logo of the SECRETARIA DA SAÚDE and accessibility options like 'Acessibilidade' (Content [1], Menu [2], Search [3]), 'Contraste', 'Ouvidoria SUS', and 'Mapa do site'. The main navigation menu includes INICIAL, INSTITUCIONAL, COMUNICAÇÃO, and SAÚDE E VOCÊ. The 'SAÚDE E VOCÊ' menu is expanded, showing options like 'Atenção Básica ou Primária', 'Redes de Serviços de Saúde', 'Prevenção e Combate a Doenças', 'Políticas de Saúde', 'Medicamentos', 'Consultas e Exames', 'Transplantes', 'Leitos Hospitalares', 'Vigilância de A a Z', 'Doação de Sangue', 'Informações de Saúde', 'Perguntas Frequentes', and 'Programa Primeira Infância'. The 'Medicamentos' option is highlighted. Below the navigation is a section titled 'OS MAIS PROCURADOS' (Most Searched) with a grid of items: Aedes aegypti - dengue, zika e chikungunya; Medicamentos; Consulta à solicitação de medicamento ou fórmula nutricional; Doação de Sangue; Transplantes; Vacinação; Intranet SES; Links e Serviços Internos; Projetos de Cooperação Técnica; Relatório de Pagamentos; Relatórios de Processamento do DAHA; and Coordenadorias Regionais de Saúde. At the bottom, there are banners for 'Primeira Infância Melhor', 'Combate à gripe' (with prevention, treatment, and numbers in RS), and 'CAPACITAÇÃO EM HEMOTERAPIA PARA RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DAS AGENCIAS TRANSFUSIONAIS (MÉDICOS NÃO ESPEDALISTAS)'.

Fonte: www.saude.rs.gov.br

ANEXO TT - “Cidadão > Perguntas frequentes” – SES/RS

The screenshot displays the website interface for the Secretariat of Health (SES/RS). At the top, there is a navigation bar with links for 'INICIAL', 'INSTITUCIONAL', 'COMUNICAÇÃO', and 'SAÚDE E VOCÊ'. Below this, a search bar and several news items are visible. The main content area is titled 'OS MAIS PROCURADOS' and lists various topics such as 'Aedes aegypti', 'Medicamentos', and 'Transplantes'. A red arrow points from the 'Perguntas frequentes' link in the 'CIDADÃO' menu to the main content area. The 'Perguntas frequentes' section is highlighted with a red box and contains the following text:

Perguntas frequentes

Dúvidas sobre determinada doença ou como acessar algum serviço do SUS? Quer saber mais a respeito das ações e programas da Secretaria da Saúde? Veja abaixo respostas às perguntas mais frequentes registradas pela Ouvidoria do SUS.

Consultas sobre outros temas devem ser feitas pelo 0800 6450 644, que funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, ou pelo formulário web. A ligação é gratuita e pode ser feita de telefones fixos, públicos ou celulares, de qualquer local do Estado.

Como ter acesso aos medicamentos do SUS? +

Fiz uma solicitação de medicamento. Como posso saber quando será liberado? +

Como acessar consultas especializadas no SUS? +

Como fazer para evitar a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor de dengue, zika e chikungunya, na minha casa? +

Quais os casos em que se deve acionar o Samu? +

Como funciona a regulação do SAMU? +

Onde posso realizar um teste rápido para saber se tenho HIV? +

Como posso ser doador de órgãos? +

Quais órgãos e tecidos podem ser doados? +

O que é preciso para doar sangue? +

Onde posso doar sangue? +

Como posso obter dados atuais sobre a situação de saúde no Rio Grande do Sul ou do meu município? +

Como posso saber informações sobre quanto dinheiro meu município recebeu do tesouro do Estado? +

ANEXO UU - “Componente Especializado > Documentação necessária para abertura” – SES/RS

VOCÊ ESTÁ AQUI: Inicial > Saúde e Você > Medicamentos
> Componente Especializado > Medicamentos e Patologias

← VOLTAR IMPRIMIR RSS f t e w

Relação de Medicamentos/Patologias

Abatacepte	-
ABATACEPTE – Artrite Reumatoide (.pdf 93,65 KBytes)	
Acetazolamida	-
ACETAZOLAMIDA – Glaucoma (.pdf 72,67 KBytes)	

NOTÍCIAS

18/04/2019 - 10h50min
Vacinação das gestantes é estimulada pela Associação de Ginecologia do RS

18/04/2019 - 10h14min
Vacinação de indígenas começa em 23 de abril com evento em Porto Alegre

17/04/2019 - 18h24min
Secretária fala à Comissão de Saúde da Assembleia

Mais Notícias

ABATACEPTE - Artrite Reumatoide

250 mg injetável – frasco-ampola
125 mg injetável – seringa preenchida

Portaria Conjunta nº15, de 11 de dezembro de 2017 (Protocolo na íntegra)



Secretaria Estadual da Saúde
129 curtidas

Informações

CIDs: Abatacepte 125 mg injetável: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8
Abatacepte 250 mg injetável: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, I

Quantidade máxima mensal:
Utilização por via intravenosa:

Pacientes com menos de 60 kg: 500 mg nas semanas 0, 2 e 4 e, após, 1 mês.

Pacientes com 60 a 100 kg: 750 mg nas semanas 0, 2 e 4 e, após, manter

Pacientes com mais de 100 kg: 1.000 mg nas semanas 0, 2 e 4 e, após, 1 mês. Crianças a partir dos 6 anos:

75 kg: iniciar com 10 mg/kg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2 e 4, e 1 a cada mês.

75 – 100 kg: iniciar com 750 mg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2, 4 e dose a cada mês.

>100 kg: iniciar com 1.000 mg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2, 4 e dose a cada mês.

Utilização por via subcutânea (em adultos > 18 anos):
125 mg a cada semana. Dosagem de 4 vezes ao mês.

