

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LETISA COMPARIN DALLA NORA

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PLANEJAMENTO: RELAÇÃO ENTRE A
PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO**

BRASÍLIA-DF

2016

Letisa Comparin Dalla Nora

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PLANEJAMENTO: RELAÇÃO ENTRE A
PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em Ciências
da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.^a Dra. Noemia Urruth Leão Tavares

BRASÍLIA
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de ensino ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Letisa Comparin Dalla Nora

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PLANEJAMENTO: RELAÇÃO ENTRE A
PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares – Universidade de Brasília, UnB
Presidente

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira – Universidade de Brasília, UnB
Membro Interno

Prof. Dra. Marení Rocha Farias – Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC
Membro Externo

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro – Universidade de Brasília, UnB
Suplente

*Dedico a todos que fizeram parte deste
trabalho, pela parceria, inspiração e
apoio.*

AGRADECIMENTOS

À Nosso Senhor, pela saúde e oportunidade de realizar este projeto.

À minha querida família, pais, irmãs, e em especial ao meu amado marido, pelo carinho e suporte durante esta temporada de ausências, aprendizado e dedicação.

À minha orientadora, chefe, amiga, um especial agradecimento por tudo! Pela parceria nos momentos difíceis, pela generosidade em compartilhar seu conhecimento e experiência, pela constante delicadeza no trato e carinho com que ensina e encaminha nossos esforços. Você me inspira a buscar o conhecimento, a qualificação profissional e a equilibrar tudo isso com as outras infinitas partes de nossas vidas. Nossa convivência é muito especial para mim, não tenho palavras para expressar a gratidão que sinto em estar ao seu lado.

À Karen Sarmento Costa, pela cessão dos dados desta pesquisa, pelo incentivo e pelo suporte na orientação desta dissertação e da elaboração do artigo, sou muito grata por tornar isso possível.

Aos funcionários e professores do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Aos meus queridos amigos de mestrado, Pedro e à Patrícia, com quem dividi as angústias e alegrias deste período, e com quem revivi o valor do trabalho em equipe e do apoio mútuo.

Aos meus colegas e amigos da Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde, obrigada pelo apoio! A Eucilene, Suetônio e Paula por todo suporte no entendimento da pesquisa e realização das análises. A Evandro e Vera, pela amizade e segurança para conciliar o trabalho e a vida acadêmica. A Amilton, Jessé e Marcela, amigos e parceiros deste e de tantos trabalhos. A Victor Kitti Tanaka da Anunciação, pela presteza em ensinar-me a utilizar a ferramenta Epi Info, pela fundamental ajuda na análise e apresentação dos dados e pela constante generosidade, meu muito obrigada!

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

(Leonardo da Vinci)

RESUMO

NORA, Letisa Comparin Dalla Nora. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: relação entre a participação dos profissionais e a qualificação da gestão. Brasília, 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2016.

O planejamento público no Brasil foi marcado ao longo de seu desenvolvimento por uma natureza verticalizada, elaborado por equipes muitas vezes externas às atividades em pauta. Na década de 70 foram introduzidas as ideias do político sobre o econômico e da diversidade dos atores-sujeitos. Surge então o planejamento estratégico, trazendo a necessidade do diálogo e problematização coletiva para a formulação de projetos. Com a criação do SUS e seu princípio de descentralização das ações, com direção única em cada esfera de gestão, foram implementadas políticas de planejamento, cujos instrumentos devem ser formulados de forma ascendente, de acordo com as necessidades locais até o nível federal. Para a assistência farmacêutica a inserção do planejamento visou à organização do setor, decorrente em grande parte à descentralização das ações de promoção do acesso aos medicamentos pelos usuários do sistema, que deve ocorrer com os recursos disponíveis e em qualidade, quantidade e temporalidade necessários. Este estudo tenta descrever como se dá a participação dos atores responsáveis pela assistência farmacêutica na elaboração dos instrumentos de planejamento orçamentário e da saúde de seus municípios, por meio da análise dos dados produzidos pelo projeto “A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede”. Trata-se, portanto, de uma análise de dados secundários descritiva, com abordagem metodológica quantitativa. Foram analisadas as respostas dadas por responsáveis pela assistência farmacêutica em municípios distribuídos nas cinco regiões administrativas do país, acerca de sua participação na elaboração dos seguintes instrumentos de planejamento orçamentário e da saúde: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Municipal

de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). A coleta de dados foi realizada do segundo semestre de 2013 até o terceiro trimestre de 2015. De forma complementar, foi analisada a postagem do PMS, da PAS e do RAG pelos municípios avaliados no inquérito no Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS). Em relação aos instrumentos de planejamento orçamentário foi referido pelos responsáveis pela Assistência Farmacêutica participação na elaboração do PPA em 24%, para a LDO em 12% e para a LOA de 12%. A respeito das ferramentas de planejamento da saúde foi observada a participação de 52% dos entrevistados nos PMS e de 33% na PAS e no RAG. Os resultados complementares demonstraram que 225 municípios que postaram o Relatório Anual de Gestão 2013 no SARGSUS alegaram não ter PAS para o respectivo ano e que, para o ano de 2014, este mesmo caso ocorreu com 107 municípios. Neste estudo foi possível verificar a baixa participação dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica no planejamento estratégico de atividades de sua responsabilidade, e a maior presença de instrumentos de prestação de contas no SARGSUS, como o RAG, a despeito dos documentos de planejamento e programação. Desta forma, aponta-se a necessidade de capacitação dos atores responsáveis pela assistência farmacêutica nos municípios a atuarem na área do planejamento, e das políticas que favoreçam a elaboração de uma programação de ações que visem a qualificação dos serviços farmacêuticos, de forma que as ações da área se apresentem de fato inseridas no planejamento orçamentário e da saúde municipais.

Palavras chave: planejamento em saúde; assistência farmacêutica; planejamento participativo.

ABSTRACT

NORA, Letisa Comparin Dalla Nora. **A assistência farmacêutica no planejamento: relação entre a participação dos profissionais e a qualificação da gestão.** Brasília, 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2016.

The governmental health planning in Brazil has been shaped by a hierarchical nature throughout its history. Furthermore, this planning was mainly managed by outsiders regarding the handled issues. Policies that emerged in the seventies of the last century brought in the privilege of the political thinking instead of a pure economic approach. That new manner bounded together with the acknowledgment of a great variety of stakeholders, set the scenario for the strategic planning. This brand new situation put in the must for public dialogue and citizenship aim for project planning. With the creation of SUS (Portuguese acronym for Unified Healthy System) and its principle of decentralized actions with a sole decision board for each sphere, it were developed planning policies considering tools that should be designed ascendantly considering the local needs rising up towards the federal level. Regarding pharmaceutical assistance the planning insertion aimed the sector organization, mostly motivated by the dispersed arrangements to allow the access of medications for the system users. It's valuable to highlight that those arrangements may occur timely, with sufficient resources, observing the necessary standards and at the available funding. This study purposes the description of the process, conducted by the ones involved on the pharmaceutical assistance, regarding instruments development for budgeting and health planning for their municipalities, through the data analysis of the work "A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede". Therefore it is a descriptive analysis of secondary data with quantitative approach. It has been analyzed the results of a survey answered by the responsible ones for the pharmaceutical assistance throughout Brazil's five administrative regions. The mentioned survey covers issues connected with the following instruments for

budgeting and health planning: PPA (Portuguese acronym for *Multiyear Plan*), LDO (Portuguese acronym for *Budget Guidelines Law*), LOA (Portuguese acronym for *Annual Budget Law*), SMP (Portuguese acronym for *Municipal Health Plan*), PAS (Portuguese acronym for *Annual Health Programming*) and RAG (Portuguese acronym for *Annual Management Report*). The data collection ranged from the second half of 2013 until the third quarter of 2015. As a complementary action, it was analyzed the available data from PMS, SBP and RAG on the system SARGUSUS (Portuguese for *Support System Development Report*). About those interviewed on the informed survey, 24% declared participation on the PPA elaboration, 12% declared participation on LDO planning and other 12% mentioned participation on LOA elaboration. Regarding health planning instruments, 52% of the interviewed declare participation on PMS and 33% mentioned they were involved on PAS and RAG planning. The results shows that 225 municipalities which inserted information on SARGUSUS system on 2013 claimed not having PAS for the current year and for the following year (2014) identical situation was recorded for 107 municipalities. This work states the low participation of the Pharmaceutical Assistance's responsables on the handling of activities under their responsibility. It is also clear a greater employment of accountability tools in comparison with planning instruments. Due that, it's revealed a picture showing a need to induce a planning culture and invoke the municipalities towards policies focused on planning and ensure the complete insertion of those policies into the budget and health planning.

Keywords: health planning; pharmaceutical services; participative planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. O triângulo de Governo de Carlos Matus

Figura 02. Postulado da Coerência

Figura 03: Participação do RAF na elaboração do PPA, da LDO e da LOA.

Figura 04: Participação do RAF na elaboração do PMS, do PAS e do RAG.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Conhecimento do RAF sobre o conteúdo inerente à assistência farmacêutica na LOA de seu município, segundo sua participação na elaboração (n=412).

Tabela 02. Conhecimento do RAF sobre o conteúdo inerente à assistência farmacêutica na PAS de seu município, segundo sua participação na elaboração (n=376).

Tabela 03. Conhecimento do RAF sobre o conteúdo inerente à assistência farmacêutica no RAG de seu município, segundo sua participação na elaboração (n=415).

Tabela 04. Participação dos responsáveis pela assistência farmacêutica no planejamento da saúde e a inserção dos documentos no Sistema SARGSUS

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Variáveis e categorias de respostas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANPES	Associação Nacional de Programação Econômica e Social
BNDE	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico
BNDE/Cepal	Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico/Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CEME	Central de Medicamentos
CENDES/OPAS	Centro de Desenvolvimento/Organização Panamericana de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIR	Comissões Intergestores Regional
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CPPS	Centro Panamericano de Planejamento de Saúde
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DAI	Departamento de Articulação Interfederativa
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DF	Distrito Federal
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPEA	Escritório de Pesquisa Econômica Aplicada
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IAPAF	Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica
II PND	II Plano Nacional de Desenvolvimento
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPIs	Orçamentos Plurianuais de Investimento
PS	Plano de Saúde
PAEG	Plano de Ação e Bases do Governo
PAFB	Piso da Assistência Farmacêutica Básica
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Planejamento Estratégico Situacional

PGA	Plano Geral de Aplicações
PIB	Produto Interno Bruto
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMN	Política Nacional de Medicamentos
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PPA	Planos Plurianuais de Ação
PPI	Programações Pactuadas Integradas
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SARGSUS	Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	21
2.1. OBJETIVO GERAL	21
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1. O PLANEJAMENTO NA AMÉRICA LATINA E O PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL NO BRASIL	22
3.2. O PLANEJAMENTO PÚBLICO NO SETOR SAÚDE	33
3.3. AS FERRAMENTAS DO PLANEJAMENTO PÚBLICO NO BRASIL	42
3.4. A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SUA INSERÇÃO NAS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO DO SUS	46
4. MÉTODOS	51
5. RESULTADOS	56
6. DISCUSSÃO	61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
8. REFERÊNCIAS	69
9. ANEXOS	80
ANEXO A – QUESTIONÁRIO	80
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP	98

1. INTRODUÇÃO

Entende-se por planejar o ato de “decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro” (1).

O planejamento governamental no Brasil se deu de forma tardia na instituição das políticas planejadas da saúde pública brasileira, com iniciativas a partir da década de 60, que se caracterizavam pelo caráter autoritário e por realizarem-se por meio de campanhas sanitárias e programas especiais do Ministério da Saúde, de forma verticalizada (02).

O Movimento pela Reforma Sanitária e a incorporação dos princípios e diretrizes instituídos na Constituição Federal de 1988, favoreceram o desenvolvimento do planejamento em saúde, em especial pela descentralização, com direção única em cada esfera de governo (03).

Este processo de descentralização intensificou-se ao final dos anos 90, com a progressiva passagem das ações e serviços para os municípios que foram sendo habilitados na forma de gestão plena do sistema de saúde, e que passaram com isso a ser os gestores responsáveis pelas políticas de saúde em suas instâncias. Ao nível federal coube a transferência regular e automática de recursos diretamente aos municípios que aderissem às políticas de saúde, tendo com isso papel indutor no processo de descentralização do sistema de saúde (04).

A transferência de recursos, poder e responsabilidades para a esfera municipal requeria dos entes planejamento e organização das práticas gerenciais para o desempenho das atividades até então centralizadas pelo Governo Federal. Entretanto, durante a construção do I Plano Nacional de Saúde em 2004, ficou evidente a baixa incorporação de atividades do planejamento nas esferas de gestão do SUS (05).

Frente a isso, o Ministério da Saúde assumiu a iniciativa de construir um Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), definido como a “atuação

contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (05).

O PLANEJASUS reforçou a descentralização da responsabilidade pela gestão do sistema de saúde ao estabelecer que o município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local, construindo nesse processo o Plano de Saúde (05).

No âmbito da assistência farmacêutica, as ações, após o encerramento das atividades da Central de Medicamentos (Ceme) em 1997, viram-se caracterizadas por tentativas isoladas, desenvolvidas por setores dispersos por vários programas do Ministério da Saúde (06).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que estabeleceu a saúde como direito social (Art. 6º) e o seu cuidado como competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Art. 23) foram introduzidas diretrizes como o atendimento integral, sem prejuízo dos serviços assistências, como os relacionados à assistência farmacêutica (7). Mais tarde, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), em seus artigos 6º e 7º, definiu que as assistências terapêutica e farmacêutica devem ser garantidas integralmente aos cidadãos brasileiros (8).

De acordo com o princípio da integralidade da assistência, a Lei 8.080/90 estabelece ainda, como uma das competências da direção nacional do Sistema Único de Saúde, a promoção da descentralização para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal (8).

Em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) considerou a assistência farmacêutica como um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento, e estabeleceu ainda que a reorientação do modelo de assistência farmacêutica deveria ser fundamentada na descentralização das ações, contemplando a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão (9). Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definida como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações

voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade (10).

Com a descentralização dos recursos financeiros federais para a aquisição de medicamentos, que ocorreu em 2005, foi instituída legalmente a necessidade de planejamento nesta área (11).

Levando-se em consideração que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos, é imprescindível que a assistência farmacêutica seja vista sob ótica integral e que as etapas que a constituem estejam bem estruturadas e articuladas para garantir de fato a atenção integral à saúde (12).

Como o desenvolvimento da assistência farmacêutica, assim como de todas as áreas de atuação do SUS, é de responsabilidade dos três gestores (municipal, estadual e federal), o compromisso com sua organização e estruturação, para além da oferta de medicamentos à população, precisa ser assumido pelos gestores. Sendo assim, cada gestor precisa prever recursos de seu orçamento próprio para alocação nessa área, conforme sua capacidade e prioridade, levando-se em conta a escassez de recursos e as necessidades verificadas (12). Desta forma, o planejamento da assistência farmacêutica deve envolver os instrumentos de gestão do SUS como, por exemplo, o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

Para além do abastecimento de produtos seguros, eficazes e custo-efetivos, em quantidades necessárias e manutenção adequada, estão a cargo dos profissionais responsáveis pela assistência farmacêutica as ações de prestação de serviços aos pacientes e a outros profissionais que compõe as equipes de saúde. Para que todas estas atividades sejam realizadas de forma articulada e ordenada, com orçamento assegurado e cronograma favorável, há que se diagnosticar quais serão as ações prioritárias e planejar como será realizada a execução.

Para Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), o planejamento parte do pressuposto de que os atores que planejam possuem a capacidade de conduzir processos de mudança, por serem detentores de um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos inerentes a sua qualificação técnica e experiência. Este processo permite a estes sujeitos programarem-se para tornar possível o alcance das metas

estabelecidas e a interação com a realidade tanto no plano econômico quanto no plano social (13).

Neste contexto, o estudo em questão justifica-se pela importância da assistência farmacêutica para a oferta de atenção integral à saúde da população e a limitação de recursos para a saúde, cujo emprego deve basear-se nas necessidades locais, com vistas a oportunizar o desenvolvimento da assistência farmacêutica em todos os seus aspectos e evitar que os problemas inerentes a esta área gerem outros custos aos cofres públicos e sobremaneira a saúde dos usuários do Sistema.

Tendo em vista que, para o planejamento de ações, deve-se realizar um diagnóstico das situações problema e posteriormente indicar ações prioritárias, e que, para realização destas atividades, é fundamental a participação dos atores responsáveis por sua implementação, a razão do presente trabalho é descrever o cenário de participação dos responsáveis pela assistência farmacêutica nos processos de elaboração das ferramentas de planejamento orçamentário e da saúde de suas localidades, para possibilitar o conhecimento desta realidade, do resultado da participação destes atores na inclusão da assistência farmacêutica em instrumentos do planejamento público e assinalar os desafios e oportunidades acerca da qualificação da gestão a nível municipal.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a participação dos profissionais responsáveis pela Assistência Farmacêutica municipal no planejamento orçamentário e da saúde em municípios das regiões do Projeto QualiSUS Rede.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a participação dos profissionais responsáveis pela Assistência Farmacêutica municipal na elaboração dos instrumentos de planejamento orçamentário e da saúde;
- Identificar o conhecimento dos responsáveis pela assistência farmacêutica a respeito da presença das ações relacionadas à assistência farmacêutica nas ferramentas de planejamento dos municípios e sua relação com a participação destes profissionais em sua elaboração;
- Verificar a postagem dos instrumentos de planejamento em saúde no Sistema de Apoio à Gestão – SARGSUS e relacionar a declaração de existência destes documentos no sistema à participação dos profissionais em sua elaboração; e
- Apontar as lacunas e desafios relacionados à qualificação do planejamento e da gestão municipal da assistência farmacêutica.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. O PLANEJAMENTO NA AMÉRICA LATINA E O PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL NO BRASIL

A discussão sobre a viabilidade teórica do planejamento data da década de vinte, sendo a antiga União Soviética o único país antes da guerra a utilizar o planejamento de maneira sistemática (14).

A necessidade de planejamento das ações de saúde tornou-se reconhecidamente ampla com o grande desenvolvimento científico e tecnológico observado na segunda metade do século XX e as transformações decorrentes da prestação de serviços, com a organização de redes e sistemas de serviços de saúde. Isto gerou o interesse de organismos internacionais de cooperação técnica, a exemplo da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em desenvolver propostas metodológicas que pudessem auxiliar a administração pública dos serviços e sistemas de saúde (15).