Grupo de Financiamento: 1A

- HBeAg
- anti-HCV
- hemograma com plaquetas
- TGO/AST
- TGP/ALT
- Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas).
- Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento
- Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [Disease Activity Score], escore SDAI [Simplified Disease Activity Score] **QU** escore CDAI [Clinical Disease Activity Score])

Exames **RECOMENDADOS**, que podem ser solicitados pelo perfil:

- Fator reumatoide **QU** anti-CCP
- Proteína C reativa
- Velocidade de hemossedimentação
- Laudo de exame radiológico de mãos e punhos

5. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

Documentação Necessária

1º Solicitação

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo atendimento ao paciente.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS);
 - CPF
4. Cópia dos exames:
 - teste de Mantoux (se possível)
 - radiografia de tórax (se possível)

Renovação

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

 - Hemograma;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

Para pacientes novos – pacientes que iniciaram a etapa 2 (início do tratamento com MMCD biológico) e a etapa 3 (mudança de tratamento com MMCD biológico) da estratégia terapêutica (que não estavam em uso de abatacepte):

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

 - Hemograma;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

ABATACEPTE - Artrite Reumatoide

A atualizado em 23/05/2019

ANEXO VV – Texto avaliado para leitura: “Medicamentos – Como ter acesso aos medicamentos do SUS” – SES/RS

Medicamentos

Como ter acesso aos medicamentos do SUS

Para ter acesso aos medicamentos, o usuário precisa, primeiramente, ser atendido por algum médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fazer todos os procedimentos, exames, e esclarecer a doença e o tratamento.

Com a receita, que contenha o nome do princípio ativo/denominação genérica (não pode ser o nome comercial do medicamento), o paciente deverá conferir se o medicamento solicitado consta na [relação de medicamentos disponibilizados pelo SUS \(RENAME\)](#) e verificar a qual Componente da Assistência Farmacêutica ele pertence.

Os medicamentos do SUS estão divididos por blocos de financiamento da assistência farmacêutica, sendo de responsabilidade municipal (componente básico), estadual (componente especial e especializado) ou federal (componente Estratégico – programas de saúde do MS).

Sabendo a qual Componente da Assistência Farmacêutica o medicamento faz parte, o usuário poderá consultar no site da SES/RS os procedimentos para abrir processos de solicitação de medicamentos, documentos e exames necessários e onde retirar estes medicamentos.

Estas e outras informações podem ser esclarecidas na Farmácia Pública de seu município.

[Componente básico](#)

[Componente Especializado](#)

ANEXO WW – Texto avaliado para leitura: “Componente Especializado” – SES/RS

Componente Especializado

O que é?

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica visa garantir, no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso, de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde - MS.

Financiamento

Os medicamentos especializados são de responsabilidade do Ministério da Saúde (cofinanciamento e aquisição de parte do elenco), da Secretaria Estadual de Saúde (aquisição e distribuição) e dispensados pelas Secretarias Municipais de Saúde. O elenco destes medicamentos e a forma de repasse financeiro para aquisição estão definidos na Portaria GM/MS 1554/2013 (encontra-se nos anexos).

Onde encontrar?

Para que estes medicamentos sejam dispensados, é necessário que seja aberto um Processo Administrativo na Secretaria Municipal de Saúde, e o seu médico preencha o documento LME (Laudo para Solicitação de Medicamento Especializado) e o Formulário Cadastro de Usuários.

Onde abrir processo de solicitação de medicamentos e fórmulas nutricionais especializadas?

Residentes em Porto Alegre:
Farmácia de Medicamentos Especiais
Av. Borges de Medeiros nº 546 - 1º andar
Telefone: (51) 3901-1004 Fax: (51) 3225-8179

Residentes em Santa Maria:
Coordenadoria Regional de Saúde - 4ª CRS
Rua André Marques, 675 - Fones: (55) 3222.3101/ 3222-2929.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT

Residentes em outros municípios do Estado:
Dirigir-se à Secretaria Municipal de Saúde

- [Documentação necessária para abertura e manutenção/renovação de processo administrativo para solicitação de Medicamentos Especializados](#)

:: ATENÇÃO ::

- Para a solicitação de Medicamentos do Componente Especializado é necessário informar no Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento (LME) o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante.

- Sugere-se, na primeira solicitação de psicofármacos ou troca de tratamento, o preenchimento pelo médico do [Formulário para Solicitação de Psicofármacos](#). Nele estão os itens necessários para avaliação - não substitui o LME

ANEXO XX - “Serviços > Cidadão” e “Para você > Cidadão” – SES/DF

The image shows a screenshot of the website 'SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL'. The top navigation bar includes links for 'Transparência', 'Ouvidoria', 'Acesso à Informação', 'Diário Oficial', 'Agência Brasília', 'Portal do Governo de Brasília', 'Dados Abertos', 'Acessibilidade', and 'Aa'. The main header features the GDF logo and a search bar. A secondary navigation bar contains 'A Secretaria', 'Notícias', 'Unidades de Saúde', 'Serviços', 'Vigilância em Saúde', 'Concursos', 'Comunicação', and 'Transparência'. The 'Serviços' menu is open, showing options: 'Carta de Serviços', 'Cidadão', 'Servidor', and 'Fornecedor'. Below this, a banner for 'DF CONTRA O A' is visible. The main content area is divided into two sections: 'Serviços mais procurados' and 'Para Você'. The 'Serviços mais procurados' section lists various services like 'Unidades Básicas', 'Medicamentos', 'Laboratório', etc. The 'Para Você' section has buttons for 'Cidadão', 'Servidor', 'Fornecedor', and 'Convo'. On the right, a sidebar menu lists services such as 'Animais', 'Bolsa Família na Saúde', 'Cadastro no SUS', 'Carta de Serviços', 'Convocação de pacientes', 'Doadores', 'Escalas da Saúde', 'Laboratórios', 'Medicamentos', 'Estoque de Medicamentos de Alto Custo', 'Órtese e Prótese', 'Práticas Integrativas', 'Programas de Saúde', 'Portal de Exames', 'Saúde Mental', 'Saúde do Viajante', 'Vacinação no DF', 'Vigilância em Saúde', 'Visita em Hospitais', and 'Voluntariado'. The bottom of the page has a green footer with 'A Secretaria', 'Notícias', 'Fale com a Secretaria', and 'Acesso à informação'. Red boxes highlight the 'Serviços' menu, the 'Cidadão' option in the dropdown, the 'Cidadão' link in the sidebar, and the 'Cidadão' button in the 'Para Você' section. Arrows indicate the flow from the main menu to the dropdown, then to the sidebar, and finally to the 'Para Você' section.

Fonte: www.saude.df.gov.br

ANEXO YY - “Serviços > Carta de Serviços > Medicamentos” – SES/DF

Transparência Ouvidoria Acesso à Informação Diário Oficial Agência Brasília Portal do Governo de Brasília Dados Abertos Acessibilidade | Aa

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

GDF
É tempo de ação.

Busca: Digite aqui o que você procura

A Secretária ▾ Notícias Unidades de Saúde ▾ **Serviços ▾** Vigilância em Saúde Concursos ▾ Comunicação Transparência

Carta de Serviços

Cidadão

Servidor

Fornecedor

DF CONTRA O A
AJUDAR A COMBATER O MOSQUITO. CLIQUE AQUI

Secretaria de Saúde do Distrito Federal > Carta de Serviços

Carta de Serviços

Início

Medicamentos

Hospitais

Unidades Básicas

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

UPA 24h

Policlínicas

Vigilância em Saúde

Programas

Ouvidoria

Serviço de Informações ao Cidadão – SIC

Imprima Sua Carta de Serviços

Avalie as Cartas de Serviços ao Cidadão

A Carta de Serviços ao Cidadão é um instrumento de controle social que facilita a sua participação nas ações e programas do Governo do Distrito Federal. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal, entendendo a necessidade de melhorar a comunicação com o usuário do Sistema Único de Saúde, disponibiliza a Carta de Serviços reconhecendo o direito de que todo cidadão deve ter acesso às informações à cerca das ações e serviços de saúde ofertados pela SES-DF. Assim como o direito de saber como acessá-lo, para que possam procurar o serviço mais indicado para cada problema. Isso permitirá um atendimento mais ágil com economia de tempo e recurso, tanto para o cidadão quanto para os gestores.

*Caso queira conhecer as demais Cartas de Serviços do GDF, acesse o [Portal do Governo do Distrito Federal](#).

Pesquisa de Opinião

Participe da pesquisa de opinião sobre as Cartas de Serviços. Temos a finalidade de conhecer a aceitação e conhecimento por parte da sociedade.

-Acesse o formulário: [clique aqui](#)

A Secretária Fale com a Secretária Acesse o Portal do Governo do Distrito Federal

Notícias Acesso à informação

Acesso à Informação

Fonte: www.saude.df.gov.br

ANEXO ZZ - “A Secretaria > Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde > AF-Medicamentos” – SES/DF

The image is a screenshot of the website for the Secretariat of Health of the Federal District (SES/DF). The header includes navigation links: Transparência, Ouvidoria, Acesso à Informação, Diário Oficial, Agência Brasília, Portal do Governo de Brasília, and Dados Abertos. The main title is 'SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL'. Below the title is the GDF logo with the slogan 'É tempo de ação.' and a search bar. A blue navigation bar contains links: Secretária, Governança, Serviços, Vigilância em Saúde, Concursos, Notícias, Comunicação, and Transparência. A dropdown menu is open under 'Secretária', listing: A SES, Fundo de Saúde, Quem é Quem, Subsecretárias (highlighted with a red box), Superintendências, and Colegiado de Gestão. A curved arrow points from the 'Subsecretárias' link to the main content area. The main content area is titled 'Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde – SAIS' (highlighted with a red box). It includes social media sharing buttons for Facebook and Twitter. The contact information for the Subsecretário Ricardo Ramos dos Santos is provided: Telephone: (61) 2017-1145 Ramais: 1008 / 1009, Email: sais@saude.df.gov.br, and Organograma SAIS. A list of services is shown, with 'Assistência Farmacêutica – Medicamentos' (highlighted with a red box) selected. Other services include Enfermagem, Manual de Acolhimento e Classificação de Risco da SES/DF, Nutrição, Programas, and Protocolos assistenciais. A list of documents is also provided, including the Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal, Deliberação N° 41, de 08112018 - DODF n° 125, de 12112018 (19589018) - Plano de Ação Urgências e Emergências, Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde/DF 2016/2017, and Protocolos da Atenção Primária à Saúde. At the bottom, the 'Gerência de Serviço Social – (SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESS)' is mentioned.

Fonte: www.saude.df.gov.br

ANEXO AAA - “Medicamentos > Relação de medicamentos do Componente Especializado” e “Estoque diário de medicamentos de Alto Custo” – SES/DF

				GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA						
RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NA SES/DF - atualizada em fevereiro/2019 REME-DF										
Seq	Código	Descrição	UN	Grupo	AB	MC	CE	HO	ME	
1	MSE21340	ABACAVIR COMPRIMIDO 300 MG	CP	ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA					ME	
2	MSE21341	ABACAVIR SOLUÇÃO ORAL 20 MG/ML FRASCO 240 ML	FR	ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA					ME	
3	MS11126	ABATACEPTE PO LIOFILO INJETAVEL 250MG FRASCO AMPOLA + SERINGA DESCARTAVEL	UN	IMUNOSSUPRESSORES			CE			
4	MS35706	ABATACEPTE SOLUÇÃO INJETÁVEL 125MG/ML SERINGA PREENCHIDA 1ML	UN	IMUNOSSUPRESSORES			CE			
5	90013	ABCIXIMABE SOLUCAO INJETAVEL 2 MG/ML FRASCO AMPOLA 5 ML	FA	MEDICAMENTO DE COMPRA EXCLUSIVA DO IHBDF				HO		
6	90393	ACETAZOLAMIDA COMPRIMIDO 250 MG	CP	PREPARADOS ANTIGLAUCOMA E MIÓTICOS				HO		
7	90870	ACICLOVIR (SÓDICO) PO PARA SOLUCAO INJETAVEL 250 MG FRASCO-AMPOLA	FA	ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA				HO		
8	90869	ACICLOVIR COMPRIMIDO 200 MG	CP	ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA	AB			HO		
9	20833	ACICLOVIR POMADA OFTALMICA 0,03 G/G BISNAGA 4,5 G	BS	ANTIINFECIOSOS	AB			HO		
10	90060	ACIDO ACETILSALICILICO COMPRIMIDO 100 MG	CP	AGENTES ANTITROMBÓTICOS	AB			HO		
11	90527	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOLUCAO INJETAVEL 100 MG/ML AMPOLA 5 ML	AMP	ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT. C, INCLUINDO ASSOCIAÇÕES)				HO		

				Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde Lista de Medicamentos Padronizados na SES-DF Lei nº 5.834, de 11 de abril de 2017	
MEDICAMENTOS FORNECIDOS NAS FARMÁCIAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO					
Lista atualizada em: 22/04/2019 às 08:00			Unidade:	ASA SUL	
Endereço: Estação 102 Sul do Metrô, Subsolo – Ala Comercial, Asa Sul Brasília/DF					
Horário de Funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, de 08h às 17h, mediante distribuição de senhas ao longo do dia.					
O usuário somente poderá retirar o medicamento na unidade do seu cadastro.					
A lista de estoque dos medicamentos pode sofrer alterações durante o dia nas unidades.					
Código	Descrição (DCB, Concentração e forma farmacêutica)	Abastecimento é via SES/DF ou Ministério da Saúde?	Disponibilidade de estoque nesta Unidade de Saúde		
MS35706	ABATACEPTE 125 MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL INJ SERINGA PREENCHIDA 1ML	Ministério da Saúde	COM ESTOQUE		
MS11126	ABATACEPTE 250 MG PÓ P/ SUSPENSAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA	Ministério da Saúde	COM ESTOQUE		
1068	ACITRETINA CAPSULA 10MG	SES-DF	COM ESTOQUE		
1069	ACITRETINA CAPSULA 25MG	SES-DF	COM ESTOQUE		
19578	ADALIMUMABE SOLUÇÃO INJETAVEL 40MG FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA	SES-DF	COM ESTOQUE		
MS19578	ADALIMUMABE SOLUÇÃO INJETAVEL 40MG FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA	Ministério da Saúde	COM ESTOQUE		
2317	ALFADORNASE SOLUCAO PARA INALACAO 1MG/ML AMPOLA 2,5ML	Ministério da Saúde	COM ESTOQUE		
21684	ALFAEPOETINA SOLUÇÃO INJETAVEL 10.000 UI SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA	SES-DF	SEM ESTOQUE		
MS21684	ALFAEPOETINA SOLUÇÃO INJETAVEL 10.000 UI SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA	Ministério da Saúde	COM ESTOQUE		
52018	ALFAEPOETINA SOLUÇÃO INJETAVEL 4000 UI SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA	SES-DF	ESTOQUE BAIXO		
MS52018	ALFAEPOETINA SOLUÇÃO INJETAVEL 4000 UI SERINGA PREENCHIDA OU FRASCO-AMPOLA OU AMPOLA	Ministério da Saúde	COM ESTOQUE		

ANEXO BBB - Página de erro ao acessar formulário LME – SES/DF

Fonte: www.saude.df.gov.br

ANEXO CCC – Texto avaliado para leitura: “Assistência Farmacêutica” – SES/DF

1/03/18 às 11h33 - Atualizado em 26/02/19 às 12h35

Assistência Farmacêutica

Acesse: [Medicamentos](#)

A Assistência Farmacêutica consiste em um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Essas ações envolvem a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. O farmacêutico é o profissional que atua na garantia do direito do usuário ao acesso ao medicamento de forma adequada e com orientação sobre seu uso, interações e armazenagem.

As ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como modelo de prática farmacêutica; compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Há a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ética da integralidade das ações de saúde.

A [Política Nacional de Medicamentos](#), aprovada pela Portaria GM/MS nº 3.916/1998, tem o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A [Política Nacional de Assistência Farmacêutica](#) é parte da Política Nacional de Saúde, que relaciona os eixos estratégicos, destacando-se entre eles:

- A garantia de acesso e equidade às ações de saúde
- Manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando as prioridades regionais
- Qualificação dos serviços de assistência farmacêutica nos diferentes níveis de atenção
- Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos
- Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como instrumento racionalizador das ações, no âmbito da assistência farmacêutica
- Promoção do uso racional de medicamentos

ANEXO DDD – Texto avaliado para leitura: “Componente Especializado da Assistência Farmacêutica” – SES/DF

1/03/18 às 11h01 - Atualizado em 1/08/18 às 11h06

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

COMPARTILHAR

Facebook Twitter

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aprovado pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, com as regras de financiamento e execução regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013, é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O CEAF tem como objetivo garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (MS).

Accesse [aqui](#) o site do Ministério da Saúde onde estão disponibilizados os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e outras informações sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Acesso aos medicamentos

O atendimento inicial é realizado no Call-Center nos telefones 160, opção 3 (Farmácia Ambulatorial Especializada) para ligações efetuadas dentro do Distrito Federal ou 0800 6440160 para ligações originadas fora do DF. O atendente do Call-Center agendará data e horário para comparecimento em uma das farmácias:

Farmácia Ambulatorial Especializada da Asa Sul (antiga Farmácia de Alto Custo):
 Telefone: (61) 4042-6774
 E-mail: gemex.ses@gmail.com
 Endereço: Estação 102 Sul do Metrô, Subsolo – Ala Comercial, Asa Sul Brasília/DF
 Horário de funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, de 08h às 17h.

Farmácia Ambulatorial Especializada da Ceilândia (antiga Farmácia de Alto Custo):
 Telefone: (61) 4042-6773
 Endereço: EQNM 18/20 Bloco A e C – Praça do Cidadão, Ceilândia/DF.
 Horário de funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, de 08h às 17h.

Farmácia Ambulatorial Especializada do Gama (antiga Farmácia de Alto Custo):
 Telefone: (61) 4042-6771
 Endereço: Praça 1, s/n – Setor Leste, Gama/DF.
 Horário de funcionamento: segunda-feira a sexta-feira, de 08h às 17h.