Uma técnica elaborada pelo Centro de Estudos de Desarrollo Social de La Universidad Central de Venezuela foi modificada pela OPAS, e é reconhecida como um marco no planejamento em saúde na América Latina: é o método CENDES/OPAS. Seu objetivo era aplicar os fundamentos do planejamento a grupos de pessoas sem experiência nesta área e que tem sob sua responsabilidade a prestação de serviços de saúde. Com base na microeconomia, procurava a melhor utilização dos recursos em saúde e sistematizava todo o quadro diagnóstico e de análise de custos que auxiliaria na definição de prioridades (16,17).

Por meio do método CENDES/OPAS, a saúde poderia ser programada dentro dos planos globais de desenvolvimento dos países, e não somente nos espaços administrativos das instituições (18). O método propunha a realização de um diagnóstico de saúde, baseado no levantamento e sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, que permitissem a formulação de

indicadores de saúde. Além disso, o diagnóstico deveria identificar os fatores que permitissem a explicação das condições sanitárias na coletividade (15).

O método estava fundamentado no levantamento de informações que admitissem a construção de indicadores de saúde, sem avaliação sobre suas limitações como descritor da realidade de saúde encontrada. Todavia, esse diagnóstico deveria identificar os fatores que permitissem sua explicação (19).

A avaliação deste método interrogou sobre a falta de aspectos como o financiamento, a coordenação dos serviços, a baixa capacidade de regulação do Estado, a baixa capacidade de governo, o nível de privatização, entre outros, e o qualificou como excessivamente tecnocrático, economicista, representando uma ilustração do paradigma normativo do planejamento (20).

Como resposta a isto, o Centro Panamericano de Planejamento de Saúde (CPPS) elaborou o documento *Formulação de Políticas de Saúde*, que idealiza o planejamento como um processo realizado por vários atores, em que a autoridade política estabelece os objetivos gerais a serem alcançados. Esta proposta introduz ainda a necessidade da viabilidade política e da estratégia (21).

A proposta do CPPS não se resume à programação de serviços, mas se amplia com a definição de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e adequação de vários componentes do sistema, como gestão, financiamento, organização dos serviços e infraestrutura de recursos físicos, humanos e materiais (15).

Neste contexto, o planejamento normativo abre espaço para o planejamento estratégico (20). Com um novo ponto de vista na área, surge em 1970 o Planejamento Estratégico Situacional – PES, formulado por Carlos Matus, economista chileno que desenvolveu sua proposta conceitual integrando os temas política, planejamento e governo (22).

Para Matus, governar é algo muito complexo que requer cada vez mais certo domínio teórico, com articulação constante das variáveis “projeto de governo”, “capacidade de governo” e “governabilidade do sistema” (23). Com base nesta análise, Matus apresentou uma nova proposta de intervenção de um determinado

ator no governo, a partir de sua situação, denominada Planejamento Estratégico Situacional (PES).

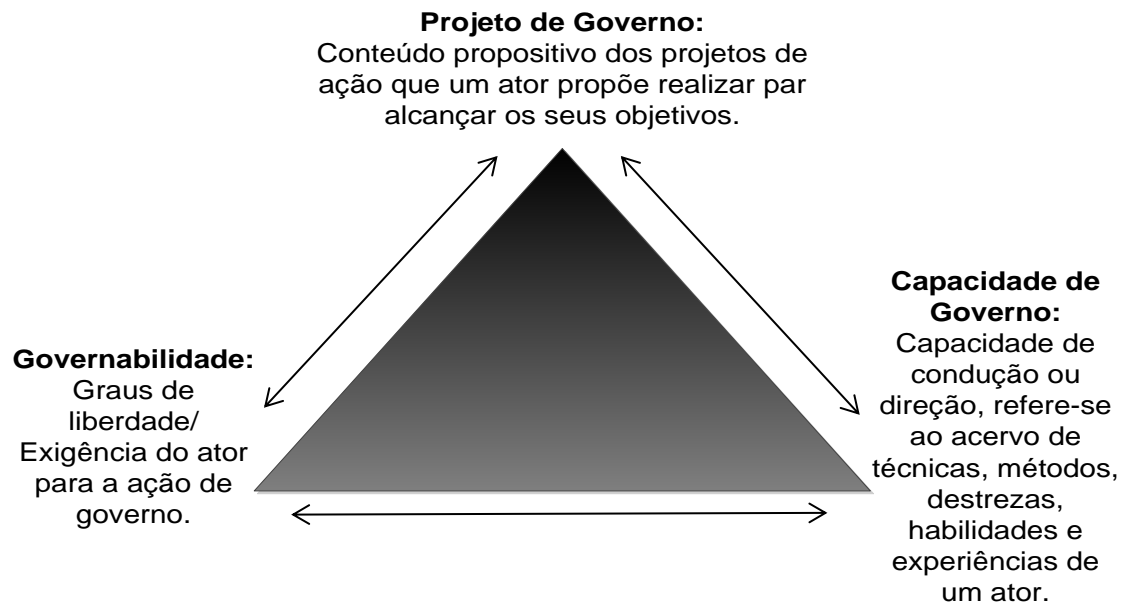


Figura 01. O triângulo de Governo de Carlos Matus

Fonte: Adaptado de Matus, 1997 (23).

Nestes fundamentos do PES, a “governabilidade” se refere às variáveis controladas e não controladas pelos atores, sendo que quanto mais variáveis decisivas um ator controla, maior é a sua governabilidade do sistema. Sobre “projeto de governo” entende-se o conteúdo do projeto de ação, que depende dos objetivos do governo. A “capacidade de governo” está relacionada à competência dos atores na condução dos processos para alcance dos objetivos declarados, dada sua governabilidade e conteúdo do projeto de governo (22,23).

Sua metodologia propõe inicialmente a identificação dos problemas, descritos por meio de um ator social participante da instituição de forma transitória ou permanente, que realiza um diagnóstico situacional (22). Em seguida, ocorre o processo normativo, com a definição da situação-objetivo, levando-se em conta o tempo político que o ator possui para resolver a situação identificada. Logo, segue-se o momento estratégico, no qual são definidas as ações, pela análise da viabilidade de cada uma. Enfim, ocorre o momento tático-operacional, que é a execução da gerência, do monitoramento e da avaliação das ações propostas (24).

Outra vertente do enfoque estratégico de planejamento em saúde são as propostas programático-estratégicas de Mário Testa. Após sua participação na elaboração e difusão do método CENDES/OPAS e da crítica ao método e de sua autocrítica, o autor propõe integrar o diagnóstico e a proposta administrativa com uma análise da estrutura de poder setorial e da repercussão das ações propostas sobre esta estrutura (25,26).

Segundo Testa, os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser solucionados após estarem fundamentados na determinação social do processo de produção desses problemas. Explica que a totalidade social não é divisível, não pode ser separada em partes e que não é possível modificar o social com propostas setoriais. As propostas setoriais podem, apenas, criar condições que abram o caminho para a modificação do social (25,26).

Testa analisa que, sendo o poder a categoria central na análise da dinâmica social, para mudar o social é necessário pensar na questão do Poder, o que é, suas determinações, suas relações, seus recursos, e encontrar formas para analisá-lo em sua distribuição setorial (25,26).

O autor elaborou uma tipologia do poder em saúde, com distinção entre o poder político, o técnico e o administrativo. O poder político expressa os objetivos e prioridades dos diversos atores envolvidos no processo, o poder técnico está relacionado à utilização das tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde e o poder administrativo vincula-se às atividades e processos que demandam o manejo de recursos (27).

Após analisar a estrutura do poder no setor saúde, Testa formula o “Postulado da Coerência”, que é um diagrama apresentando as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, unificado em um projeto que especifica os intentos de um governo, os métodos utilizados para realização destes intentos e a organização das instituições nas quais se concretizam as atividades do governo (28).

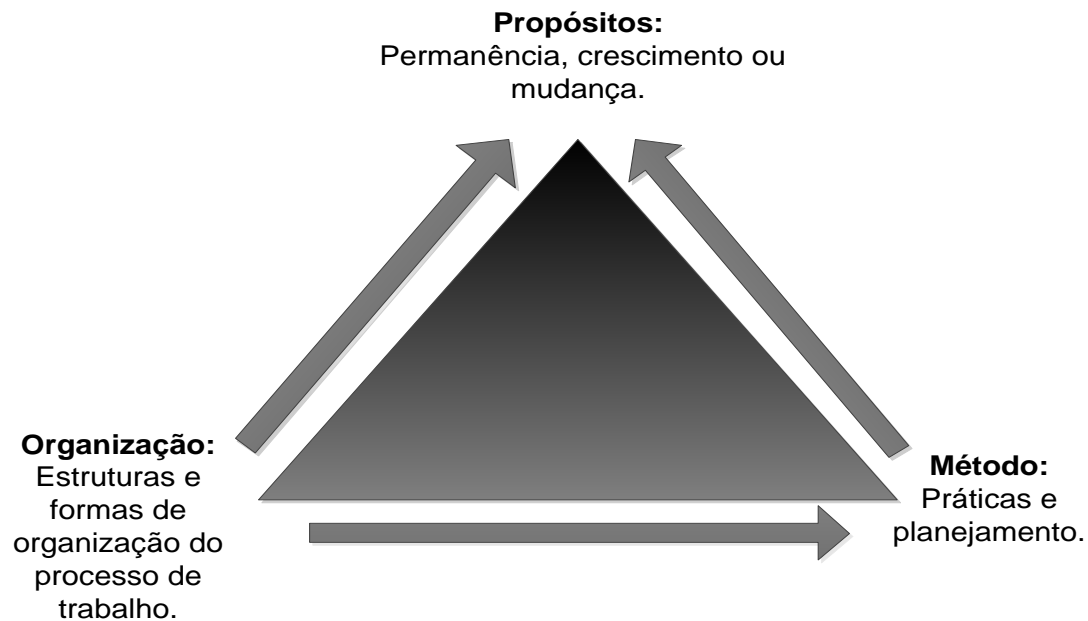


Figura 02: Postulado da Coerência

Adaptado de: “Pensar em Saúde”, Testa, 1992 (27)

Segundo Teixeira (2010), a importância do Postulado da Coerência está no fato de se instituir em um modelo de análise que pode ser aplicado ao estudo de processos de formulação e implementação de políticas de saúde, a partir do qual se pode efetivar uma “análise de coerência” entre as intenções de um governo, os métodos de trabalho e a organização (entendida enquanto modelo organizacional das instituições do setor). O conjunto destes três fatores pode conformar-se como favorável ou desfavorável à formulação e à implementação de uma determinada política. Ainda segundo a autora, a análise crítica do planejamento em saúde e a reflexão sobre a realidade política latino-americana desenvolvida por Mário Testa nos últimos 40 anos oferecem elementos conceituais e metodológicos que podem ser utilizados como ponto inicial para a definição de modelos de análise de processos políticos específicos, como é o caso da formulação de planos e programas de saúde (15).

No Brasil, ao longo do período republicano tem-se, durante praticamente toda a Primeira República, ausência quase que completa de planejamento governamental, entendido como a atividade ou o processo consciente que antecede e condiciona a ação estatal (29).

Foi durante o governo de Getúlio Vargas, na década de 30, que ocorreram as primeiras experiências importantes na área de planejamento público. Dentre elas estão a criação do Conselho Federal de Comércio Exterior, em 1934, que tinha como atribuição principal formular políticas econômicas voltadas para a redução da dependência externa, e pode, portanto, ser considerado como o primeiro organismo governamental com funções típicas de um órgão de planejamento. Nesta década também foi criado o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) (1938), por meio do qual a gestão pública adquiriu centralidade na institucionalização de organizações e funções específicas de Estado, tanto na administração cotidiana da máquina pública como na estruturação de cargos e carreiras. O DASP elaborou o primeiro plano quinquenal da história do planejamento brasileiro, o Plano Especial de Obras Públicas e Reparcelamento da Defesa Nacional – Plano Especial (1939 – 1943) (30).

A legislação complementar da época, especificamente o Decreto-Lei nº 2.416, de 17 de julho de 1940, significou um grande avanço nos instrumentos de controle do setor público, no âmbito dos Estados e Municípios do Brasil. Segundo Moojen (1959), até então os orçamentos eram elaborados apenas para cumprir a formalidade, sem preocupações de ordem técnica. Cada Estado elaborava o orçamento a seu modo, não havendo entre os Estados e Municípios dois orçamentos de igual feição. Além disso, o Decreto-Lei nº 2.416/1940 continha grandes avanços na área de contabilidade e a maior parte dos dispositivos legais posteriormente inseridos na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, já estavam previstos em seu texto (31, 32, 33).

Na gestão do presidente Eurico Gaspar Dutra foi realizada a primeira iniciativa que se poderia denominar de plano de ação estatal global, o Plano Salte (1947-1948), coordenado pelo DASP, cuja sigla significa saúde, alimentação, transportes e energia (34). Este Plano indicava preocupação em ampliar o foco das atenções governamentais que, no Plano Especial, concentrava-se nas questões de natureza econômica (29, 34).

Em relação ao planejamento setorial, houve extraordinário desenvolvimento no Brasil neste período, especialmente a partir da criação, em 1952, do Banco

Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), que forçou o surgimento de equipes técnicas especializadas em projetos e planejamento (35).

Nestes anos, a industrialização do país promove a necessidade cada vez maior de um planejamento governamental, materializado em estudos e propostas que resultaram na criação das primeiras empresas estatais brasileiras. Neste sentido, foi criado o Plano de Reparcelamento Econômico (Plano Lafer), que se beneficiou dos estudos desenvolvidos pela Comissão Mista Brasil-Estados Unidos, a chamada Comissão Abink, cuja ocupação principal era a identificação dos pontos de estrangulamento ao desenvolvimento da economia brasileira no pós-guerra, além dos trabalhos desenvolvidos pelo Grupo Misto do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico/Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe – BNDE/Cepal. Este Plano direcionou suas ações à melhoria da infraestrutura e ao fortalecimento das indústrias de base, que seriam alvo de investimentos com recursos do Fundo Nacional de Reparcelamento Econômico entregue à administração do BNDE, criado em 1952 (29,34).

Na década de 50 foi elaborado o Plano de Metas, por meio de um trabalho conjunto do BNDE e do Conselho Nacional de Desenvolvimento, no governo de Juscelino Kubitschek. Segundo Celso Lafer, o Plano de Metas, pela complexidade de suas formulações, quando comparado com as tentativas de planejamento anteriores, e pela profundidade de seu impacto, pode ser considerado como a primeira experiência efetivamente posta em prática de planejamento governamental no Brasil (14).

O Plano previa uma meta para cada setor identificado como carente de investimentos pelo Estado, pela iniciativa privada ou pelo capital estrangeiro, e buscando ter um objetivo para cada meta. Os objetivos foram projetados, por extrapolação, com base em estudos das tendências recentes da demanda e da oferta do setor e da provável demanda nos próximos anos, para a qual se considerou o impacto do próprio plano de metas. Tais objetivos foram testados e revistos durante a aplicação do plano, por meio do método de aproximações sucessivas, o que conferiu a ele a característica de um planejamento contínuo. (36, 14).

O Plano de Metas revelou a possibilidade de cooperação entre o setor público e o privado, com investimentos de um quarto do produto global sobre a produção nacional e com abertura para o exterior, por meio da aplicação de 44% dos recursos previstos na importação de bens e serviços. Além disso, o Plano contribuiu muito para a aceleração da industrialização e para a interiorização do desenvolvimento (36).

Entretanto, este plano não abrangia todas as áreas de investimento público e não tentou conciliar, durante o período de cinco anos, as necessidades de recursos dos trinta setores básicos contemplados com as dos setores não incluídos (37). Ademais, a falta de contrapartida fiscal, unida ao fato de que nenhum esquema especial de sustentação financeira do Plano havia sido formulado, além da emissão de divisas destinadas a cobrir os investimentos governamentais, deflagraram, segundo análise do professor José Truda Palazzo, o surgimento de um surto inflacionário no país (38).

O sucessor ao Plano de Metas foi o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social, elaborado por uma equipe liderada por Celso Furtado ao final de 1962, para já subsidiar a ação econômica do governo João Goulart no seu período presidencialista (início de 1963 a 1965). Seus objetivos eram contraditórios, como, por exemplo, a captação de recursos no mercado de capitais, sem regulação adequada e sem remuneração compensatória da inflação e mobilização de recursos externos num ambiente de crescente nacionalismo e hostilidade ao capital estrangeiro. Estes fatores, somado a aceleração do processo inflacionário (73% em 1963, contra 25% previstos no Plano), acarretaram em seu fracasso antes mesmo que o governo Goulart fosse derrubado numa conspiração militar (36).

Ainda durante o governo de João Goulart, foram adotados alguns instrumentos legais para que os processos de planejamento, de gestão administrativa e de intervenção do Estado no terreno econômico pudessem se dar da maneira mais rápida possível. São eles o Ato Institucional de abril de 1964, que estabeleceu prazos fatais para a tramitação no Legislativo de projetos de iniciativa do poder Executivo e o Ato Institucional nº 2, de 27 de outubro de 1965, que deu ao presidente da República a faculdade de baixar decretos-leis sobre matéria de segurança nacional, o que incluía igualmente, a maior parte das intervenções do

Estado no campo econômico (39). Ao final do governo Goulart, foi fundada a Associação Nacional de Programação Econômica e Social (ANPES), que, a partir de 1964, permitiria o desenvolvimento crescente de estruturas de planejamento governamental no Brasil (40).

Neste contexto, em 1964, foi editada a Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, em vigor até hoje, que representou um marco em termos de finanças públicas, tendo instituído normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Introduziu a exigência de elaboração do orçamento plurianual de investimentos, relativo a um período de três anos e trouxe uma nova concepção ao orçamento-programa. Este passou a declarar para o que ocorre o gasto público, ou seja, qual a meta a ser atingida, explicitada em termos físicos, e a que custo, o que ampliava as preocupações até então existentes, que se restringiam a quanto seria gasto em cada item de despesa, por função de governo, por órgão de governo ou por elemento de despesa (33).

Segundo Nascimento (1986, p.25), o orçamento-programa:

É o documento em que se relevam os objetivos que o Governo pretende alcançar, definidos com base em levantamento e seleção das necessidades coletivas públicas, mediante o emprego de técnicas encadeadas adequadamente (planejamento e programação), os fatores imprescindíveis para concretizá-los (elementos humanos, materiais, etc.) e os meios financeiros, próprios e de terceiros, indispensáveis para ocorrer os gastos, de tal modo que seja possível o acompanhamento regular da execução dos projetos e atividades e o exercício efetivo do controle, referentes a um período administrativo (40).