O paciente ou responsável deve apresentar-se à unidade de atendimento com pelo menos 15 minutos de antecedência em relação ao horário agendado para atendimento, munido de:

- Documentos pessoais - documento de Identidade, CPF, CNS (Cartão Nacional de Saúde - Cartão do SUS) e comprovante de endereço (original e cópia);
- Documentos específicos - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido, receita médica, relatórios médicos, exames complementares e termo de esclarecimento (original e cópia). O termo de esclarecimento está disponível nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. Clique [aqui](#) e tenha acesso ao portal do Ministério da Saúde onde estão disponibilizados os PCDT.

Caso os documentos não estejam completos, o paciente ou responsável deverá ligar novamente para o Call-Center para agendar o atendimento de retorno, quando deverão ser apresentados os itens pendentes a fim de finalizar a solicitação de medicamentos.

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente, entretanto, caso ele seja incapaz, poderá ser feita pelo responsável designado pelo médico prescritor.

O cadastro, assim como a renovação e dispensação de medicamentos serão obrigatoriamente realizados na Farmácia Ambulatorial Especializada da Ceilândia para moradores das seguintes regiões administrativas: Ceilândia, Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Brazlândia, Águas Claras, Vicente Pires, Areal, Arnielândia, Águas Lindas e Santo Antonio do Descoberto. Moradores das demais localidades serão atendidos na Farmácia Ambulatorial Especializada da Asa Sul - Estação 102 Sul do Metrô.

Dispensação de medicamentos

Para retirar o medicamento nas farmácias do Componente Especializado, será necessário apresentar:

- Documento de identificação com foto
- Receita original
- Para medicamentos termossensíveis, levar recipiente térmico e gelo.

Renovação

Para manter o cadastro no Componente Especializado, a renovação deve ser realizada a cada três meses. O paciente poderá designar representantes para realizar a renovação do cadastro, bem como a retirada do medicamento. Para tanto, é necessário apresentar declaração autorizadora anexada às cópias dos documentos pessoais da pessoa designada.

ANEXO EEE – Área “Cidadão” e Área “Profissional e Gestor” – SES/MT

Governo de Mato Grosso Ir para conteúdo | A+ A- | Contraste

SES SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO denúncia agora

Pesquisar

Cidadão Profissional e Gestor Licitações

Email Institucional | Sistemas Web

Início Institucional Publicações Atos Normativos Unidades de Saúde Serviços Ouvidoria Contato

Você está aqui: [Início](#) » Cidadão

Cidadão

Área de Acesso as Informações e Serviços ao Cidadão

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

Calendário de Saúde

Dicas de Saúde

Manual Tratamento Fora Domicílio

Informações de Saúde

Informações sobre as Unidades de Atendimento

Informações sobre Assistência Farmacêutica

Perguntas Frequentes

Você Sabia

Guia de Serviços ao Cidadão

Ambulatório da Dermatologia Sanitária - CERMAC

Ambulatório da Pneumologia Sanitária - CERMAC

Ambulatório DST/AIDS/Hepatites Virais - CERMAC

Ambulatório Hemocentro - MT Hemocentro

Assistência Odontológica - CEOPE

Doação de Sangue - MT Hemocentro

Oficina Ortopédica Oficina Ortopédica - CRIDAC

Reabilitação Auditiva - CRIDAC

Reabilitação Física - CRIDAC

Reabilitação Intelectual e Autismo - CRIDAC

Saúde Mental

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência

Unidade Sentinela da Saúde do Trabalhador - CRIDAC

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
 Centro Político Administrativo, Palácio Paiguás, Rua D, S/N,

Governo de Mato Grosso Ir para conteúdo | A+ A- | Contraste

SES SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO denúncia agora

Pesquisar

Cidadão Profissional e Gestor Licitações

Email Institucional | Sistemas Web

Início Institucional Publicações Atos Normativos Unidades de Saúde Serviços Ouvidoria Contato

I FÓRUM MATO-GROSSENSE EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ENCONTRO MATO-GROSSENSE DE EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

16 a 18 de novembro de 2015
 Hotel Fazenda MT - Cuiabá - MT

Para inscrições: www.saude.mt.gov.br
 e-mail: inscricao@saude.mt.gov.br

Inscrições para trabalho: 06/09/2015 a 11/09/2015
 Inscrições para o Evento: 06/09/2015 a 30/09/2015

Você está aqui: [Portal](#) » Cidadão

Cidadão

Perguntas Frequentes

Conteúdo

- 1. Como é feito o cadastramento do cartão SUS?
- 2. Para que é feito o cadastramento do cartão SUS?
- 3. Como é feito o cadastro para aquisição de medicamentos na SES?
- 4. Como ter acesso gratuito aos medicamentos da Farmácia Popular?
- 5. Como ter acesso aos exames de tomografia, ressonância, densitometria e imunohistoquímica?
- 6. O que é transplante de órgãos?
- 7. Qual documento é necessário para fazer doação de órgãos?
- 8. A quem se destina o tratamento fora de domicílio?
- 9. Como pacientes de Cuiabá tem acesso ao TFD?
- 10. Como usuários do interior tem acesso ao TFD?
- 11. O que é Dengue?
- 12. Quais os cuidados para não pegar Dengue?
- 13. Quanto tempo depois de picado aparece a doença?
- 14. Existe vacina contra a Dengue?
- 15. Por que essa doença ocorre no Brasil?
- 16. Qual é a finalidade do SAMU?

1. Como é feito o cadastramento do cartão SUS? [Topo](#)

R. O cadastro é feito em hospitais, clínicas e postos de saúde ou locais definidos pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante a apresentação de RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento. O cartão SUS é gratuito e seu uso facilita a marcação de consultas e exames e garante o acesso a medicamentos gratuitos.

2. Para que é feito o cadastramento do cartão SUS? [Topo](#)

R. O objetivo do Cartão SUS é identificar individualmente os usuários do SUS possibilitando o acompanhamento da sua evolução a partir do seu acesso ao sistema.