Em 1967, foi promulgado o Decreto-Lei nº 200, de 25 de março de 1967, que definiu a organização da administração federal, atribuindo ao planejamento à condição de princípio fundamental a ser observado na consecução de todas as atividades estatais. Ele definiu, em seu Artigo 7º, que a ação governamental obedecerá ao planejamento, norteando-se segundo planos e programas elaborados e compreenderá a elaboração de quatro instrumentos básicos: o plano geral de governo; os programas gerais, setoriais e regionais de duração plurianual; o orçamento programa anual; e a programação financeira de desembolso. Essa norma legal definia, ainda, o prazo para o Congresso apreciar o Plano de orçamento, as alterações do Plano após o primeiro ano de vigência e o orçamento plurianual de

investimentos, dentre outros. O Decreto-Lei 200 criou o Ministério do Planejamento e Coordenação Geral, com a competência de elaborar a programação orçamentária e a proposta orçamentária anual (42).

Os primeiros anos do governo militar buscaram conciliar a estabilização macroeconômica com a preservação do crescimento. Desta forma, foi criado o Plano de Ação e Bases do Governo (PAEG) –, que propunha conter a aceleração do processo inflacionário, de modo a promover a estabilização monetária sem comprometer a sustentação do crescimento da economia e a redução das disparidades regionais e sociais. Entretanto, apesar da ênfase inicialmente atribuída ao projeto de estabilização macroeconômica, as autoridades que comandavam a economia nesse período tinham consciência da necessidade de reforçar o arcabouço do planejamento e desenvolver estratégias de longo prazo para o desenvolvimento nacional. Assim, logo em seguida à tomada do poder pelos militares, o governo deu início a uma ampla mobilização de recursos técnicos para elaborar um plano de longo prazo para o desenvolvimento nacional (34).

O Plano Decenal de Desenvolvimento para o período 1967-1976 foi elaborado e coordenado pelo Escritório de Pesquisa Econômica Aplicada (EPEA), que havia sido recém-criado pelo governo militar. Ele continha propostas detalhadas para os primeiros quatro anos que abrangia (1967-1971) e indicações mais gerais para o período seguinte. O Plano foi abandonado em decorrência de mudanças nas relações de força que controlavam o poder político nessa ocasião (34).

A Constituição outorgada em 1967 deu especial relevância ao orçamento, disciplinando-o por meio de oito artigos e inúmeros parágrafos. Em seu Artigo 13, IV, incorporou novas regras e princípios aos processos de elaboração e fiscalização orçamentárias, sendo estendido aos Estados. Teve como novidade a retirada de prerrogativas do Legislativo quanto à iniciativa de leis ou emendas de que decorressem aumento da despesa global ou de cada órgão, projeto ou programa, ou as que visassem a modificar o seu montante, natureza e objetivo (43).

Em 1969 foi promulgado o Ato Complementar nº 43, que obrigava a elaboração de Planos Nacionais de Desenvolvimento de duração igual ao mandato do Presidente da República, que deveriam ser submetidos à aprovação do

Congresso Nacional no primeiro ano de cada administração e ser complementados por Orçamentos Plurianuais de Investimento (OPIs) para os três anos seguintes ao respectivo mandato. A obrigatoriedade de elaboração do OPI denota a preocupação com a execução do plano. O Programa de Acompanhamento da Execução das Metas e Bases para a Ação do Governo, instituído no período anterior, estende-se ao acompanhamento dos planos nacionais de desenvolvimento e ganha o reforço de um novo instrumento – o Plano Geral de Aplicações (PGA), que consolida os orçamentos da União e das demais entidades da administração indireta, inclusive as empresas estatais (44).

De acordo com Paim, com o esgotamento do milagre econômico e com a crise de legitimidade ratificada pela derrota do governo nas eleições de 1974, propôs-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), com enfoque para políticas de caráter redistributivo (45).

As experiências de planejamento até o presente período estavam voltadas para o campo econômico, com pouca relação à Saúde Pública, aos processos de cuidado individual e coletivo, mediante combinação de técnicas, tecnologias, ações e recursos de natureza diversa (02).

Com a redemocratização do país, ao final da década de 80 foi publicada a sétima constituição brasileira. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) deu grande ênfase ao tema do planejamento orçamentário e estabeleceu, como elementos para a viabilização do processo de planejamento brasileiro, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (07). Estes elementos serão detalhados no item 2.3 deste trabalho, juntamente com os instrumentos de planejamento da saúde

3.2. O PLANEJAMENTO PÚBLICO NO SETOR SAÚDE

Em relação às ações de planejamento na área da saúde, estas podem ser percebidas mais claramente no Brasil a partir da década de 60, especialmente com a criação da técnica CENDES/OPAS (02). Assim como os demais setores sociais, somente a partir de 1964 a saúde viu-se definitivamente no âmbito do planejamento federal (46). Isto ocorreu porque o planejamento na área social foi instruído como uma ferramenta de controle do governo, caracterizado por seu centralismo autoritário e por visar ajustar os processos sociais aos mandatórios de caráter econômico (47).

A técnica CENDES/OPAS prevê o planejamento a partir do somatório dos planejamentos locais (áreas programáticas), e a definição de prioridades era realizada pelas taxas de mortalidade e morbidade, normalmente pouco disponíveis nas localidades. No Brasil, as iniciativas de planejamento aparentemente não avançaram das áreas programáticas, permaneceram na etapa diagnóstica do planejamento (02). Este método é fruto de uma escola tradicional do planejamento normativo, que tem como base o planejamento econômico setorial. Tem alta relação com a Teoria Geral da Administração, pois seu alicerce está na normatização das ações gerenciais, com a finalidade de empregar os recursos disponíveis da melhor maneira possível para atingir os objetivos propostos (48).

Até 1974 o planejamento em saúde restringia-se a alguns Estados e a experiências malsucedidas no Ministério da Saúde. Neste sentido, foram produzidos após 1974 os programas verticais pelo Ministério da Saúde, como, por exemplo, o Programa Nacional de Imunizações e a “Política Nacional de Saúde” (49). Estas ações não obtiveram sucesso, já que o Programa Nacional de Imunizações teve de ser redefinido, uma vez que apresentava infraestrutura deficiente para vacinação nacional e a “Política Nacional de Saúde”, que tentou aplicar as redes paralelas médico-hospitalares, não conseguiu impor seus objetivos (02).

Foi proposto então, em 1980, o PREV-SAÚDE, Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que apresentava como objetivos estender a cobertura

dos serviços de saúde a toda população e atuar nos sistemas de abastecimento de água e sanitário, como forma de melhorar as condições do ambiente e conseqüentemente da saúde, dentre outros objetivos (50). Após amplo debate e várias versões, o anteprojeto foi arquivado. Apesar de uma nova variante ter sido iniciada, apenas para o atendimento ambulatorial, não foi implementada, com a deflagração de uma crise financeira na Previdência Social (02).

No contexto de contenção de despesas da previdência social com a assistência à saúde, seguiu-se ao PREV-SAÚDE o Plano de Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social, o Plano CONASP, que destacava a rede ambulatorial como porta de entrada do sistema de saúde, a integração das instituições, tendo como princípio a formação de redes regionalizadas e hierarquizadas, o estabelecimento de limites orçamentários compatíveis, a racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar, a descentralização da administração dos recursos e simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros, dentre outras proposições (51). Com ele iniciaram-se os mecanismos de auditoria técnica para tentar conter os problemas de faturamento nos procedimentos não realizados e o pagamento por procedimentos e não mais por unidades de serviço (52).

O Plano CONASP findou-se em 1983, mas a partir dele foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS representaram uma estratégia importante para o processo de descentralização da saúde, uma vez que propunha a integração programática entre as organizações de saúde de nível federal, estadual e municipal. Dentre as ações recomendadas, destaca-se o desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços a nível local e regional, o planejamento de ações baseado em parâmetros financeiramente viáveis e adaptado às condições locais, a valorização dos recursos humanos participantes da equipe de saúde e a orientação da programação das instituições de ensino voltadas para as necessidades de saúde em cada localidade (53).

Neste período de implementação das AIS ocorre a criação dos Conselhos Estaduais dos Secretários Municipais de Saúde e de Comissões Provisórias Pró-Conselho (1985). Verifica-se a organização do "movimento municipalista da saúde", que se trata da articulação dos gestores e trabalhadores dos serviços de saúde a

nível municipal, pela defesa da descentralização de recursos e maior autonomia na execução das ações de saúde (54). Cresce o debate sobre a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor, que culmina em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que estabelece em seu relatório final a reivindicação aos Municípios pela autonomia para definir as políticas locais de saúde, de formular os Planos Municipais de Saúde ou os Planos Diretores Municipais Integrados (54).

Com a redemocratização do país é promulgada a CF/88, que incorporou os princípios e diretrizes presentes no relatório elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde. Em seu Artigo 198 define que as ações e serviços públicos de saúde integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada e constituiriam um sistema único. Estabeleceu a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, como uma das diretrizes segundo a qual as ações e serviços seriam organizados (07).

Para regulamentar o capítulo da saúde da CF/88 foram criadas as Lei nº 8.080/1990, e a Lei nº 8.142/1990. A Lei nº 8.080/1990 definiu as condições para organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabeleceu que o planejamento devesse ser:

...ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Determinou como uma das competências da direção nacional do SUS a elaboração do Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. Definiu que os planos de saúde seriam a base para as atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e que seu financiamento seria previsto na respectiva proposta orçamentária. Neste sentido, vinculou a transferência de recursos para o financiamento de ações com sua previsão nos planos de saúde, com exceção apenas para exceto situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. Determinou ainda que o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde,

em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços de cada localidade (08).

Já a Lei 8.142/1990 definiu os critérios de participação da comunidade no SUS, instituindo as Conferências Nacionais de Saúde e os Conselhos de Saúde e estabeleceu os critérios de recebimento de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), condicionando os repasses à existência, por parte dos municípios, estados e Distrito Federal, de Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 07 de agosto de 1990; Plano de Saúde e relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o Parágrafo 4º do art.33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação. Desta forma, a presente normativa reforça a importância do planejamento e da participação social no processo de implantação do SUS (55).

Em 1992 o Ministério da Saúde produziu um instrutivo para orientar as ações de planejamento, que foi chamado de “Proposta para o processo de planejamento em nível nacional. Sistema Único de Saúde”. Por meio deste documento foi sugerida a criação do Sistema Nacional de Planejamento e a rearticulação e coordenação das atividades de planejamento envolvendo o Ministério da Saúde, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Este instrutivo já preconizava que os planos de saúde deveriam apresentar a situação epidemiológica, organizacional da rede de atenção à saúde e a situação político-gerencial, que sua vigência deveria ser a mesma para todos os entes e apresentava um roteiro para elaboração, o qual continha a identificação, a análise da situação atual de saúde, a priorização dos problemas, a definição das metas para enfrentá-los e os recursos financeiros necessários. Orientava ainda que para cada ano do plano houvesse uma programação, que detalhasse os objetivos e orçamento para este período, a serem utilizados no planejamento orçamentário anual (56).

Seguiram-se algumas normas que visaram orientar a descentralização das ações em saúde, que são a Norma Operacional Básica (NOB) de 93 e 96 (57; 58). A NOB 93 regularizou o processo de descentralização político-administrativa com um novo modelo de pactuação federativa no qual se consolida o papel dos conselhos de

saúde. Definiu que, para que um município recebesse os recursos financeiros por meio de transferências, seria necessário comprovar a existência do respectivo conselho e de seu funcionamento (57). A NOB 96 instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que deveria ser aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, e os municípios deveriam submetê-la aos respectivos estados, que por sua vez fariam a harmonização entre as PPI pela incorporação de suas responsabilidades diretas, mediante negociações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (58).

Além das NOBs 93 e 96 sucederam na organização do SUS a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, que ampliou o papel dos municípios na atenção básica à saúde e definiu o processo de regionalização da assistência. Instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR), de responsabilidade dos estados e do Distrito Federal (DF) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002, que qualificou o PDR constituindo-o como instrumento de organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; redes hierarquizadas de serviços; mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipais. Seu intuito era de garantia da integralidade da assistência e acesso. A partir do PDR, elaboravam-se as Programações Pactuadas Integradas (PPI) anuais (59; 60).

Apesar da obrigatoriedade da elaboração dos planos pela Lei nº 8.080/1990, esta prática somente é iniciada mais de 10 anos depois, com a elaboração e aprovação do Plano Nacional de Saúde 2004-2007. A partir de então os planos vêm apresentando a periodicidade de quadriênios, que está ajustado ao calendário proposto pela Constituição de 1988 para os Planos Plurianuais de Ação (PPA) (61,45).

Durante a construção do I Plano Nacional de Saúde, em 2004, ficou evidente a baixa incorporação de atividades do planejamento nas esferas de gestão do SUS. Frente a isso, o MS assumiu a iniciativa de construir um Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), definido como a “atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (62).

Conforme regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, “o Plano de Saúde (PS) é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da

Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS” (63). Segundo a Portaria GM/MS nº 3.332/2006 citada, o Plano de Saúde “apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (§1º do Art.2º) (63). Os componentes do PlanejaSUS deviam ser: Plano de Saúde (PS); Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). Mantiveram-se o PDR e a PPI (64). O Plano de Saúde “apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (64).

Neste sentido, foi instituído em 2006 o Pacto pela Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 399/2006. Pelo Pacto foi realizada a redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social. As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas, com a integração em grandes blocos, divididos em: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (63).

Para dispor sobre a organização do SUS e o planejamento em saúde, entre outras questões, foi publicado o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990 em relação à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Este decreto realizou definições de região de saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), portas de entrada, comissões intergestores, mapa da saúde, rede de atenção à saúde, entre outros. Reforça em seu Capítulo III, que o processo de planejamento da saúde “será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvido os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros” (65).

Define região de saúde como:

Espaço geográfico contínuo por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (65).

O referido Decreto dá destaque à conformação de redes regionalizadas de serviços e à gestão compartilhada entre as esferas de governo na política de saúde,

estabelecendo como instrumentos para sua operacionalização: o mapa sanitário, os contratos organizativos da ação pública da saúde, os planos de saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Comissão Intergestores Regional (CIR), em substituição ao Colegiado de Gestão Regional (65). Assim, altera alguns aspectos do Pacto pela Saúde e desde que foi publicado está em discussão para a sua operacionalização.

Para Santos (2012), o Decreto trouxe luz a questões importantes ao dispor sobre a região de saúde, sua demarcação e definição, e sobre as comissões intergestores, com destaque para as comissões intergestores regionais (66). A autora coloca ainda que a região de saúde é essencial para a superação ao impasse das ações e serviços de saúde fragmentados, do comando único na programação por parte do ente federal e sem contemplar a visão de planejamento regional.

Conforme o Decreto em questão, as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde: Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regional (CIR). “O COAP resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.” (65).

Em 2012 foi regulamentado o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, que trata da aplicação de recursos para a saúde, por meio da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Esta norma definiu o que são e o que não são despesas com saúde, além dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União (valor do exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, a variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB), Estados (12%), Distrito Federal e Municípios (15%) em ações e serviços públicos de saúde. Determinou ainda que o Ministério da Saúde “definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde” e instituiu os Relatórios Quadrimestrais. Vinculou mais uma vez o planejamento ao

orçamento, estabelecendo que “os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar” e trouxe enfoque ao planejamento e à orçamentação ascendente-integrada regional (67).

Ainda em 2012, a Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março, regulamentou o uso do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) instituindo a obrigatoriedade deste como ferramenta eletrônica de elaboração do RAG, no âmbito do SUS. O intuito do SARGSUS foi a integração das ações dos diversos setores das secretarias de saúde, quando da elaboração do Relatório de Gestão, integração das informações existentes em bases de dados distintas, da indução do processo de articulação dos instrumentos de planejamento, qualificando a tomada de decisão (68).

Esta ferramenta foi desenvolvida em 2010 pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) e instituída em caráter não obrigatório em março de 2010 (68). Após o Acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) nº 1459/11, que definiu a necessidade de obrigatoriedade na alimentação do SARGSUS por parte de estados e municípios e de permitir a busca aos RAG registrados no sistema a qualquer cidadão, foi pactuada pela CIT a sua obrigatoriedade, a partir de abril de 2012 (69).

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 459, de 2012, definiu os critérios do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios como um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. Deve conter: I - montante e fonte dos recursos aplicados no período; II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação (70).

Como última normativa vigente que estabeleceu diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS tem-se a Portaria GM/MS n.º 2135, de 25 de setembro de 2013, que ratificou como instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS o Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório de Gestão e a compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde e os de planejamento orçamentário, o PPA, a LDO e a LOA, em cada esfera de gestão, de modo a evitar que as instâncias federativas assumam compromissos sem previsão orçamentária (71).

Em relação à estrutura regimental do MS, é o Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), vinculado a SGEP, que deve subsidiar os processos de elaboração de diretrizes e implementação de instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento das relações interfederativas e da gestão estratégica e participativa nas três esferas de governo. Entre seus objetivos estratégicos está a orientação e apoio do Sistema de Planejamento do SUS com ênfase no planejamento regional integrado (71).

Tal Departamento, mais especificamente a Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa vinculada ao DAI, produziu em 2015, em parceria com a uma equipe de pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, o Manual de Planejamento no SUS, material instrutivo que faz parte do volume 04 da Série 'Articulação Interfederativa' editada pelo Ministério da Saúde, e que tem por objetivo contribuir para a formação técnica e política dos profissionais nos processos de planejamento da saúde pública (72).

3.3. AS FERRAMENTAS DO PLANEJAMENTO PÚBLICO NO BRASIL

Segundo a CF/88, o Estado exercerá a função de planejamento, contando, para tanto, com duas modalidades de planos: planos e programas nacionais, regionais e setoriais e planos plurianuais. Os planos e programas em suas esferas de gestão são determinantes para o setor público e indicativos para o setor privado e seguem, em linhas gerais, o modelo concebido no Ato Complementar nº 43/69. A segunda modalidade é o plano plurianual, que, ao trazer “as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal” aproxima-se mais do plano geral de governo idealizado pelo Decreto-lei nº 200/67 (73,42).

O PPA caracteriza-se como planejamento para a promoção de desenvolvimento econômico, do equilíbrio entre as diversas regiões do país e da estabilidade econômica (74). De acordo com Almeida (2004), a Constituição de 1988, institui o Plano Plurianual como o principal instrumento de planejamento de médio prazo no sistema governamental brasileiro, uma vez que o PPA deve estabelecer, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras decorrentes destas e para as relativas aos programas de duração continuada, devendo iniciar no segundo ano de um governo e findar no primeiro ano do mandato seguinte, com o objetivo explícito de permitir a continuidade do planejamento governamental e das ações públicas. O PPA deve apresentar as diretrizes para a organização e execução dos orçamentos anuais (36).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias LDO tem a finalidade de fazer a conexão entre o PPA e a LOA, compreendendo as metas e prioridades da administração pública federal. Ela direciona a elaboração do orçamento anual para a projeção das despesas e das receitas. A LOA sintetiza o planejamento de curto prazo. Nela as ações de governo são detalhadas em níveis menores de programação para o planejamento de um ano, devendo estar em perfeita consonância com o PPA e a LDO. A lei Orçamentária Anual (LOA) compreende o orçamento fiscal referente aos três Poderes da União, fundos, órgãos e entidades da administração direta e

indireta, fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público, bem como o orçamento de investimentos das empresas estatais, além do orçamento da seguridade social (07). A apresentação da proposta da lei orçamentária é disciplinada pela Lei nº 4.320/64 (33).

Conforme a Portaria GM/MS n.º 2135, de 25 de setembro de 2013, fazem parte do planejamento no SUS o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde, os Relatórios de Gestão, os Relatórios Quadrimestrais e o planejamento integrado. Este documento define que o instrumento central de planejamento da saúde é o Plano de Saúde (71).

O Plano de Saúde deve ser formulado a partir de necessidades de saúde da população, que define as iniciativas e compromissos para cada esfera de gestão do SUS para um período de quatro anos, é o Plano de Saúde. Ele é a base para execução, acompanhamento e avaliação do sistema de saúde ao contemplar todas as áreas da atenção à saúde com vistas a garantir a integralidade da atenção à saúde (71).

No processo de discussão e elaboração do Plano de Saúde deve ser assegurado à participação popular, de forma a possibilitar a transparência e visibilidade. Deve considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde e disponibilizado em meio eletrônico no SARGSUS (71).

Conforme a Portaria em questão, o Plano de saúde deve conter a análise Situacional que é orientada, dentre outros, pelos temas contidos no Mapa da Saúde, a saber: estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições sócio-sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão; a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e o processo de monitoramento e avaliação (71).

A orientação para elaboração do Plano de Saúde aponta que é necessário aos gestores identificar os problemas e situações que requerem a implementação de soluções, identificar os fatores que, direta ou indiretamente, determinam a situação considerada insatisfatória, estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para

solucionar os problemas, definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado (71).

Os Planos Estaduais de Saúde devem ser elaborados com base em metas regionais, resultantes de pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional. Deve ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuada pelos gestores na CIB e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (71).

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem o objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Para Estados e Municípios a PAS deve conter a definição das ações, que no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. Para a União serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS (71).

No processo de elaboração e execução da PAS os gestores devem observar a elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente e a execução no ano subsequente (71).

O Relatório de Gestão é o instrumento de elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Deve conter as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; as metas da PAS previstas e executadas; a análise da execução orçamentária; as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde; os entes que assinarem o COAP deverão inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos no contrato (71).

A elaboração dos documentos de planejamento em saúde deve estar cronometrada com o ciclo do planejamento governamental. Desta forma, o § 2º do artigo 36 da Lei nº 141/2012, estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão encaminhar a Programação Anual de Saúde para aprovação do conselho de saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente ao Legislativo, para assegurar que o setor saúde esteja contemplado nas diretrizes estabelecidas pela LDO do ano seguinte (67).

Já o Planejamento Regional Integrado deve ser elaborado no âmbito da região de saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e pactuado, monitorando e avaliado pela CIR. Expressa as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e a integralidade da atenção (71).

O Planejamento Regional Integrado deve ser coordenado pela gestão estadual e envolve os três entes federados. A produção resultante do processo de planejamento regional integrado, realizado no âmbito da região de saúde, compõe o COAP e expressa a identificação das necessidades de saúde da população da região e a análise da situação de saúde desse território; as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados; e a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (71).

3.4. A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SUA INSERÇÃO NAS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO DO SUS

A conferência mundial sobre atenção primária à saúde realizada em 1978 estabeleceu recomendações importantes aos governos, de que formulassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos a fim de assegurar a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários a saúde. Além disso, recomendou que adotassem medidas específicas para prevenir a demasiada utilização de medicamentos, que incorporassem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e ainda que estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento (Organização Mundial de Saúde, 1978). Estas recomendações contribuíram no Brasil para o desenvolvimento e fortalecimento da assistência farmacêutica como área participante da atenção à saúde (75).

Por ocasião do processo de descentralização da gestão da saúde apontado pelo SUS, os municípios assumiram a responsabilidade direta pela atenção à saúde. Em decorrência disto, novas demandas passaram a orientar a gestão municipal da assistência farmacêutica, trazendo uma maior responsabilidade para os municípios (76,77).

A adequação da assistência farmacêutica ao modelo descentralizado de gestão em saúde tem como marcos a extinção da Central de Medicamentos (CEME), em 1997, e a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PMN), por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que define, dentre outras questões, a competência de cada esfera de governo em relação à assistência farmacêutica. Foram aprovadas pela PNM diretrizes como a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais, o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos e a reorientação da assistência farmacêutica no país, com vistas a promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, com menor custo para a população. Esta reorientação está fundamentada no processo de descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na

busca pela eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitam a redução dos custos dos medicamentos aos usuários (78,09).

Seguiu-se à Portaria GM/MS nº 3.916/1998 a Portaria GM/MS nº 176, de 08 de março de 1999, que define o Piso da Assistência Farmacêutica Básica (PAFB). O PAFB foi previsto no orçamento federal como a contrapartida da União para financiar a aquisição descentralizada de uma lista de medicamentos próprios da atenção primária à saúde. A Portaria GM/MS nº 176/1999 determinou também as condições para a qualificação dos estados e dos municípios para o recebimento dos recursos de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), definido como um recurso de contribuição tripartite; orienta quanto à organização da Assistência Farmacêutica Básica de acordo com os instrumentos Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde, com a elaboração do Plano de Assistência Farmacêutica Básica, como parte integrante do plano global da saúde; estabelece o instrumento Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, por meio do qual os municípios pactuam com os estados os valores financeiros que deverão ser dispendidos pelo ente, a forma de repasse destes valores e as responsabilidades de cada nível de gestão; dentre outras ações (79). A definição das responsabilidades de cada ente federativo e a realização do repasse do IAFB do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, de acordo com as pactuações em CIB, pode ser percebida como uma das primeiras iniciativas concretas para a descentralização da gestão no âmbito da assistência farmacêutica (76).

Segundo Nelly Marin, a Portaria GM/MS nº 3.916/1998 e a Portaria GM/MS nº 176/1999 são marcos da redefinição da assistência farmacêutica no âmbito do SUS (80).

Em 2004 foi publicada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definida como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com foco na busca pela qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e pela promoção do uso racional de medicamentos (10).

Por meio da PNAF a assistência farmacêutica voltou a estar na agenda do Governo Federal.

Seguiu-se em 2005, como normativa que regulamentou questões da assistência farmacêutica (AF) no SUS, a Portaria GM/MS n.º 2.084, de 03 de setembro de 2005, que estabeleceu normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, além de definir o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. A elaboração da Portaria GM/MS n.º 2.084/2005 considerou como uma necessidade dos Estados e dos Municípios a elaboração de Planos de Assistência Farmacêutica, que deveriam articular as ações de assistência farmacêutica com aquelas desenvolvidas no âmbito da atenção à saúde. Desta forma, estabeleceu a criação pelos entes dos Planos Municipais e Estaduais de Assistência Farmacêutica como instrumentos coerentes com a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com periodicidade igual aos respectivos Planos de Saúde, com revisões anuais. Estes terão a função de ferramentas para o monitoramento e à avaliação do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (11).

Ainda, com a Portaria GM/MS n.º 2.084/2005 em vigência, o Ministério da Saúde promoveu em 2006, com a participação de estados e municípios, 54 Seminários de Apoio ao Planejamento da Assistência Farmacêutica, a fim de debater o planejamento da assistência farmacêutica, e publicou materiais técnicos para instruir a sua organização. Dentre as publicações está a proposição de uma metodologia para apoiar o planejamento dos estados e municípios na área de assistência farmacêutica. Considerando a pouca cultura de planejamento neste setor, o método pretendia facilitar a adesão dos entes às práticas de planejamento para além da aquisição de medicamentos, mais voltadas para ações de organização dos serviços farmacêuticos (12).

O método proposto tratava-se de uma adaptação de ferramenta utilizada pelo Programa DST/AIDS, que visava auxiliar as equipes a identificar a situação de desenvolvimento atual de gerenciamento da assistência farmacêutica de suas localidades por meio de parâmetros que orientam o diagnóstico e buscava ainda ajudar na escolha das ações prioritárias a serem realizadas. O Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF), como foi

chamado, buscava avaliar a situação em que a assistência farmacêutica se encontra em relação ao grupo de dimensões que o compõe, qual sejam: gestão, seleção, programação, aquisição, armazenamento, transporte, distribuição, prescrição, dispensação, farmacovigilância, recursos humanos e o cuidado farmacêutico (12,80).

Após a realização do diagnóstico da assistência farmacêutica local os participantes deveriam estabelecer a meta que pretendiam alcançar em dois anos para os municípios e quatro anos para os estados, o chamado “Estágio meta”, levando-se em conta os recursos humanos e materiais de que dispunham (12).

Ao final destas atividades o resultado obtido deve ser o Capítulo Assistência Farmacêutica do Plano Municipal ou Estadual de Saúde. Em relação a este Capítulo o material orienta que o Ministério da Saúde poderia adotar sua presença nos PMS como critério para a celebração de convênios e que este documento poderia ser solicitado a qualquer momento pelas instituições responsáveis pelas ações de auditoria no SUS. O manual determina que este Capítulo, presente nos Planos Municipais de Saúde, orientaria ainda a elaboração dos Capítulos pertencentes aos Planos Estaduais de Saúde, e que os estados deveriam encaminhar seus Capítulos ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde para fundamentar o planejamento nacional. Desta forma o planejamento é realizado de forma ascendente, conforme preconiza o artigo 36 da Lei nº 8.080/1990 (12,08).

Ao final de 2006 foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.332/2006, que revisou os instrumentos de gestão do SUS e criou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Dentre os objetivos do PlanejaSUS estava o de estabelecer metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos das ações de planejamento, implementar e difundir a cultura de planejamento e promover a uniformidade entre o processo de planejamento e de orçamento no âmbito do SUS. A Portaria preconizava que o processo de elaboração dos Planos de Saúde (PS) compreendia primeiramente a análise situacional da localidade e posteriormente a definição dos objetivos, diretrizes e metas a serem buscadas para o período de quatro anos (64).

Como o PS deveria contemplar todas as áreas da atenção à saúde de forma a garantir a integralidade da atenção, deveria prever ações para a área de assistência farmacêutica inicialmente na parte em que são apresentadas as condições de saúde da população (vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência e assistência farmacêutica), e depois no componente gestão em saúde, que trata, dentre outras questões, do financiamento da saúde, considerando a correspondência dos Sistemas de Saúde com os Blocos de Financiamento do SUS, entre os quais está o Bloco da Assistência Farmacêutica.

A Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que atualmente é a norma que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, conserva a orientação quanto à elaboração dos PS, com a realização primeiramente da análise situacional, seguida da definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores. Coloca ainda como o próximo passo a elaboração do documento uma parte contemplando o processo de monitoramento e avaliação (71).

No Manual de Planejamento do SUS para elaboração do PS há a recomendação de que seu conteúdo contemple todas as áreas da atenção à saúde, para garantir a integralidade da atenção, estando assim incluída a assistência, a vigilância em saúde - epidemiológica, sanitária e ambiental - e a assistência farmacêutica (72).

Tomando-se o conceito de Leevey e Loomba (1985) de que o planejamento é um dispositivo gerencial, que busca *“analisar e entender um sistema, formular suas metas e objetivos, formular cursos de ação para atingir essas metas, (...) e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema”*, entende-se que a figura do responsável pela assistência farmacêutica, por participar cotidianamente dos processos que envolvem sua atividade, é indispensável à tarefa de elaboração das ferramentas de planejamento de seu município (81).

Este trabalho tem o propósito de desenvolver uma reflexão acerca do cenário de planejamento da assistência farmacêutica no Brasil, com foco na participação dos profissionais da área nos processos de planejamento, com vistas a caracterizar a participação dos responsáveis pela assistência farmacêutica municipal na

elaboração das ferramentas de planejamento municipal e as consequências desse processo para a gestão da AF a nível municipal.

MÉTODOS

Este estudo é uma análise de dados secundários descritiva com abordagem metodológica quantitativa (82). Foram analisados dados oriundos do projeto “A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede”, cuja coleta de dados foi produzida do segundo semestre de 2013 até o terceiro trimestre de 2015.

O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde, QualiSUS-Rede, foi uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Banco Mundial (BM), para apoiar a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde (RRAS) no Brasil (83). Considerando os objetivos deste Projeto e partindo do pressuposto de que as ações e serviços da AF são transversais às estruturas operacionais das RAS, a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (CGAFB/DAF/SCTIE/MS) implementou a proposta: “Intervenção Sistêmica da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde das regiões selecionadas no projeto QualiSUS-Rede” enfatizando a necessidade de avançar na estruturação dos serviços farmacêuticos (84).

No intuito de realizar um diagnóstico da atual situação dos serviços farmacêuticos nas 15 regiões prioritárias do Projeto QualiSUS-Rede, bem como identificar a estrutura relacionada a informatização, as dificuldades para qualificação da gestão, a qualificação dos profissionais envolvidos, os serviços relacionados ao cuidado farmacêutico e as formas de definição dos elencos de medicamentos nos municípios, foi conduzida a pesquisa da qual se originam os dados do trabalho aqui presente, que é a “A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede (84).

O delineamento deste estudo é transversal, tendo em vista sua propriedade de retratar características das populações e de descrever associações entre variáveis.

Os dados foram coletados pelos Apoiadores Regionais em Assistência Farmacêutica do projeto QualiSUS-Rede, sob supervisão da equipe técnica do Departamento da Assistência Farmacêutica e pelo supervisor do Projeto de Intervenção do Ministério da Saúde.

Neste estudo, foram analisados dados do instrumento estruturado que foi aplicado aos responsáveis pela Assistência Farmacêutica dos municípios. As questões aplicadas estão disponíveis no Anexo A. Destas, foram selecionadas algumas variáveis que estão relacionadas no Quadro 01.

Quadro 01. Variáveis e categorias de respostas.

Variáveis	Respostas
O Responsável pela Assistência Farmacêutica participou da elaboração do PPA?	SIM / NÃO / NÃO SEI
O Responsável pela Assistência farmacêutica participou da elaboração da LDO, em vigência?	SIM / NÃO / NÃO SEI
O Responsável pela Assistência Farmacêutica participou na elaboração da LOA, em vigência?	SIM / NÃO / NÃO SEI
O Responsável pela Assistência Farmacêutica participou na elaboração do PMS atual e/ou de suas atualizações?	SIM / NÃO / NÃO SEI
O Responsável pela Assistência Farmacêutica participou na elaboração da PAS?	SIM / NÃO / NÃO SEI
O Responsável pela Assistência Farmacêutica participa da elaboração do RAG?	SIM / NÃO / NÃO SEI
Na LOA, em vigência, está previsto recursos orçamentários específicos para a aquisição de medicamentos?	SIM / NÃO / NÃO SEI
Na LOA, em vigência, está previsto recursos orçamentários específicos para a estruturação da assistência farmacêutica?	SIM / NÃO / NÃO SEI
Na LOA, em vigência, está previsto recursos orçamentários específicos para o desenvolvimento das ações da assistência farmacêutica, além do processo de aquisição e estruturação?	SIM / NÃO / NÃO SEI
As ações da assistência farmacêutica estão contempladas na PAS?	SIM / NÃO / NÃO SEI
Na PAS, em vigência, estão previstas ações da assistência farmacêutica voltadas para:	() CAPACITAÇÕES/ EDUCAÇÃO PERMANENTE
	() INFORMATIZAÇÃO
	() AMPLIAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
	() REFORMAS
	() CONSTRUÇÃO
As ações de assistência farmacêutica foram descritas no último RAG?	SIM / NÃO / NÃO SEI
Os recursos previstos e executados para a assistência farmacêutica foram descritos no último RAG?	SIM / NÃO / NÃO SEI

Desta forma, para o presente estudo foram analisados aspectos referentes ao planejamento municipal e ao reflexo da participação dos responsáveis pela assistência nos documentos de planejamento dos municípios participantes.

Foram verificadas como variáveis a participação dos profissionais na elaboração do planejamento orçamentário, por meio do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA), e a participação deste sujeito na elaboração do planejamento da saúde, por meio do Plano Municipal de Saúde (PMS), da Programação Anual de Saúde (PAS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG). Foi realizada ainda a análise desta participação em relação ao seu conhecimento sobre a existência de ações da assistência farmacêutica em algumas destas ferramentas do planejamento, como na LOA, na PAS e no RAG.

De forma complementar, verificou-se a inserção do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, das Programações Anuais de Saúde 2013, 2014 e 2015 e dos Relatórios Anuais de Gestão 2013, 2014 e 2015 no Sistema SARGUSUS para todos os Municípios investigados neste trabalho, por meio de consulta ao sítio eletrônico www.aplicacao.saude.gov.br/sargsus, mais especificamente do Consolidado da Situação dos Instrumentos de Planejamento. O documento Consolidado utilizado foi o último publicado até a conclusão deste trabalho, que data de 09 de dezembro de 2015. As informações sobre as Programações Anuais de Saúde 2013 e 2014, que não constam no Consolidado, foram consultadas nos Relatórios Gerenciais da Situação dos Instrumentos de Planejamento, no período de dezembro de 2015 à março de 2016.

Considerando o período em que as entrevistas aplicadas aos responsáveis pela Assistência Farmacêutica foram realizadas, e que as questões se referem a fatos do passado, a investigação entre a participação na elaboração dos instrumentos com sua postagem no SARGUSUS foi realizada para o PMS 2014-2017, para o PAS 2014 e para o RAG 2013, já que a elaboração destes instrumentos deveria ocorrer teoricamente no final de 2013 para o PMS e o PAS e até o primeiro trimestre de 2014 para o RAG.

A análise dos resultados foi realizada pela inferência estatística do método quantitativo de pesquisa na forma descritiva e apresentada através de tabelas e gráficos, onde foram calculadas as frequências absolutas simples e relativas, com suporte do sistema para análises estatísticas do programa Epi Info™ 7.1.5.