3. Como é feito o cadastro para aquisição de medicamentos na SES? [Topo](#)

R. Toda solicitação de medicamento ou insumos à Secretaria de Estado de Saúde, se efetiva por meio da Farmácia Cidadã.

O próprio usuário ou uma pessoa que o possa representar, deverá se dirigir a esse setor, para tomar as primeiras providências que diz respeito à solicitação do fármaco ou produtos correlatos a saúde, através de um processo, cujas etapas são as seguintes:

- Adquirir no local formulários específicos (Laudo para Solicitação) que deverá ser preenchido pelo próprio médico do paciente, justificando a necessidade do fármaco e Termo de Esclarecimento e de Responsabilidade.
- Deverão ser anexados a este formulário os seguintes documentos: cópia do RG, CPF, cartão nacional do SUS, comprovante de residência (água, luz ou telefone), receita médica e exames que comprovem a patologia do paciente.
- Tirar todas as dúvidas com o atendente do setor quanto a efetivação da análise do processo, disponibilidade e tempo para retirada do medicamento.
- O endereço da farmácia é: Rua Thogo da Silva Pereira, nº 63 - complexo do CERMAC - Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade (logo abaixo do Hospital Geral). Fone: (65) 3624-7447 - 0800-647 1404.

**ANEXO FFF - “Unidades de saúde” e “Profissional e Gestor” (>
 “Superintendência de AF” – SES/MT**

Governo de Mato Grosso Ir para conteúdo | A+ A- | Contraste

SES SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE **GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO** denúncia agora Pesquisar

Cidadão **Profissional e Gestor** Licitações Email Institucional Sistemas Web

Início Institucional Publicações Atos Normativos Unidades de Saúde Serviços Ouvidoria Contato

Você está aqui: [Início](#) » Unidades de Saúde

Unidades de Saúde

Área de acesso a informações sobre as unidades de atendimento de saúde

Unidades Administradas pela Secretaria de Estado de Saúde

- Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Espec
- Centro Estadual de Referência em Média e Alta Comp
- Centro Integrado de Assistência Psicossocial
- Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa
- Hemocentro - Sangue e Hemoderivados
- Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- Superintendência de Assistência Farmaceutica**
- Hospital Metropolitano de Várzea Grande
- Hospital Regional de Alta Floresta
- Hospital Regional de Colíder
- Hospital Regional de Rondonópolis
- Hospital Regional de Sorriso

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
 Centro Político Administrativo, Palácio Paiaguás, Rua D, S/N, Bloc
 Desenvolvido pela Coordenadoria de Tecnologia de Informação

Governo de Mato Grosso Ir para conteúdo

SES SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE **GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO** denúncia agora Pesquisar

Cidadão **Profissional e Gestor** Licitações Email Institu

Início Institucional Publicações Atos Normativos Unidades de Saúde Serviços Ouvid

Você está aqui: [Início](#) » Profissional e Gestor

Profissional e Gestor

Área de acesso a informações destinadas a Gestores e Profissionais de Saúde

Superintendência

- Superintendência de Regulação
- Superintendência de Vigilância em Saúde
- Superintendência de Assistência Farmaceutica**

Áreas Técnicas

- Atenção Primária
- Área Técnica de Saúde Mental
- Controle de Infecção em Serviços de Saúde
- Informação em Saúde
- Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2014-2015 – SISPACKTO
- Regulação
- Saúde do Trabalhador
- Transplante
- Vigilância de Óbito
- Vigilância Sanitária

Órgão Colegiado

- Comissão Intergestora Bipartite
- Conselho Estadual de Saúde

Comissão

- Comissão de Integração de Ensino e Serviço - CIES

Comitê

- Comitê de Ética em Pesquisa da SES/MT
- Comitê Estadual de Mortalidade Materna e Infantil

Unidade de Qualificação

- Escola de Saúde Pública

ANEXO GGG - “Farmácia” (> “Formulários para acesso”) e (> “Lista de exames necessários”) – SES/MT

The image displays two screenshots of the website for the Secretaria de Estado de Saúde (SES) of Mato Grosso. Both screenshots show the 'Farmácia' menu item highlighted with a red box.

Top Screenshot: The page is titled 'Superintendência de Assistência Farmaceutica'. The 'Farmácia' menu item is highlighted. The main content area shows a search bar and a list of documents, with the link 'Formulário para Acesso a Medicamentos Estadual e Federal (LME)' highlighted in red.

Bottom Screenshot: The page is titled 'Superintendência de Assistência Farmaceutica' and is in the 'Arquivos' section. The 'Farmácia' menu item is highlighted. The main content area shows a search bar and the message 'Nenhum arquivo cadastrado!'. The link 'Lista de Exames Necessários' is highlighted in red.

ANEXO HHH - “Farmácia > “Fluxo de acesso aos medicamentos” > “Estoque atual de medicamentos” – SES/MT

The image shows two screenshots of the SES/MT website. The top screenshot shows the main navigation menu with 'Farmácia' highlighted in red. The bottom screenshot shows the 'Fluxo de Acesso a Medicamentos' page with a search for 'hepatite' and the result 'Nenhum arquivo cadastrado'.