O uso dos dados da Pesquisa “A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas Regiões do Projeto QualiSUS-Rede”, foi aprovado por meio do Parecer Consubstanciado da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP nº 813.052, data da relatoria em 29/09/2014 (Anexo B).

4. RESULTADOS

As 15 regiões do subprojeto “Intervenção Sistêmica da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde das Regiões Seleccionadas do Projeto QualiSUS-Rede” correspondem a 485 municípios e o Distrito Federal, distribuídos nas cinco regiões administrativas do país. Do total dos municípios investigados, 14% foram excluídos da análise, em decorrência de ausência da figura do responsável pela assistência farmacêutica, sendo que a maior parte destes casos aconteceu na Região Nordeste (Piauí) e também na Região Norte (Tocantins e Pará). Do total de municípios investigados, foram entrevistados 417 responsáveis pela assistência farmacêutica dos municípios que configuram o recorte desta análise.

Os dados analisados correspondem as 15 Regiões do Projeto, e a distribuição dos municípios investigados representa, em média, 6,6% do total de municípios brasileiros por região administrativa, com exceção da Região Norte, que apresentou uma proporção de 18,7%.

A investigação revelou que em relação a formação profissional, do total de RAF dos municípios entrevistados (n=417), a maioria são farmacêuticos (90,2%) e com jornada de trabalho de 40 horas semanais (30,9%). Em relação ao vínculo de trabalho, 46,0% declarou ser concursado, 34,8% contratado e, dentre os entrevistados, 11,5% possuem especialização na área de assistência farmacêutica e 2,4% cursaram mestrado na área. Ressalta-se ainda que à frente da Assistência Farmacêutica dos municípios estão enfermeiros (1,2%), técnicos de enfermagem (0,9%), odontólogo (0,2%), veterinário (0,2%) e assistente social (0,2%), dentre outras formações. Verificou-se que a grande maioria dos municípios possui apenas um farmacêutico, sendo que em 07 municípios não havia nenhum farmacêutico no quadro de colaboradores.

Em relação à participação dos RAF na elaboração da programação orçamentária (PPA, LDO e LOA) a maioria dos profissionais entrevistados informou

não ter participado da elaboração da LOA e LDO, sendo observada uma maior frequência de participação na elaboração do PPA (24%) (Figura 03).

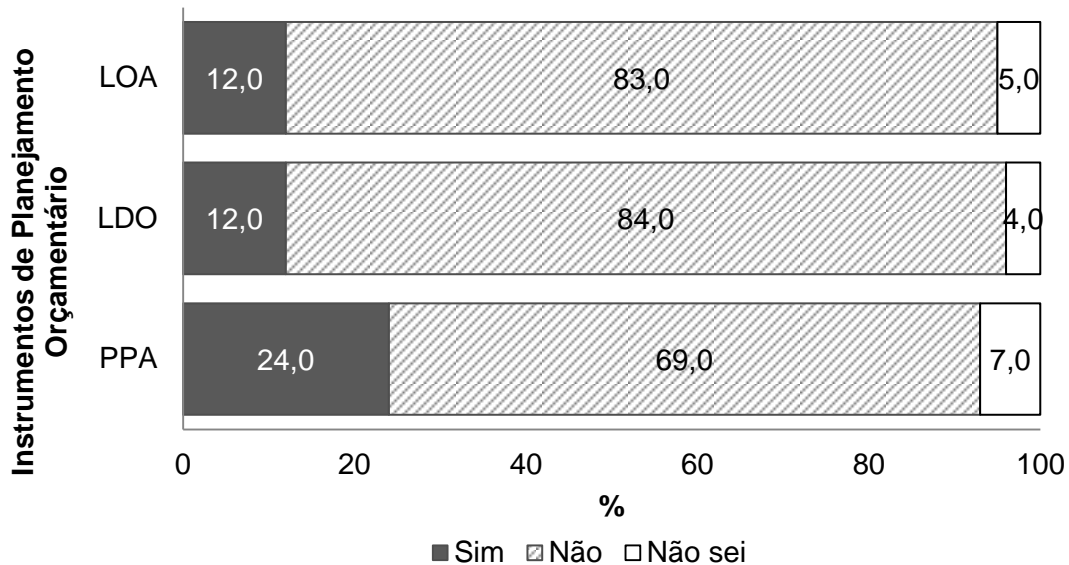


Figura 03: Participação do RAF na elaboração do PPA, da LDO e da LOA.

Quando questionados sobre o conhecimento da LOA vigente, a maioria (70,1%) respondeu negativamente.

Quanto ao detalhamento dos conteúdos apresentados na LOA, segue abaixo a tabela com o comparativo entre a participação dos profissionais em sua elaboração e seu conhecimento sobre o conteúdo deste documento.

Tabela 01. Conhecimento do RAF sobre o conteúdo inerente à assistência farmacêutica na LOA de seu município, segundo sua participação na elaboração (n=412).

Conhecimento do RAF sobre a presença na LOA		Participação na elaboração da LOA	
		SIM n (%)	NÃO n (%)
AÇÕES PARA AQUISIÇÃO	Sim	44 (88,0)	128 (35,3)
	Não	06 (12,0)	235 (64,7)
	Total	50 (100,0)	363 (100,0)
AÇÕES PARA ESTRUTURAÇÃO	Sim	28 (56,0)	57 (15,7)
	Não	22 (44,0)	305 (84,3)
	Total	50 (100,0)	362 (100,0)
AÇÕES PARA ALÉM DA AQUISIÇÃO E ESTRUTURAÇÃO	Sim	15 (30,0)	19 (5,2)
	Não	35 (70,0)	343 (94,8)
	Total	50 (100,0)	362 (100,0)

Verifica-se que uma maior proporção de entrevistados que afirmou ter participado da elaboração do instrumento confirmou a previsão de recursos para as ações de aquisição e estruturação na área de assistência farmacêutica na LOA. Em relação à previsão de ações para além da aquisição e estruturação, a maior parte dos entrevistados que disseram participar da preparação da LOA informaram que não havia recursos para este quesito, que inclui ações em educação, por exemplo.

Em relação à participação na elaboração dos instrumentos de planejamento da saúde (PMS, PAS e RAG), podemos observar que em relação ao PMS menos da metade dos responsáveis pela assistência farmacêutica informaram ter participado (48,5%). Da elaboração da Programação Anual de Saúde, apenas 33,2% disseram participar. Em relação ao Relatório Anual de Gestão (RAG), a maioria, 60,0% relatou não ter participado da elaboração deste documento (Figura 04).

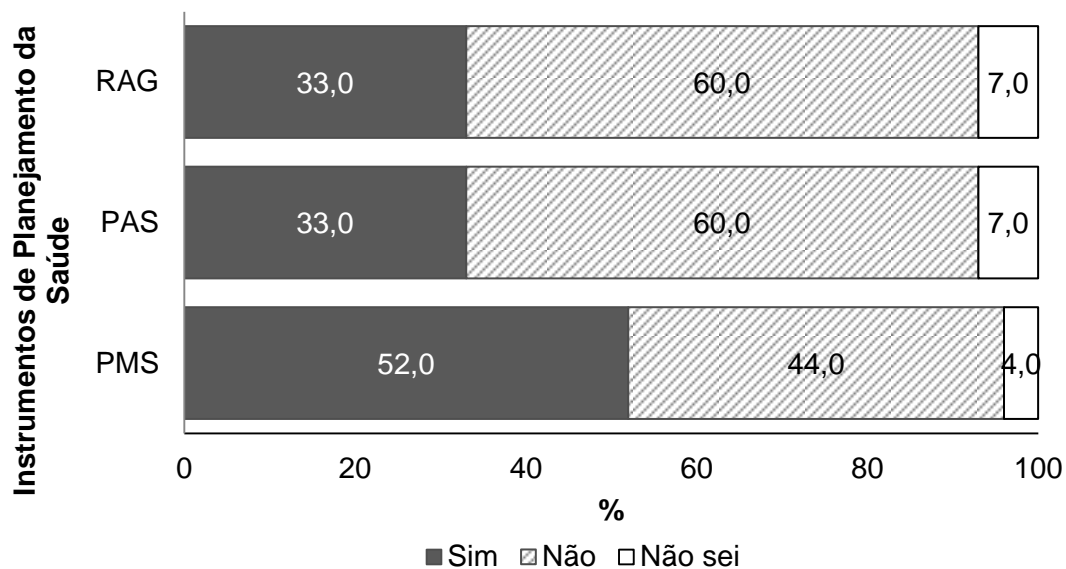


Figura 04: Participação do RAF na elaboração do PMS, do PAS e do RAG.

Referente à Programação Anual da Saúde foram discriminadas pelos entrevistados algumas ações da assistência farmacêutica previstas neste instrumento. Dentre elas, as ações relacionadas à informatização foram as mais apontadas (22,5%), seguida da previsão de capacitações/educação permanente (21,8%), reformas (17,7%), ampliação de recursos humanos (13,2%) e em último lugar ficou a previsão de ações de construção nas unidades (10,8%).

Em relação à Programação Anual de Saúde, observou-se um maior conhecimento na presença de ações relacionadas com a assistência farmacêutica no instrumento naqueles que participaram da sua elaboração.

Tabela 02. Conhecimento do RAF sobre o conteúdo inerente à assistência farmacêutica na PAS de seu município, segundo sua participação na elaboração (n=376).

Conhecimento do RAF sobre a presença na PAS		Participação na elaboração da PAS	
		SIM n (%)	NÃO n (%)
AÇÕES DA AF DESCRITAS NA PAS	Sim	120 (67,0)	17 (7,4)
	Não	59 (33,0)	214 (92,6)
	Total	179 (100,0)	197 (100,0)

Sobre o detalhamento dos conteúdos apresentados no RAG, segue o quadro comparativo entre a participação dos profissionais em sua elaboração e conteúdo deste documento.

Tabela 03. Conhecimento do RAF sobre o conteúdo inerente à assistência farmacêutica no RAG de seu município, segundo sua participação na elaboração (n=415).

Conhecimento do RAF sobre a presença no RAG		Participação na elaboração do RAG	
		SIM n (%)	NÃO n (%)
AÇÕES DESCRITAS NO ÚLTIMO RAG	Sim	107 (77,5)	42 (15,2)
	Não	31 (22,5)	235 (84,8)
	Total	138 (100,0)	277 (100,0)
RECURSOS PREVISTOS E EXECUTADOS NO ÚLTIMO RAG	Sim	95 (68,8)	53 (19,3)
	Não	43 (31,2)	224 (81,7)
	Total	138 (100,0)	277 (100,0)

Com base nos resultados podemos apontar a importância da participação dos RAF para a presença de ações da assistência farmacêutica no RAG, bem como sobre a descrição de recursos para este setor no instrumento, uma vez que a maioria dos entrevistados que disseram não terem participado de sua elaboração afirmaram que não existem recursos previstos e executados para a AF no último RAG.

De forma complementar foi verificada a relação entre a postagem dos Planos Municipais de Saúde 2014-2017, das Programações Anuais de Saúde 2013, 2014 e

2015 e dos Relatórios Anuais de Gestão 2013 e 2014 dos 417 municípios investigados no Sistema SARGSUS. Seguem os resultados na Tabela 04.

Tabela 04. Participação dos responsáveis pela assistência farmacêutica no planejamento da saúde e a inserção dos documentos no Sistema SARGSUS.

Situação no SARGSUS		Participação na elaboração	
		SIM n (%)	NÃO n (%)
SITUAÇÃO PMS 2014-2017 (n=415)	Sim	40 (85,1)	319 (86,7)
	Não	5 (10,6)	23 (6,2)
	Não Atualizou o SARGSUS	2 (4,3)	26 (7,1)
	Total	47 (100,0)	368 (100,0)
SITUAÇÃO DA PAS 2014 (N=389)	Sim	92 (73,0)	150 (57,1)
	Não	9 (7,2)	18 (6,8)
	Não Atualizou o SARGSUS	25 (19,8)	95 (36,1)
	Total	126 (100,0)	263 (100,0)
SITUAÇÃO DO RAG 2013 (n=414)	Sim	128 (95,5)	261 (93,2)
	Não	06 (4,5)	19 (6,8)
	Total	134 (100,0)	280 (100,0)

Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus>
Acesso em: 23/03/2016

Resultados conflitantes foram encontrados ao correlacionar a presença dos Relatórios Anuais de Gestão e respectivas Programações Anuais de Saúde. Entre os 417 Municípios que participaram deste estudo, foram encontrados 225 municípios que postaram o RAG 2013 no SARGSUS, entretanto alegaram não ter Programação Anual de Saúde ou não postaram informações a respeito deste instrumento no Sistema. Para o ano de 2014, este mesmo caso ocorreu com 107 municípios. Ao correlacionar a presença do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 com o Relatório Anual de Gestão 2014 (até o momento o RAG 2015 não está disponível) verificou-se um total de 22 Municípios que postaram o RAG, porém não apresentam o PMS.

5. DISCUSSÃO

Os resultados apontaram para a baixa participação dos responsáveis pela assistência farmacêutica na elaboração das ferramentas de planejamento orçamentário e da saúde de seus municípios. Quando questionados sobre seu conhecimento em relação a presença de ações referentes à assistência farmacêutica em algumas ferramentas de planejamento como a LOA, a PPA e o RAG, a maioria dos entrevistados respondeu negativamente à existência destes conteúdos nos instrumentos.

A participação ou não dos profissionais na elaboração das ferramentas do planejamento apresenta diferentes graus de implicação. Em relação ao PPA, que estabelece as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública, a falta de participação dos profissionais relacionados à assistência farmacêutica implicará em ausência de pauta para as questões da área por um período de quatro anos. Sendo este a mais abrangente ferramenta do planejamento público, pois integra as ações planejadas para médio prazo e os meios orçamentários para viabilização do aporte de recursos, esta perda tem impacto direto pelo período de sua vigência (36).

Dada a complexidade que é a questão do abastecimento de medicamentos e da qualificação dos serviços, é de fundamental importância que as questões relacionadas à assistência farmacêutica estejam devidamente contempladas no PPA, da forma abrangente e complexa que o setor exige, e sem a participação dos profissionais que conhecem este campo a tarefa parece pouco exequível.

Ainda em relação ao planejamento orçamentário, a LDO orienta quanto à formulação da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano correspondente, por meio do estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas, e é elaborada de acordo com o PPA (07). Possibilita ajustar as ações de governo às reais possibilidades financeiras do exercício, momento em que são indicados os rumos a serem priorizados neste período, além das previsões de realização de receitas e do controle das despesas públicas. Considerando que a lei orçamentária anual não pode conter dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não estando contempladas

na LDO as questões da assistência farmacêutica, conseqüentemente não haverá previsão orçamentária para elas na LOA, o que implica que, mesmo sendo estas questões estruturantes para a saúde pública municipal, não poderão receber o adequado apoio financeiro para sua realização.

A questão da alocação dos recursos no orçamento deve ser melhor verificada em decorrência da cultura estratégica dos governos de tentam manter os recursos num plano mais agregado da classificação orçamentária, de forma a facilitar a remanejamento entre programas e ações durante sua gestão (85). Esse comportamento é desfavorável à adequada avaliação do planejamento realizado e pode revelar falta de previsibilidade de cenários. Entretanto, estudos de caso são necessários para analisar as relações entre a falta de detalhamento dos recursos no orçamento público e a qualificação na elaboração das leis orçamentárias.

Em se tratando do planejamento na saúde, mais especificamente em relação à elaboração do Plano Municipal de Saúde, a maioria dos entrevistados, informou não ter participado. Este instrumento juntamente à Programação Anual de Saúde e ao Relatório Anual de Gestão promove visibilidade sobre as responsabilidades dos gestores e sua elaboração é considerada estratégica para a organização do setor saúde. Como o PPA, as ações previstas no PMS tem duração de quatro anos, e são desdobradas na Programação Anual de Saúde. Desta, pouco mais de um terço dos RAF disseram participar, o que demonstra que a falta de planejamento participativo agrava-se inversamente a necessidade de que sua elaboração deva ser feita por quem conhece no detalhe a realidade do setor, considerando a pontualidade de ações e programas que fazem parte do planejamento anual da saúde.

Na planificação estratégica situacional, Matus aborda como uma das etapas do planejamento a elaboração de cenários de cálculo, que são prognósticos sobre o desenrolar de situações externas (22). Segundo Schwartz, o objetivo geral desta técnica é a de “permitir a formulação de planos para todas as alternativas de futuros possíveis ou imaginados” (86).

Para enfrentamento das mudanças de cenário, bem como para desenhar as estratégias que configuram o planejamento, são necessárias todas as visões que permitam a compreensão das situações problema definidos previamente pelos

envolvidos como prioritária. Neste sentido, a programação anual de saúde carece da prospecção dos atores sociais envolvidos na ação.

Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo, realizado com municípios do Estado de Santa Catarina. Dos seis Municípios pesquisados, apenas um informou conhecimento por parte de todos os farmacêuticos entrevistados sobre o Plano Municipal de Saúde (87). A baixa participação dos profissionais na elaboração do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde pode acarretar em prejuízos ao alcance dos objetivos propostos, uma vez que estes profissionais que devem trabalhar para o alcance dos objetivos e metas estabelecidos podem desconhecer as prioridades para seu setor ou ainda discordar das escolhas realizadas e não aderir a elas, uma vez que não compartilharam das etapas de diagnóstico das situações problema e das escolhas para o período.

A “gestão participativa”, uma obrigação legal dos gestores no âmbito do SUS, é um processo que advém do compromisso assumido por todos os participantes, o que confere legitimidade ao Plano e facilita a implantação de mecanismos de responsabilização. No âmbito da responsabilização, deve-se considerar ainda o desafio da compreensão da organização por parte do profissional e dos valores adotados pela instituição em que está inserido como forma de comprometimento. Sendo assim, dadas as características das organizações de saúde, de falta de participação dos entrevistados na elaboração do planejamento da saúde, justifica-se a admissão de um conjunto de práticas que apresentem a cultura da gestão por compromissos, ao invés de um sistema que apresente puramente a gestão estratégica (86).

Ficou claro neste inquérito sobre a participação dos RAF no planejamento orçamentário o desconhecimento destes sobre a previsão orçamentária para aquisição de medicamentos e para estruturação. Por ser o planejamento orçamentário um ofício altamente técnico, há o risco de que as leis orçamentárias sejam elaboradas por especialistas da área financeira, sem a suficiente participação dos especialistas da área da saúde durante a fase do diagnóstico do planejamento (85). Desta forma, entende-se que a qualificação, a autonomia e o empoderamento destes profissionais poderiam favorecer sua participação e a melhoria dos processos de elaboração do planejamento orçamentário municipal.

Referente ao Relatório Anual de Gestão, a maioria dos entrevistados disseram não ter participado de sua elaboração. Neste sentido, a maior parte também disse não saber se as ações de assistência farmacêutica estavam contempladas no Relatório Anual de Gestão. Considerando o processo 'aprendizagem-correção-aprendizagem' de Matus, nada mais lógico que os profissionais que executam as atividades façam também a avaliação de seu desempenho, mas da mesma forma que não participaram da elaboração dos instrumentos de planejamento, estão também deslocados da prestação de contas (22). Se a planificação for entendida como um processo cíclico de correção de rumos, de forma que a cada mudança de cenário seja corrigida a trajetória para alcançar o objetivo almejado, faz-se necessário que os atores apontem as variações não favoráveis ao andamento orquestrado dos processos. Entretanto, como podem os responsáveis pela assistência farmacêutica acenar para tais eventos, se os mesmos não conhecem os planos? Como podem também atuar na correção da direção, se desconhecem os resultados, pois tampouco participam da elaboração ou conhecem o RAG de seus municípios?

Considerando que a participação dos profissionais da assistência farmacêutica no planejamento e na prestação de contas produz conhecimento e qualifica estes atores, ao realizar uma visão futura na tentativa de solucionar os problemas da organização, identificados de forma participativa, há a incorporação do entendimento estratégico pela equipe, que pode ser aplicado em decisões futuras (88). Entende-se que estes ganhos não serão sentidos pela maioria das equipes de saúde dos municípios estudados, já que os profissionais que estão a frente da assistência farmacêutica ficam em grande parte a margem dos processos de diagnóstico das situações problema de sua área e das instâncias de decisão sobre os rumos a serem seguidos.

Quando analisados os dados referentes à inserção dos documentos do planejamento da saúde no SARGSUS, para a maioria dos municípios que postaram os Planos Municipais de Saúde no sistema os entrevistados informaram não terem participação em sua elaboração. O mesmo foi observado no caso da Programação Anual de Saúde.

Para os Relatórios Anuais de Gestão, a despeito da não participação dos entrevistados em sua elaboração, o grosso dos RAG 2013 e 2014 foi postado no SARGSUS. Inere-se com isto que o cumprimento legal da prestação de contas é priorizado nos municípios estudados, uma vez que nem mesmo os Planos Municipais de Saúde foram mais postados no sistema eletrônico. Curioso ainda que para vários municípios que não informaram as Programações Anuais de Saúde 2013 e 2014 no SARGSUS haviam os Relatórios Anuais de Gestão dos respectivos anos, o que denota fragilidade e desarticulação, pois como pode haver prestação de contas do cumprimento das metas anuais sem previsão das prioridades neste instrumento do planejamento anual em saúde?

O Relatório de Gestão é uma ferramenta fundamental para a realização do processo de avaliação das ações e formulação de um novo planejamento. Dada a realidade que permeia sua formulação, como a insuficiência de recursos humanos qualificados para apoiar seu processo de desenvolvimento e o baixo conhecimento dos gestores sobre planejamento, programação e avaliação, sobretudo na questão conceitual (88) e, com base nos achados deste estudo, em que o RAG pode estar sendo realizado sem a prévia elaboração da Programação Anual de Saúde, é questionável a eficiência deste instrumento no alcance dos objetivos a que se propõe, como o de ser um mecanismo estratégico para o aperfeiçoamento da gestão, com a avaliação dos resultados e a reorganização das práticas de saúde às necessidades da população.

A realidade da assistência farmacêutica no país demonstra a falta de planejamento em que se encontra a saúde de maneira geral. Grande parte dos municípios brasileiros perece com a baixa disponibilidade e descontinuidade na oferta de medicamentos essenciais nas Unidades Básicas de Saúde e com as precárias condições de armazenamento dos produtos (89). Algumas localidades apresentam listas municipais de medicamentos bastante restritas, o que pode gerar falta de acesso e incorrer em gastos para a população assistida (90). A área da assistência farmacêutica relacionada a garantia do abastecimento e acesso aos medicamentos é marcada por atividades previsíveis, calculadas por normas e diretrizes predeterminadas, como o financiamento, o processo de programação,

aquisição e guarda dos produtos. Desta forma, não há espaço para discricionariedade dos gestores (91).

Além destas atividades, são inerentes à assistência farmacêutica as atividades de uso dos medicamentos, relacionadas ao conhecimento dos farmacêuticos e habilidades de comunicação com os usuários de medicamentos e com os outros profissionais envolvidos em seu tratamento (91). Neste quesito também podemos verificar carências, uma vez que vários problemas de saúde estão relacionados ao uso de medicamentos, e são causas importantes de procura de atendimentos de urgência e emergência no Brasil (92). Citam-se, ademais, as dificuldades vinculadas a não adesão à farmacoterapia, que representa um verdadeiro desafio para o sistema de saúde, com escassez de serviços dedicados ao fortalecimento da adesão dos usuários aos tratamentos proposto. O Ministério da Saúde reconhece esta fragilidade e já estabeleceu como estratégico o desenvolvimento de metodologias para fortalecer a adesão ao tratamento das doenças crônicas (93). Esta realidade incorre em resultados terapêuticos indesejados e custos adicionais às instâncias gestoras da saúde pública, que já padecem de recursos para seu financiamento.

Soma-se a este contexto, o desafio da integração das ações e serviços vinculados à assistência farmacêutica no modelo das Redes de Atenção a Saúde (RAS) (94).

Neste cenário, o responsável pela assistência farmacêutica tem um papel fundamental no sistema de saúde, especialmente os farmacêuticos, devido ao seu conhecimento técnico na área dos medicamentos. Entretanto, o profissional parece não obter o reconhecimento condizente com a importância de seu trabalho frente aos gestores da saúde. O fato destes profissionais não participarem da elaboração de instrumentos tão importantes do planejamento na saúde e de não conhecerem o conteúdos dos instrumentos de prestação de contas de atividades que exercem denota sua baixa inserção nas atividades estratégicas das Secretarias de Saúde, e reflete a posição política que ocupam em suas instâncias de trabalho.

Tomando-se a existência de dois grupos de funções gerenciais, a desenvolvida nas unidades de execução dos serviços de saúde e a realizada nas

instâncias de comando e coordenação, Ferreira, 2004, destaca que, para a qualificação constante dos serviços prestados à comunidade, o gestor deve tomar a negociação como ferramenta na condução do processo de trabalho. Cabe destacar, por sua vez, que compete a estes profissionais qualificarem-se adequadamente para estas atividades, o que não afasta a importância do incentivo institucional para que estas capacitações aconteçam (95). A maioria dos entrevistados informou não ter formação na área de gestão, incluídos aí cursos de especialização, mestrado e doutorado. Este cenário torna-se mais fragilizado com o dado deste estudo sobre a previsão de recursos orçamentários específicos para o desenvolvimento das ações da assistência farmacêutica, além do processo de aquisição e estruturação, como ações de educação permanente para os colaboradores, em que a grande maioria dos participantes informou que não havia previsão para estas ações.

Para uma gestão mais assertiva dos sistemas de saúde, é necessária uma melhor compreensão da estrutura, da organização e dos instrumentos de planejamento desses sistemas. O desconhecimento destas bases pode gerar uma prática profissional descontextualizada, “exercitada a partir do censo comum ou do voluntarismo político”, o que muitas vezes costuma ser a regra (96). Desta forma, não é incomum o planejamento orçamentário estar a cargo exclusivamente das áreas administrativa e financeira, que muitas vezes não convidam os gestores da saúde para partilharem deste processo (85).

A visão reduzida em relação aos serviços farmacêuticos, ainda observada, pode ser revertida com seu reconhecimento como uma área de gestão, estratégica, e não apenas como um ponto dispensação de medicamentos (97). Sua gestão, em parte, está ligada à capacidade de alocar e gerenciar recursos técnicos e administrativos para garantir o acesso e o uso racional de medicamentos (98). Deficiências nesta capacidade comprometem o alcance deste objetivo, como a baixa qualificação dos responsáveis por estas ações, ou a não institucionalização da assistência farmacêutica na estrutura organizacional como uma instância autônoma (98).

A julgar pela não participação dos profissionais no planejamento estratégico de atividades de sua responsabilidade, inerentes ao seu cotidiano, e que as ferramentas de prestação de contas, como o Relatório Anual de Gestão, estão mais

presentes no SARGSUS que as de programação, podemos inferir que o planejamento da assistência farmacêutica parece ser elaborado na maioria das vezes de forma cartorial, para atender a requisitos legais.

A falta de uma análise situacional instruída na realidade municipal e do cumprimento de ações ordenadas para um adequado planejamento da assistência farmacêutica pode incorrer em atuações pautadas por demandas emergenciais, caracterizadas pelo imprevisto. Nesta realidade não há adequado abastecimento da rede, nem adequado atendimento aos usuários, tampouco promoção do uso racional dos medicamentos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados oriundos do projeto “A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede” acerca do planejamento revelou a baixa participação dos responsáveis pela assistência farmacêutica na elaboração dos instrumentos de planejamento orçamentário e da saúde de seus municípios.

Em relação às postagens dos instrumentos de planejamento da saúde no SARGSUS, a maioria dos municípios que os inseriram estava no grupo dos entrevistados que informaram não terem participado de sua elaboração, não se verificou, portanto, relação entre a falta de participação dos RAF e menor número de postagens no sistema. Infere-se, entretanto, que a maior presença dos RAG em detrimento dos PAS e até mesmo dos PMS evidencia a preocupação dos gestores com as questões legais inerentes à prestação de contas, e que a publicização do planejamento esteja, para estes municípios, em segundo plano.

Atividades de gestão sem planejamento incorrem geralmente em rotinas pautadas por ações emergenciais, da mesma forma que planejamento em aplicação na gestão atende tão somente a regras a que os municípios estão sujeitos e produzem ferramentas inaplicáveis, não condizentes com a realidade local e que não são capazes de alocar recursos de forma racional.

Estes resultados almejam auxiliar nas discussões sobre políticas que incentivem a capacitação dos atores responsáveis pela assistência farmacêutica nos municípios a atuarem na área do planejamento, e a políticas que favoreçam a elaboração de uma programação de ações que visa a qualificação dos serviços farmacêuticos, de forma que as ações da área estejam de fato contempladas no planejamento orçamentário e da saúde municipais.

7. REFERÊNCIAS

1. Chorny AH. Planificación em salud: Viejas ideas em nuevos ropajes. Cuad. méd. soc. (Ros.); 1998 73:5-30.
2. Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador, UFBA; 2002.
3. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/ Rio de Janeiro, Edufba, Fiocruz; 2008.
4. Vilasbôas AL, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal Municipal health policy planning and implementation. Cad. saúde pública; 2008 Jun;24(6):1239-50.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: instrumentos básicos. Série B. Textos Básico de Saúde. Série Cadernos de Planejamento; v. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1997/decreto-2283-24-julho-1997-437169-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 29/02/2016.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 29/02/2016.
8. Brasil. Lei n.º 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 08/03/2015.

9. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 06/10/2015.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 17/11/2014.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.084 de 26 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_3_3_003.pdf> Acesso em: 29/02/2016.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em Saúde. Saúde & Cidadania; 1998 v. 02; p. 5-13.
14. Lafer C. O Planejamento no Brasil: observações sobre o Plano de Metas (1956-1961). In: Mindlin Lafer, Betty. Planejamento no Brasil, 3ª ed.; São Paulo: Perspectiva; 1975.
15. Teixeira CF. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.
16. CENDES/OPS. *Programacion de La Salud*, Problemas Conceptuales y Metodologicos. Washington; 1975.
17. Paim JS. Rev. baiana saúde pública; 1983 10 (1): 46-52, Jan./Mar.

18. Panamericano C. de Planificación de la Salud/OPS. Enfoques actuales acerca del proceso de planificación de la Salud. Santiago; 1975.
19. Hilleboe HE, Barkhuus A, Thomas WC. Métodos de planificación sanitaria nacional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1973.
20. Rivera FJU. Planejamento de Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2º Edição. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
21. OPS-CPPS. *Formulación de Políticas de Salud*. Santiago: CEPAL/ILPES; 1975.
22. Matus C. Política, Planejamento e Governo. Brasília: IPEA; 1993.
23. Matus C. Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización e reforma. Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1997.
24. Sá MC, Artmann E. Planejamento Estratégico em Saúde: Desafios e Perspectivas para o Nível Local. In: MENDES, E. V. (org.). Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Brasília, OPS/Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde/ Representação do Brasil; 1994.
25. Giovanella L. Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro; 1990 6 (2): 129-153, Abril/Jun.
26. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires; 1983-6. Mimeo. Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación, Estrategia y Programación. Buenos Aires; 1986. Mimeo.
27. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1995.
28. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO; 1992.
29. Cardoso Júnior JC. Planejamento governamental e gestão pública no Brasil: elementos para ressignificar o debate e capacitar o estado. In: Pinto, Eduardo Costa; Cardoso Jr., José Celso; Linhares, Paulo de Tarso (orgs.). Brasília: IPEA; 2011.

30. Rezende F. Planejamento no Brasil: auge, declínio e caminhos para a reconstrução. Brasília: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA; 2010.
31. Brasil. Decreto-Lei nº 2.416 de 17 de julho de 1940 (aprova a codificação das normas financeiras para os Estados e Municípios). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br /ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del2416.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del2416.htm)> Acesso em: 08/03/2015.
32. Moojen G. Orçamento público: estudo teórico e prático dos orçamentos estaduais do Brasil e da América do Norte. Rio de Janeiro: Financeiras; 1959.
33. BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm>. Acesso em: 08/03/2015.
34. Cardoso Júnior JC. A reinvenção do planejamento governamental no Brasil. 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dialogosdesenvol04.pdf>. Acesso em: 19/02/2015.
35. Mello e Souza N. O planejamento econômico no Brasil: considerações críticas. Rio de Janeiro: Rev. adm. pública; 1968 nº 04.
36. Almeida PR. A experiência brasileira em planejamento econômico: uma síntese histórica. 2004. Disponível em: <<http://www.pralmeida.org/05DocsPRA/1277HistorPlanejBrasil.pdf>>. Acesso em: 13/02/2015.
37. Baer W. A Industrialização e o Desenvolvimento Econômico do Brasil, 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV; 1985.
38. Palazzo JT. O Planejamento do Desenvolvimento Econômico – o caso brasileiro, Porto Alegre: Faculdade de Ciências Econômicas e Contábeis da UFRGS; 1977.
39. Venâncio Filho A. A Intervenção do Estado no Domínio Econômico: o direito público econômico no Brasil, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1968.
40. Loureiro MR. (org.). 50 Anos de Ciência Econômica no Brasil (1946-1996): pensamento, instituições, depoimentos. Petrópolis: Vozes; 1997.

41. Nascimento CV. O orçamento público: aspectos relevantes. Caxias do Sul: Prefeitura Municipal de Caxias do Sul; 1986.
42. Brasil. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm>. Acesso em: 29/01/2015.
43. Brasil. Constituição (1967). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1967. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm>. Acesso em: 29/01/2015.
44. Brasil. Ato Complementar nº 43, de 29 de janeiro de 1969. Fixa normas para elaboração de planos nacionais de desenvolvimento e vincula sua execução ao Orçamento Plurianual de Investimentos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ACP/acp-43-69.htm>. Acesso em: 08/03/2015.
45. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6º Ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
46. Kowarick L. Estratégia do planejamento social no Brasil. São Paulo: Cadernos CEBRAP; 1976 02.
47. Freire M. Oposição no Brasil, hoje. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1974.
48. Mehry EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E (org.) Razão e planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1995.
49. Luz M. As instituições médicas no Brasil. Instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
50. Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério do Interior/Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE. Brasília; 1980.
51. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Brasília; 1982.

52. Oliveira JAA, Teixeira SMF. Previdência social: 60 anos da história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro/Petrópolis: Vozes/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1989.
53. Castro MHG, Viana ALA. Brasil: a reforma do Sistema de Saúde. Campinas: NEPP; 1992.
54. Muller Neto JS. Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. Saúde debate; 1991 (31):54-66.
55. Brasil. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 08/03/2015.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Proposta para o processo de planejamento em nível nacional. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.
57. Brasil. Norma Operacional Básica 01/93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 08/03/2015.
58. Brasil. Norma Operacional Básica 01/96. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 08/03/2015.
59. Brasil. Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 08/03/2015.
60. Brasil. Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 08/03/2015.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

62. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – instrumentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

63. Brasil. Portaria GM/MS n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

Acesso em: 08/03/2015.

64. Brasil. Portaria GM/MS n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html>.

Acesso em: 08/03/2015.

65. Brasil. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.

Acesso em: 08/03/2015.

66. Santos L, de Sousa Campos GW. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde Soc; 2015 Jun 1;24(2):438-46.

67. Brasil. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 08/03/2015.

68. Brasil. Portaria GM/MS n.º 575, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575_29_03_2012.html>
Acesso em: 08/03/2015.
69. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão n.º 1.459/2011. Plenário. Relator: Ministro José Jorge - Auditoria Operacional. Sessão de 1/6/2011. Disponível em:
<<https://contas.tcu.gov.br/juris/Web/Juris/ConsultarTextual2/Jurisprudencia.faces>>. Acesso em: 25/02/2016.
70. Brasil. Resolução 459, de 10 de outubro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0459_10_10_2012.html>. Acesso em: 10/03/2015.
71. Brasil. Portaria GM/MS n.º 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[ortalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Página_principal](http://portal.codgdh.min-saude.pt/index.php/Página_principal)>. Acesso em: 10/03/2015.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Série Articulação Interfederativa; v. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
73. Giacomoni J. Orçamento Público. 13.ª Edição Ampliada. Ver. E atualizada. São Paulo: Atlas; 2007.
74. Borges DO. Orçamento Público: um novo enfoque. Brasília: UnB; 2006.
75. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da Assistência Farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva; 2008 13 (Supl.): 611-17.
76. Gomes CA. A assistência farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectivas. Secretária de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.cgee.org.br/arquivos/rhf_p1_af_carlos_gomes.pdf>. Acesso em: 19/07/2015.