POSIÇÃO DE ESTOQUE 16/09/2019 - FARMACIA DE ATENDIMENTO AO COMPONENTE ESPECIALIZADO DE MATO GROSSO - CEAF			
Produto	Grupo Financeamento CEAF	Programa de Saúde	Qtd Estoque Atual
ABATACEPTE 125 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 1 ML GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	9
ABATACEPTE 250 MG PO PI SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	4
ADALIMUMABE 40 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL ELENCO ESTADUAL	ELENCO ESTADUAL	ASSISTENCIA FARMACEUTICA	0
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	190
ADEFÓVIR 10 MG COMP GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	0
AGULHA DESCARTÁVEL AÇO INOXIDÁVEL 4 MM 32 G. CANETA APLICADORA DE INSULINA. ESTERIL. EMBALAGEM INDIVIDUAL	GRUPO 1 A	ASSISTENCIA FARMACEUTICA BASICA	13.547
ALFADORNASE 2,5 MG AMP GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ACAO CIVIL PUBLICA	0
ALFADORNASE 2,5 MG AMP GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	30
ALFAEPOETINA 4 000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	183
ALFAEPIINTERFERONA 2A 180 MG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	5
AMANTADINA 100 MG COMP GRUPO 1 B	GRUPO 1 B	ESPECIALIZADO	740
AMANTADINA 100 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL	ELENCO ESTADUAL	ASSISTENCIA FARMACEUTICA	0
AMBRISSENTANA 10 MG COMP REV GRUPO 1 B	GRUPO 1 B	ESPECIALIZADO	180
AMBRISSENTANA 5 MG COMP REV GRUPO 1 B	GRUPO 1 B	ESPECIALIZADO	90
ATORVASTATINA 10 MG COMP GRUPO 2	GRUPO 2	ESPECIALIZADO	0
ATORVASTATINA 20 MG COMP GRUPO 2	GRUPO 2	ESPECIALIZADO	15
ATORVASTATINA 40 MG COMP GRUPO 2	GRUPO 2	ESPECIALIZADO	0
ATORVASTATINA 80 MG COMP GRUPO 2	GRUPO 2	ESPECIALIZADO	0
AZATOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2	GRUPO 2	ESPECIALIZADO	0
AZATOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2	GRUPO 2	ACAO CIVIL PUBLICA	0
AZATOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2	GRUPO 2	ESPECIALIZADO	1.800
BETAINTERFERONA 1A 12 000 000UI (44MG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	145
BETAINTERFERONA 1A 6 000 000 UI (22MG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	0
BETAINTERFERONA 1A 6 000 000 UI (30MG) 20 UI/ML INJ (FR-AMP OU SER PREENC OU CAN PREENC) GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	45
BETAINTERFERONA 1B 9 600 000UI (300MG) PO LIQ INJ (FR-AMP) GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	30
BEZAFIBRATO 200 MG DRAGEA OU COMP GRUPO 2	GRUPO 2	ESPECIALIZADO	120
BEZAFIBRATO 400 MG COMP DE DESLÍNT LENTA GRUPO 2	GRUPO 2	ESPECIALIZADO	240
BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOL OFT (FB) 3 ML GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	19
BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA 3 ML ELENCO ESTADUAL	ELENCO ESTADUAL	ESPECIALIZADO	0
BOSENTANA 120 MG COMP REV GRUPO 1 B	GRUPO 1 B	ESPECIALIZADO	0
BOSENTANA 62,5 MG COMP REV GRUPO 1 B	GRUPO 1 B	ESPECIALIZADO	0
BRIMONIDINA 2 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	GRUPO 2	ESPECIALIZADO	32
BRIMONIDINA TARTARATO 1% COL. MILEATO 0,2 + 0,5 % SOLUÇÃO OFTÁLMICA 10 ML ELENCO ESTADUAL	ELENCO ESTADUAL	ESPECIALIZADO	0
BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSP OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	GRUPO 2	ESPECIALIZADO	35
CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1 A	GRUPO 1 A	ESPECIALIZADO	64

Fonte: www.saude.mt.gov.br

ANEXO III - “Superintendência de AF > “Documentos por patologia” – SES/MT

Governo de Mato Grosso Ir para conteúdo | A+ A- | Contraste

SES SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO denúncia agora

Pesquisar

Cidadão Profissional e Gestor Licitações Email Institucional Sistemas Web

Início Institucional Publicações Atos Normativos Unidades de Saúde Serviços Ouvidoria Contato

Você está aqui: Início > Profissional e Gestor > Superintendência de Assistência Farmaceutica > Arquivos

Principal Superintendência de Assistência Farmaceutica

Quem Somos

Farmácia **Documentos por patologia para obtenção de medicamentos na Farmácia Estadual**

Normas Técnicas

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas(PCDT)

Protocolos Clínicos Estaduais **Documentos por patologia para obtenção de medicamentos na Farmácia Estadual**

Boletim Informativo

Instruções Normativas

Contatos

Pesquisa Pesquisar

ACNE GRAVE - FORMULÁRIOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE - [Salvar](#)

ACNE GRAVE - RELAÇÃO DE EXAMES E DOCUMENTOS - [Salvar](#)

ACROMEGALIA - FORMULÁRIOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE - [Salvar](#)

ACROMEGALIA - RELAÇÃO DE EXAMES E DOCUMENTOS - [Salvar](#)

ANEMIA APLÁSTICA ADQUIRIDA - FORMULÁRIOS E TERMO DE RESPONSABILIDADE - [Salvar](#)

ANEMIA APLÁSTICA ADQUIRIDA - RELAÇÃO DE EXAMES E DOCUMENTOS - [Salvar](#)

 Sistema Único de Saúde

Sistema Único de Saúde
Ministério de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

Data de Emissão
10/09/2018 21:27:12

RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PCDT: Acne grave
CID: L70.0,L70.1,L70.8
Produto: ISOTRETINOÍNA 10 MG CAP GRUPO 2 , ISOTRETINOÍNA 20 MG CAP GRUPO 2

EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil	Sim	Sim

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios	Sim	Sim
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não

ANEXO JJJ - “Superintendência de AF > Contatos” – SES/MT

Governo de Mato Grosso Ir para conteúdo | A+ A- | Contraste

SES SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE **GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO** denúncia agora.com.br

Pesquisar

Cidadão **Profissional e Gestor** Licitações ✉ Email Institucional | 🖨 Sistemas Web

Início Institucional Publicações Atos Normativos Unidades de Saúde Serviços Ouvidoria Contato

Você está aqui: [Início](#) » [Profissional e Gestor](#) » [Superintendência de Assistência Farmacêutica](#) » [Contato](#)

Principal Superintendência de Assistência Farmacêutica

Quem Somos

Farmácia **Contatos**

Normas Técnicas

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas(PCDT)