77. Amaral SMS, Blatt CR. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. Rev. saúde pública; 2011 45 (4): 799-801.
78. Brasil. Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN e a Desativação da Central de Medicamentos – CEME, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, de 28/07/1997. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
79. Brasil. Portaria GM/MS nº 176, de 08 de março de 1999. Estabelece que o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica será financiado pelos três gestores, e que a transferência de recursos está condicionada a contrapartida dos estados, Distrito Federal e municípios. Diário Oficial da União, Poder Executivo, de 11 de março de 1999. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
80. Marin N (org.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais./ Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
81. Levey S, Loomba NP. Health Care Administration: A Managerial Perspective. Health Care Management Review. Philadelphia: Leppincott; 1973.
82. Tripoldi T, Fellin P, Meyer H. Análise da Pesquisa Social. 2. Ed. Rio de Janeiro: F. Alves; 1981.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento. Unidade de Gestão do Projeto – UGP. QualiSUS-Rede: Manual Operacional - Documento-Base. vol. 1, 2010. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/08/Vol1DocBaseQualiSUS-RedeWeb.pdf>>. Acesso em: 24/10/2015.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 01). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
85. Banco Mundial. Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Disponível

em: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2015/08/05/090224b0828a3c2f/1_0/Rendered/PDF/Brasil000Gover0e0gestao0de0recursos.pdf.

Acesso em: 26/02/2016.

86. Rivera FJU. Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

87. Leite SN (orgs), Farias MR, Manzini F, Mendes DJV, Rover MRM. Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015.

88. Senge P. A Quinta disciplina: Arte e prática da organização que aprende. 2º ed. São Paulo: Círculo do Livro; 1998.

89. Oliveira LC, Assis MM, Barboni AR. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. Ciênc. saúde coletiva; 2010 Nov 1;15(Supl 3):3561-7.

90. Helfer AP, Camargo AL, Tavares NU, Kanavos P, Bertoldi AD. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. Rev Panam Salud Publica; 2012 Mar 1;31(3):225-32.

91. Araújo AL, Ueta JM, Freitas OD. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. Rev. ciênc. farm. básica apl; 2009 Jan 28;26(2):87-92.

92. Andreazza RS, De Castro MS, Köche PS, Heineck I. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. Gaceta Sanitaria; 2011 Dec 31;25(6):501-6.

93. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

94. Tavares N, Pinheiro R. Assistência Farmacêutica n SUS: avanços e desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. Tempus Actas de Saúde Coletiva; 2014 Mar 29;8(1):49-56.

95. Ferreira AS. Competências Gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*; 2004;9(1):69-76.
96. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveria saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
97. Mendes SJ, Manzini F, Farias MR, Leite SN. Gestão Da Assistência Farmacêutica: Avaliação de um Município Catarinense. *Gestão e Saúde*. 2014 Oct 27;6(1):pag-4.
98. Vieira FS, Zucchi P. Gestão da Assistência Farmacêutica: Análise da situação de alguns municípios. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2015 Feb 16;8(4):11-29.

8. ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Subprojeto de Intervenção da
Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualiSUS-Rede

QUESTIONÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Sujeito: Responsável pela Assistência Farmacêutica
--

Horário do Início da entrevista [] []

Variável: Pactuação Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	
D4P1 - Tem conhecimento da Portaria do Ministério da Saúde, em vigência, a qual define as normas e execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica?	() Sim () Não
D4P2 - Tem conhecimento da Resolução CIB, em vigência, a qual define normas para a execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado?	() Sim () Não
D4P3 - Qual a forma de pactuação vigente realizada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para o Repasse da Contrapartida Estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica?	() Repasse financeiro ao Fundo Municipal de Saúde; () Repasse através de medicamentos produzidos em laboratórios públicos; () Repasse através de medicamentos provenientes da compra centralizado pelo Estado; () Outra forma de repasse financeiro Qual? _____ () Outra forma de repasse de medicamentos Qual? _____ () Não sei () O Estado não tem repassado sua contrapartida ao município.

Variáveis: Estrutura; Procedimentos.	
D2P9 - É realizado o registro diário de temperatura máxima e mínima, e umidade relativa do ambiente ? Padrões exigidos: Umidade relativa: deve se manter ente 40 e 70% Temperatura de conservação - segundo a Farmacopéia Americana (USP): Ambiente - temperatura entre 15º e 30ºC - com controle mediante termostato. Recomenda-se	Temperatura () Sim () Não Umidade () Sim () Não



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Subprojeto de Intervenção da
Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualiSUS-Rede

	temperatura próxima a 20°C.	
	D2P27 - Existe no estabelecimento um local específico para a deposição de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos vencidos/fora da conformidade) até que sejam recolhidos?	<input type="checkbox"/> Sim, no estabelecimento <input type="checkbox"/> Sim, em outro estabelecimento. Qual? <input type="checkbox"/> Não

Variável: Processo Licitatório.		
	D4P4 - Quais as formas de aquisição de medicamentos básicos utilizadas no último ano?	<input type="checkbox"/> Processo Licitatório, Qual? _____ <input type="checkbox"/> Convite <input type="checkbox"/> Tomada de Preços <input type="checkbox"/> Concorrência <input type="checkbox"/> Pregão Presencial <input type="checkbox"/> Pregão eletrônico <input type="checkbox"/> Registro de Preços <input type="checkbox"/> Adesão em Ata de registro de preço <input type="checkbox"/> Emergencial <input type="checkbox"/> Compra direta <input type="checkbox"/> Não realizou Processo Licitatório <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P5 - Existe uma Comissão de Licitação Permanente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável: Consórcio.		
	D4P6 - O Município está organizado na forma de consórcio para aquisição de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P7 - Qual a contribuição da sua participação no consórcio, qual a vantagem para o município em relação à Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Melhorou na organização da Assistência Farmacêutica <input type="checkbox"/> Impacto financeiro positivo <input type="checkbox"/> Aquisição de forma rápida, reduziu o desabastecimento.

Variável: Co-financiamento Estadual ou Municipal.		
	D4P8 - Existe algum programa de co-financiamento da Assistência Farmacêutica instituído?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual a Portaria que institui? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sei
	D4P9 - Houve emenda parlamentar, no último ano, destinada a Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Municipal, utilizada em? <input type="checkbox"/> Estruturação <input type="checkbox"/> Aquisição de medicamentos <input type="checkbox"/> Capacitação de Recursos Humanos <input type="checkbox"/> Outros



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Subprojeto de Intervenção da
Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualisUS-Rede

		<input type="checkbox"/> Estadual, utilizada em? <input type="checkbox"/> Estruturação <input type="checkbox"/> Aquisição de medicamentos <input type="checkbox"/> Capacitação de Recursos Humanos <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Federal, utilizada em? <input type="checkbox"/> Estruturação <input type="checkbox"/> Aquisição de medicamentos <input type="checkbox"/> Capacitação de Recursos Humanos <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P10 - Há incentivo financeiro Municipal para inserção das Práticas Integrativas no Cuidado?	<input type="checkbox"/> Sim, Qual? ____ <input type="checkbox"/> Plantas Medicinais <input type="checkbox"/> Fitoterapia <input type="checkbox"/> Homeopatia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P11 - O Município tem recurso financeiro voltado para os Arranjos Produtivos locais para plantas medicinais e fitoterápicos?	<input type="checkbox"/> Sim, Qual? <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável:

Banco de Preço da Saúde.

	D4P12 - Conhece a ferramenta do Banco de Preços em Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	D4P13 - A Secretaria de Saúde alimenta o Banco de Preços em Saúde com informações sobre os preços praticados em suas aquisições relacionadas à Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim, para medicamentos <input type="checkbox"/> Sim, para insumos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P14 - A Secretaria de Saúde utiliza as informações disponíveis no Banco de Preços para orientar o processo de aquisição de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim, para medicamentos <input type="checkbox"/> Sim, para insumos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável:

Relatório Anual de Gestão.

	D4P15 - O responsável pela Assistência Farmacêutica participa da elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P16 - As ações de Assistência Farmacêutica foram descritas no último Relatório de Gestão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P17 - Os Recursos previstos e executados	<input type="checkbox"/> Sim



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualisUS-Rede

		<input type="checkbox"/> Recolhimento do produto <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não realiza nenhuma ação.

Variável: Suporte técnico para equipe de Saúde.		
	D3P12 - É utilizado algum mecanismo para obtenção de informações sobre medicamentos, pela equipe de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? OPÇÕES DO MENU: <input type="checkbox"/> Portal Saúde Baseada em Evidências <input type="checkbox"/> Centro de Informação sobre Medicamentos / Serviço de informação sobre medicamento (CIM/SIM) <input type="checkbox"/> Formulário Terapêutico Nacional <input type="checkbox"/> Base de dados terciária (Micromedex, UpToDate) <input type="checkbox"/> Dicionário de Especialidade farmacêuticas (DEP) <input type="checkbox"/> Bula dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variáveis: Suporte técnico para a equipe de saúde; Educação Permanente.		
	D3P11 - Quantas atividades de educação permanente para o uso racional de medicamentos foram realizadas pelo farmacêutico aos profissionais da equipe de saúde, no último ano?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> acima de 13: _____

Variável: Recursos Humanos.		
	D3P13 - O farmacêutico realiza Visitas Domiciliares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D3P15 - Quais atividades técnico-assistenciais e técnico-gerenciais o farmacêutico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF realiza?	Técnico-gerenciais: OPÇÕES DO MENU: <input type="checkbox"/> seleção <input type="checkbox"/> programação <input type="checkbox"/> produção <input type="checkbox"/> aquisição <input type="checkbox"/> recebimento <input type="checkbox"/> armazenamento <input type="checkbox"/> distribuição <input type="checkbox"/> outros: _____ Técnico-Assistenciais: OPÇÕES DO MENU: <input type="checkbox"/> dispensação



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualSUS-Rede

		<input type="checkbox"/> Matranciamento <input type="checkbox"/> Grupo Operativo de Educação em Saúde <input type="checkbox"/> Participação em construção de Projeto Terapêutico Singular <input type="checkbox"/> Discussão de Casos <input type="checkbox"/> Seguimento Farmacoterapêutico <input type="checkbox"/> Orientação em Saúde <input type="checkbox"/> Outros : _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica.
	D3P16 - Quais atividades técnico-assistenciais e técnico-gerenciais o farmacêutico realiza?	Técnico-gerenciais: OPÇÕES DO MENU: <input type="checkbox"/> seleção <input type="checkbox"/> programação <input type="checkbox"/> produção <input type="checkbox"/> aquisição <input type="checkbox"/> recebimento <input type="checkbox"/> armazenamento <input type="checkbox"/> distribuição <input type="checkbox"/> outros: _____ Técnico-Assistenciais: OPÇÕES DO MENU: <input type="checkbox"/> dispensação <input type="checkbox"/> Matranciamento <input type="checkbox"/> Grupo Operativo de Educação em Saúde <input type="checkbox"/> Participação em construção de Projeto Terapêutico Singular <input type="checkbox"/> Discussão de Casos <input type="checkbox"/> Seguimento Farmacoterapêutico <input type="checkbox"/> Orientação em Saúde <input type="checkbox"/> Outros : _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica.
	D3P14 - Existe farmacêutico na equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF?	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos? OPÇÕES DO MENU: <input type="checkbox"/> 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () acima de 10: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P2 - No caso de existir uma coordenação de Assistência Farmacêutica Municipal, essa é coordenada por farmacêutico(a)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual a formação do coordenador da Assistência Farmacêutica? _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica
	D1P3 - Quantos farmacêuticos compõem o quadro de pessoal da Assistência Farmacêutica?	Resposta: _____
	D1P41 - Existe um plano de cargos e salários que contempla os profissionais da Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	D1P48 - Existe mecanismo de avaliação de desempenho dos profissionais da AF com incentivos relacionados a alcance de metas ou produção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualSUS-Rede

Variável: Estrutura.	
D3P17 - No município existe farmácia de dispensação de medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável: Informação e Educação em Saúde.	
D3P19 - É informado ao usuário de como ter acesso aos medicamentos do componente especializado?	<input type="checkbox"/> Sim. Por quem? OPÇÕES DO MENU: <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de Farmácia <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar em Enfermagem <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D3P20 - Como o usuário é informado sobre acesso aos medicamentos do componente especializado?	<input type="checkbox"/> Verbalmente <input type="checkbox"/> Panfleto <input type="checkbox"/> Cartaz <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Protocolo clínico impresso <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica
D3P21 - A equipe de Saúde realiza atividades de educação em saúde que aborde o uso de plantas medicinais e fitoterápicos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D3P22 - Quem realiza atividades de educação em saúde abordando o uso de plantas medicinais e fitoterápicos?	<input type="checkbox"/> Farmacêuticos <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de Farmácia <input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de Enfermagem <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica
D1P11 - Existe elaboração de informativos pela equipe da AF para o usuário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P13 - Há disponibilidade de Informação sobre locais de dispensação de medicamentos padronizados?	<input type="checkbox"/> Sim. Onde? _____ (na página eletrônica do Município, cartaz, panfleto ou outras formas) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P14 - O município divulga a lista de medicamentos padronizados (e suas atualizações) impressa nos consultórios dos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualSUS-Rede

prescritores?	
---------------	--

Variável: Adesão ao tratamento.	
D3P25 - Existe mecanismo para registrar a não adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? OPÇÕES DO MENU: <input type="checkbox"/> Ficha da Farmácia, <input type="checkbox"/> Formulário específico de Adesão, <input type="checkbox"/> Ficha de seguimento farmacoterapêutico, <input type="checkbox"/> Prontuário manual, <input type="checkbox"/> Prontuário eletrônico <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variáveis: Seleção de medicamentos; Procedimentos.	
D2P18 - Há um formulário disponível para a solicitação de inclusão/exclusão de medicamentos na lista padronizada de medicamentos do Município?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Variáveis: Distribuição de medicamentos; Procedimentos.	
D2P19 - Para qual(is) atividade(s) existe procedimento operacional padrão (POP)?	<input type="checkbox"/> Recepção de medicamentos e insumos <input type="checkbox"/> Armazenamento de medicamentos e insumos <input type="checkbox"/> Dispensação de medicamentos <input type="checkbox"/> Controle de temperatura e umidade <input type="checkbox"/> Controle de estoque <input type="checkbox"/> Limpeza <input type="checkbox"/> Fluxo de abastecimento <input type="checkbox"/> Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Não possui

Variável: Procedimentos.	
D2P20 - Existe um controle atualizado de entrada e saída de medicamentos no estabelecimento?	<input type="checkbox"/> Sim, Horas <input type="checkbox"/> Sim, Sistema próprio, desenvolvido pelo município <input type="checkbox"/> Sim, Terciarizados <input type="checkbox"/> Sim. Outro? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D2P21 - O inventário (balanço) dos	Medicamentos sujeitos a controle especial:



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualiSUS-Rede

	medicamentos armazenados no estabelecimento é feito:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Não é feito Outros medicamentos: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Não é feito
	D2P26 - Existe um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS), no município?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	D2P28 - Existe um serviço de recolhimento de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos inapropriados para o consumo) do estabelecimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Variáveis: Abastecimento de medicamentos e insumos; Programação de medicamentos.		
	D2P22 - Existem períodos de desabastecimento de medicamentos no estabelecimento?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Não ocorre
	D2P23 - Caso ocorra desabastecimento, qual(is) o(s) motivo(s)?	<input type="checkbox"/> Problemas do setor de compras <input type="checkbox"/> Problemas do mercado farmacêutico <input type="checkbox"/> Problemas de repasses de medicamentos nas instâncias do SUS <input type="checkbox"/> Atraso na distribuição <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Outro: _____

Variáveis: Abastecimento de medicamentos e insumos; Programação de medicamentos; Procedimentos.	
--	--



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualisUS-Rede

	D2P24 - Qual o procedimento adotado com o usuário, quando falta algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Encaminha o usuário para outra unidade <input type="checkbox"/> Encaminha para o Programa Farmácia Popular <input type="checkbox"/> Encaminha para uma farmácia comercial <input type="checkbox"/> Registra o contato do usuário para avisar quando o medicamento chegar <input type="checkbox"/> Outro: _____
	D2P25 - Quando há excesso de medicamentos no estoque, qual o procedimento adotado?	<input type="checkbox"/> Ajuste na programação <input type="checkbox"/> Redistribuição entre Unidades <input type="checkbox"/> Doação <input type="checkbox"/> Realiza troca com outros serviços do município <input type="checkbox"/> Empréstimo dentro da rede (outros municípios/Estado) <input type="checkbox"/> Perde-se o que sobrou <input type="checkbox"/> Outro: _____

Variáveis: Planejamento das ações da Assistência Farmacêutica; Sistema de informação em Assistência Farmacêutica.		
	D2P29 - Existência de monitoramento/avaliação da Assistência Farmacêutica por meio de indicadores.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Variável: Planejamento das ações da Assistência Farmacêutica.		
	D2P38 - Existem amostras grátis no estabelecimento sendo entregue ao usuário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D2P39 - O estabelecimento recebe visita de representante/propagandista da indústria/distribuidora de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P5 - O responsável pela AF participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	D1P6 - O Farmacêutico participa na elaboração e atualizações do Plano Municipal de Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variáveis: Planejamento das ações da Assistência Farmacêutica; Procedimentos.		
	D2P40 - Há serviço de entrega de medicamentos em casa?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual programa? _____ <input type="checkbox"/> Não



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualSUS-Rede

	D2P41 – Caso realize serviço de entrega de medicamentos em casa, Qual o critério de inclusão de usuário neste serviço?	<input type="checkbox"/> Acamados <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Usuários de medicamentos de uso contínuo <input type="checkbox"/> Idosos sem cuidadores/responsáveis/dificuldade de locomoção <input type="checkbox"/> Localidade de difícil acesso <input type="checkbox"/> Outros: _____
	D2P42 – Caso realize serviço de entrega de medicamentos em casa, Quais os medicamentos que são entregues?	<input type="checkbox"/> Medicamentos isentos de prescrição <input type="checkbox"/> Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica <input type="checkbox"/> Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica <input type="checkbox"/> Medicamentos sujeitos a controle especial <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso hospitalar <input type="checkbox"/> Outros: _____
	D2P43 – Caso realize serviço de entrega de medicamentos em casa, Os profissionais envolvidos receberam capacitação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D2P44 – Caso realize serviço de entrega de medicamentos em casa, Como é feito o armazenamento dos medicamentos no veículo?	<input type="checkbox"/> Recipiente próprio individualizado <input type="checkbox"/> Malaleta <input type="checkbox"/> Recipiente térmico (isopor ou semelhante) <input type="checkbox"/> Outros _____
	D2P45 – Caso realize serviço de entrega de medicamentos em casa, O controle de temperatura durante o transporte é realizado?	<input type="checkbox"/> Sim, Como? _____ <input type="checkbox"/> Não realiza
	D2P46 – Caso realize serviço de entrega de medicamentos em casa, Existe rastreabilidade dos medicamentos entregues?	<input type="checkbox"/> Sim, Como? _____ <input type="checkbox"/> Não realiza
	D2P47 – Caso realize serviço de entrega de medicamentos em casa, Como é realizado o acompanhamento destes usuários?	<input type="checkbox"/> NASF. Periodicidade? ____ <input type="checkbox"/> Visita Domiciliar pela ESF. Periodicidade? ____ <input type="checkbox"/> Unidades de saúde/CAPS. Periodicidade? ____ <input type="checkbox"/> Programa Melhor em Casa. Periodicidade? ____ <input type="checkbox"/> Outros _____ Periodicidade? ____ <input type="checkbox"/> Não realiza
Variável:		
Estruturas formais.		
	D1P1 - A assistência farmacêutica faz parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual terminologia? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualisUS-Rede