Protocolos Clínicos Estaduais

Documentos por patologia para obtenção de medicamentos na Farmácia Estadual

Boletim Informativo

Instruções Normativas

Contatos

-Superintendência de Assistência Farmacêutica - SAF

LUCI EMILIA GRZYBOWSKI DE OLIVEIRA

(65) 98462-7045 saf@ses.mt.gov.br

Secretaria Executiva (65) 98432-0177

Gestão Estadual HORUS - TI (65) 98121-4015 horusestrategicomt@ses.mt.gov.br

Gestão Estadual HORUS - Farmacêutico (65) 98432-4453 horusestrategicomt@ses.mt.gov.br

-Coordenadoria da Farmácia de Atendimento ao Componente Especializado - COFACE

WILLIAN BENJAMIN RASTELLI RIBEIRO

Clinicas renais: (65) 98432-2498 - clinicas.hemodialise@ses.mt.gov.br

Cadastro/Renovação INTERIOR: (65) 3644-1604 - cadastro.interior@ses.mt.gov.br

Dispensação INTERIOR: (65) 98432-4447 - agendamento.interior@ses.mt.gov.br

Farmácia Estadual: (65) 3322-5509 - farmaciaestadual@ses.mt.gov.br

RT Farmácia: (65) 98432-0481

-Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Primária e Estratégica - COAFPE

LAURA ALVES DA SILVA

(65) 98432-2593 - [farmaciabasica@ses.mt.gov.br](mailto:farmacibasica@ses.mt.gov.br)

-Coordenadoria de Farmácia de Demanda Extraordinária - COFDEX

GABRIELLE VITORIA PRINIVOELI OLIVEIRA FIGUEIREDO

(65) 98432-4440 - cofadex@ses.mt.gov.br

-Coordenadoria de Abastecimento e Distribuição de Insumos e Medicamentos - CADIM

MOACYR ASSIS RIBEIRO

(65) 98433-0357 - cadis@ses.mt.gov.br

RT CEADIS - (65) 98433-1460

Distribuição CEADIS - (65) 98432-0185

-Coordenadoria de Gestão de Medicamentos e Insumos - CGMI

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
 Centro Político Administrativo, Palácio Paiaguás, Rua D, S/N, Bloco 5, CEP: 78049-902 Cuiabá-MT, Fone: (65) 3613-5387 [Ir para o Topo](#)
 Desenvolvido pela Coordenadoria de Tecnologia de Informação

Fonte: www.saude.mt.gov.br

ANEXO KKK - Texto avaliado para leitura: “Superintendência de AF > Quem Somos” – SES/MT

Superintendência de Assistência Farmacêutica

Quem Somos

Missão
Desenvolver estratégias e ações que visem melhorar a organização da assistência farmacêutica no âmbito estadual, em consonância com a Política Nacional de Medicamentos e com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, assegurando o acesso da população aos medicamentos e insumos de saúde, de forma racional.

Componente Básico

Agravos mais frequentes na população brasileira;
Tratamento se dá na atenção básica à saúde;
Custeados pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios (Tripartite);
No estado de Mato Grosso à programação, aquisição, distribuição e dispensação são atribuições dos municípios.
Relação Municipal de Medicamentos - REMUME;
SES Repasse financeiro (Portaria MS nº1.555/2013).
Aquisição de medicamentos para o Sistema Prisional (Portaria MS nº1554/2013 e Infecções)
Oportunistas (DST/AIDS) (Pactuação CIB nº050 de julho de 2018)

Componente Estratégico

O Ministério da Saúde é o responsável pelo financiamento, aquisição e distribuição aos Estados e Distrito Federal dos medicamentos, vacinas e outros insumos.
Tratamento de doenças com perfil endêmico que apresentam considerável expressão socioeconômica e cujo tratamento de seus portadores configura uma estratégia de controle;
Prevenção;
Diagnóstico;
Tratamento e controle de agravos específicos;
Controle de endemias focais, tais como: malária, leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
Controle da tuberculose;
Hanseníase;
DST/AIDS;
Sangue e hemoderivados;
Alimentação e nutrição;
Controle do tabagismo.
Sistemas Próprios Ministérios para programação, dispensação, monitoramento: SIES; SICLOM; SISLOG LAB.

RESME-MT Componente especializado- CEAF

Doenças de alta prevalência;
Patologias específicas;
Casos de intolerância ou refratariedade aos tratamentos de primeira linha;
Evolução para quadro clínico grave;
Norteados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).
Organizada por doença/agravo, especificando para quais classificações Internacionais de doenças (CIDs) o acesso é liberado.
Ainda é detalhada a responsabilidade de financiamento e aquisição de cada medicamento uma vez que tais atividades são compartilhadas entre os três entes federados.

EQUIPE

Luci Emília Grzybowski de Oliveira - Superintendente SAF
William Benjamin Rastelli Ribeiro - Coord. Farmácia de Atendimento ao Componente Especializado
Laura Alves da Silva - Coord. Assistência Farmacêutica Primária e Estratégica
Gabrielle Vitoria Prinivoeli Oliveira de Figueiredo - Coord. Farmácia de Demanda Extraordinária
Moacyr Assis Ribeiro - Coord. de Abastecimento e Distribuição de Insumos e Medicamentos
- Coord. de Gestão de Medicamentos e Insumos
Elizangela Vicuna Couto da Silva Cintra - Farmacêutica - RT

Endereço: Avenida Gonçalo Antunes de Barros, Nº 3366 - Carumbé Cuiabá- MT
78058-743 Telefone: (65)
Email: saf@ses.mt.gov.br

ANEXO LLL - Texto avaliado para leitura: “Documentos necessários para solicitação administrativa de medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica” – SES/MT

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do paciente.
- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do responsável legal (para pacientes menores de 18 anos).
- Receita médica original adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples) atualizado com assinatura e carimbo do médico com CRM legível, e a descrição do medicamento de acordo com a Denominação Comum Brasileira, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc...), posologia e duração do tratamento.
- LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamento).
- Formulário Cadastro de Usuários (somente para usuários que realizam a primeira solicitação administrativa de medicamentos à SES)
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

ATENÇÃO: *Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínica e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.*