Variáveis: Estruturais formais: Seleção de Medicamentos.	
	Múltiplas escolhas <input type="checkbox"/> Farmacêuticos. Quantidade: _____ (menu dropbox de 1 a 10) <input type="checkbox"/> Enfermeiro. Quantidade: _____ (menu dropbox de 1 a 10) <input type="checkbox"/> Médicos. Quantidade: _____ (menu dropbox de 1 a 10) <input type="checkbox"/> Dentista. Quantidade: _____ (menu dropbox de 1 a 10) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Não sabe
D1P16 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é composta por:	
Variável: Seleção de medicamentos.	
D1P15 - Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente constituída na Secretaria Municipal de Saúde? (PNAUM, 2013)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Está em fase de implementação <input type="checkbox"/> Não sei
D1P17 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) se reuniu no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim, Quantas vezes: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não se aplica
D1P18 - Existe uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) ou uma Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME) instituída?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P19 - A lista de medicamentos padronizados possui algum medicamento que não está na RENAME 2012?	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos itens? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P20 - Há uma Relação Estadual de Medicamentos Básicos pactuada na CIB?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P21 - Qual(is) o(s) critério(s) utilizado(s) para a composição da lista padronizada de medicamentos do Município?	Pode assinalar mais do que uma opção: <input type="checkbox"/> Dados do Município (epidemiológico, consumo etc.) <input type="checkbox"/> Evidências científicas <input type="checkbox"/> Demanda dos serviços municipais de saúde <input type="checkbox"/> Lançamento de novos medicamentos no mercado <input type="checkbox"/> Relatórios de controle de estoque das UBS <input type="checkbox"/> Necessidade dos protocolos clínicos implantados <input type="checkbox"/> Relatório da CAF <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Utilização da lista do Estado ou da



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualisUS-Rede

		União <input type="checkbox"/> Não utiliza método algum <input type="checkbox"/> Manutenção das listas anteriores do Município <input type="checkbox"/> Não existe uma lista padronizada de medicamentos <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P26 - Há medicamentos fitoterápicos ofertados pelo município na rede pública de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim, contemplados na RENAME <input type="checkbox"/> Sim, outros <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P27 - Há medicamentos homeopáticos ofertados pelo município na rede pública?	<input type="checkbox"/> Sim, contemplados na RENAME <input type="checkbox"/> Sim, outros <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável:

Educação Permanente.

	D1P4 - Existe previsão de recurso financeiro para participação do farmacêutico em curso de Educação Permanente?	<input type="checkbox"/> Sim. Onde? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
--	---	---

Variáveis:

Educação permanente;

Recursos humanos.

	D1P39 - Quantas capacitações voltadas para as atividades da AF foram desenvolvidas para farmacêuticos no último ano?	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mais que 5
	D1P40 - Quantas capacitações voltadas para as atividades da AF foram desenvolvidas para outros profissionais no último ano?	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mais que 5

Variáveis:

Educação permanente;

Suporte técnico para a equipe de saúde;

Informação e educação em saúde.

	D1P42 - O Município/Estado viabiliza a participação dos farmacêuticos em cursos de atualização/capacitações externas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	D1P43 - O Município/Estado viabiliza a participação dos demais profissionais da AF	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualISUS-Rede

	em cursos de atualização/capacitações externas?	
	D1P45 - O Plano Municipal de Saúde contempla ações para a Educação Permanente para a AF?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	D1P46 - Os farmacêuticos se reúnem periodicamente com o gestor da AF?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se Sim, qual frequência? <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimensal <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual

Variável: Controle Social		
	D1P7 - O Conselho Municipal de Saúde participa nas decisões sobre questões relacionadas à Assistência Farmacêutica no município?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	D1P8 - A Prestação de Contas dos investimentos em Assistência Farmacêutica foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde, no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P9 - Existem mecanismos no Município para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?	<input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P10 - Você recebeu críticas e/ou sugestões sobre a Assistência Farmacêutica, no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável: Interferência jurídica no acesso		
	D1P22 - Existe demanda judicial para fornecimento de medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P23 - O gestor municipal conta com assessoria jurídica para resposta à demandas judiciais para fornecimento de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P24 - O gestor Municipal conta com assessoria técnica farmacêutica para resposta às demandas judiciais para fornecimento de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P25 - Qual a maior incidência de demanda judicial?	<input type="checkbox"/> Componente Básico <input type="checkbox"/> Componente Especializado <input type="checkbox"/> Componente Estratégico <input type="checkbox"/> Oncologia <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Nenhum



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualisUS-Rede

Variável: Programação de medicamentos.		
	D1P28 - Existe cronograma de envio das informações pelas unidades que dispensam medicamentos para a programação da aquisição de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	D1P29 - Existe cronograma de envio do pedido para abastecimento das unidades para a CAF?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	D1P30 - Qual o critério utilizado, no último ano, na programação para aquisição de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Consumo médio <input type="checkbox"/> Perfil epidemiológico <input type="checkbox"/> Outro

Variável: Aquisição de medicamentos.		
	D1P31 - O farmacêutico participa na elaboração do Termo de Referência (TR) para a aquisição de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P32 - O farmacêutico emite parecer técnico no processo licitatório para a aquisição de medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável: Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica		
	D1P33 - Existe um sistema informatizado* para a gestão da Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim, Horas <input type="checkbox"/> Sim, Sistema próprio, desenvolvido pelo município <input type="checkbox"/> Sim, Terciarizados <input type="checkbox"/> Sim Outro? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei *Sistema informatizado entende-se por software e não apenas uma planilha do Microsoft Excel.
	D1P34 - Quais funcionalidades são disponibilizadas pelo sistema informatizado?	Pode assinalar mais do que uma opção: <input type="checkbox"/> Aquisição <input type="checkbox"/> Dispensação <input type="checkbox"/> Controle de estoque <input type="checkbox"/> Armazenamento <input type="checkbox"/> Distribuição <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Informação de medicamentos (validade, lote, informações farmacológicas etc.)
	D1P35 - Quais funcionalidades são utilizados pelo sistema informatizado?	Pode assinalar mais do que uma opção: <input type="checkbox"/> Aquisição <input type="checkbox"/> Dispensação <input type="checkbox"/> Controle de estoque <input type="checkbox"/> Armazenamento



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualisUS-Rede

		<input type="checkbox"/> Distribuição <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Informação de medicamentos (validade, lote, informações farmacológicas etc.)
	D1P36 - O sistema informatizado está em rede com as Unidades de Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável:		
Integração da Assistência Farmacêutica com outras áreas técnicas		
	D1P37 - A AF participa de ações conjuntas com demais áreas técnicas da SMS?	<input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D1P38 - Os profissionais da AF são convidados a participar no planejamento de ações nos diferentes pontos de atenção no município?	<input type="checkbox"/> Sim, participa ativamente <input type="checkbox"/> Sim, mas não participa <input type="checkbox"/> Não, não é convidado
	D1P47 - Os funcionários da AF se reúnem periodicamente com a equipe multiprofissional para discutir processos de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se Sim, qual frequência? <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimensal <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual

Descritivos:**D- Dimensão****P- Pergunta**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
 Subprojeto de Intervenção da
 Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualisUS-Rede

	para a Assistência Farmacêutica foram descritas no último Relatório Anual de Gestão?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
--	--	--

Variável:

Plano Plurianual.

	D4P18 - O Responsável da Assistência Farmacêutica participou da elaboração do Plano Plurianual?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
--	---	--

Variável:

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

	D4P19 - O Responsável pela Assistência farmacêutica participou da elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), em vigência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
--	---	--

Variável:

Lei Orçamentária Anual (LOA).

	D4P20 - O responsável pela Assistência Farmacêutica tem conhecimento da Lei Orçamentária Anual, em vigência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P21 - O responsável pela Assistência Farmacêutica participou na elaboração da Lei Orçamentária Anual, em vigência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P22 - Na Lei Orçamentária Anual, em vigência, está previsto recursos orçamentários específicos para a aquisição de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P23 - Na Lei Orçamentária Anual, em vigência, está previsto recursos orçamentários específicos para a estruturação da Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P24 - Na Lei Orçamentária Anual, em vigência, está previsto recursos orçamentários específicos para o desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica, além do processo de aquisição e estruturação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável:

Programação Anual da Saúde.

	D4P25 - Responsável pela Assistência Farmacêutica participou na elaboração da Programação Anual da Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P26 - As ações da Assistência Farmacêutica estão contempladas na Programação Anual da Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	D4P27 - Na Programação Anual da Saúde, em vigência, está previsto nas ações da	<input type="checkbox"/> Capacitações <input type="checkbox"/> Informatização



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Subprojeto de Intervenção da
Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualSUS-Rede

Assistência Farmacêutica voltadas para:	<input type="checkbox"/> Ampliação De Recursos Humanos <input type="checkbox"/> Reformas <input type="checkbox"/> Construção <input type="checkbox"/> Educação Permanente <input type="checkbox"/> Outros: _____
---	--

Variável: Oferta de Medicamentos.	
D4P30 - O recurso total previsto, na portaria em vigência do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, é suficiente para adquirir todos os itens de medicamentos padronizados nas quantidades adequadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável: Receita do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.	
D4P31 - O Município destinou recursos financeiros de contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em portaria, no ano anterior?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D4P32 - O Estado destinou recursos financeiros de contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em portaria, no ano anterior?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D4P33 - No primeiro semestre de 2013, o Município destinou recursos financeiros de contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previsto em portaria?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D4P34 - No primeiro semestre de 2013, o Estado destinou recursos financeiros de contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previsto em portaria?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D4P35 - Os recursos orçados para aquisição de medicamentos foram utilizados em sua totalidade, no ano anterior?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável: Dispensação de medicamentos.	
D3P23 - É realizado agendamento da dispensação de medicamentos de uso contínuo (tratamento de condições crônicas)?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual a forma? OPÇÕES DE MENU: <input type="checkbox"/> Manual, <input type="checkbox"/> Planilha do Excel, <input type="checkbox"/> Software informatizado (ex.: Hórus) <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei.
D3P24 - Qual procedimento adotado quando é identificado o não comparecimento do	<input type="checkbox"/> Busca ativa pela equipe da Assistência Farmacêutica



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Subprojeto de Intervenção da
Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde - QualISUS-Rede

	usuário na retirada de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Busca ativa pela equipe da Unidade de Saúde de referência <input type="checkbox"/> Comunica-se com a equipe de Atenção Primária à Saúde do usuário (Estratégia Saúde da Família ou outro) <input type="checkbox"/> Aguarda o retorno do usuário <input type="checkbox"/> Retira o usuário do programa <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não sei
--	--------------------------------------	---

Variáveis: Farmacovigilância; Procedimentos.		
	D3P7 - Existe algum fluxo para a notificação de queixa e/ou evento adverso à medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? opções do menu: <input type="checkbox"/> Procedimento Operacional Padrão específico <input type="checkbox"/> Discussão com a equipe e notificação <input type="checkbox"/> Avaliação individual do profissional e notificação <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Variável: Farmacovigilância.		
	D3P8 - Qual é o encaminhamento dado às notificações de eventos adversos do medicamento?	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Encaminhado para o nível central da Assistência Farmacêutica <input type="checkbox"/> Sistema de notificações em vigilância sanitária - NOTIVISA <input type="checkbox"/> Encaminhado para Vigilância em Saúde municipal; <input type="checkbox"/> Encaminhado para outro setor. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não recebemos notificações de efeitos adversos <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos _____ <input type="checkbox"/> Não sei
	D3P9 - No último ano, qual o número de queixa e/ou notificações de efeitos adversos foram registrados?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> acima de 10: _____ <input type="checkbox"/> Não recebemos notificações de efeitos adversos <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não se aplica
	D3P10 - Qual(is) procedimento(s) adotado(s) pelo município/estado quando há publicação de alertas técnicos sobre medicamentos que não estão em conformidade com a ANVISA?	<input type="checkbox"/> Divulgação do alerta para os estabelecimentos / municípios; <input type="checkbox"/> Divulgação para os profissionais de saúde; <input type="checkbox"/> Divulgação da informações na mídia local.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM RECORTE NAS REGIÕES DO PROJETO QUALISUS-REDE

Pesquisador: KAREN SARMENTO COSTA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 19554413.6.0000.0008

Instituição Proponente: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde
The World Bank

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 813.052

Data da Relatoria: 29/09/2014

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO:

Após duas décadas e meia desde o advento do SUS, pode-se verificar seu impacto positivo na saúde da população, na ampliação da cobertura, melhoria da assistência e qualificação da gestão. Contudo, o modelo de atenção à saúde ainda vigente na sociedade brasileira, no século XXI, fundamentado em ações curativas, cuidado médico e ações e serviços de saúde dimensionados pela oferta, tem sido insuficiente para os desafios sanitários atuais e futuros. As desigualdades sociais e econômicas do país, agregadas à gestão ineficiente dos recursos financeiros, à prescrição e utilização irracional de medicamentos, podem determinar a restrição do acesso e favorecer o uso indevido de medicamentos, com comprometimento da saúde da população do país. O desafio para o SUS e Assistência Farmacêutica consiste em consolidar um sistema embasado na integralidade, que responda às necessidades de saúde da população. Com esse propósito, foi concebido o presente projeto de pesquisa que pretende realizar um diagnóstico da assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde.

Como metodologia, o estudo foi proposto com o método quali-quantitativo de pesquisa em saúde, com emprego de instrumentos multivariados de coleta de dados secundários (pesquisa

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício EX-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 813.052

bibliográfica, pesquisa documental) e dados primários (pesquisa de campo). A coleta de dados secundários referente à pesquisa bibliográfica compreenderá a consulta à produção bibliográfica sobre assistência farmacêutica, saúde e temas correlatos à investigação, sem abrangência temporal estabelecida. A coleta de dados secundários relativos à pesquisa documental se refere à consulta de documentos institucionais, legais e normativos, sem recorte temporal, sendo que a consulta de dados e informações sobre os municípios do estudo abrangerá o período 2009-2012.

A coleta dos dados primários será realizada a partir do segundo semestre de 2013, através da observação de campo, realizada nos pontos de apoio terapêutico, pontos de atenção e outros relacionados aos serviços farmacêuticos, em 486 municípios, nas 15 Regiões prioritárias do Projeto QualiSUS-Rede; e o questionário será aplicado a técnicos e gestores municipais e estaduais da Assistência Farmacêutica, no seu local de trabalho, em 379 municípios, nas 15 Regiões prioritárias do Projeto QualiSUS-Rede.

As coletas dos dados primários e secundários serão realizadas pelos 15 apoiadores regionais em Assistência Farmacêutica do projeto QualiSUS-Rede, sob supervisão da equipe técnica do Departamento da Assistência Farmacêutica e pelo supervisor do Projeto de Intervenção do Ministério da Saúde.

HIPÓTESE:

A hipótese subjacente, que permeia o processo de investigação, consiste em que, nas 15 Regiões prioritárias do Projeto QualiSUS-Rede, a situação dos serviços farmacêuticos (técnicos, gerenciais e assistenciais), que envolvem a assistência farmacêutica, estaria funcionando de acordo com as diretrizes de saúde propostas para o funcionamento das Redes Regionais de Atenção à Saúde.

METODOLOGIA:

No estudo foi incorporado o método quali-quantitativo de pesquisa em saúde, com emprego de instrumentos multivariados de coleta de dados secundários (pesquisa bibliográfica, pesquisa documental) e dados primários (pesquisa de campo). A coleta de dados secundários referente à pesquisa bibliográfica compreenderá a consulta à produção bibliográfica sobre assistência farmacêutica, saúde e temas correlatos à investigação, sem abrangência temporal estabelecida. A coleta de dados secundários relativos à pesquisa documental se refere à consulta de documentos institucionais, legais e normativos, sem recorte temporal, sendo que a consulta de dados e

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 813.052

informações sobre os municípios do estudo abrangerá o período 2009-2012. A coleta dos dados primários será produzida a partir do segundo semestre de 2013: a observação de campo será realizada nos pontos de apoio terapêutico, pontos de atenção e outros relacionados aos serviços farmacêuticos, em 488 municípios, nas 15 Regiões prioritárias do Projeto QualiSUS-Rede; e o questionário será aplicado a técnicos e gestores municipais e estaduais da Assistência Farmacêutica, no seu local de trabalho, em 379 municípios, nas 15 Regiões prioritárias do Projeto QualiSUS-Rede. A coleta dos dados primários e secundários será realizada pelos 15 Apoiadores Regionais em Assistência Farmacêutica do projeto QualiSUS-Rede, sob supervisão da equipe técnica do Departamento da Assistência Farmacêutica e pelo supervisor do Projeto de Intervenção do Ministério da Saúde. A organização dos dados coletados para obtenção dos resultados será feita com apoio dos programas IBM SPSS, SAS ou Stata. O elenco de medicamentos será classificado segundo a Classificação ATC (anatômica, terapêutica e química) proposta pela Organização Mundial da Saúde e sistematizada pelo World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (2012). A interpretação dos resultados será desenvolvida com suporte da teoria das probabilidades e da inferência estatística do método quantitativo de pesquisa, e poderá contar com apoio de elementos do método qualitativo de pesquisa social em saúde, por meio da análise temática e da análise de conteúdo, a fim de favorecer a análise combinada dos vários instrumentos de coleta de dados e métodos de investigação. Após a interpretação dos dados coletados será feita uma análise crítica para a validação final da investigação, que poderá contar com suporte de especialistas externos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

O objetivo da pesquisa consiste em verificar se, nas 15 Regiões prioritárias do Projeto QualiSUS-Rede, os serviços farmacêuticos (técnicos, gerenciais e assistenciais) que envolvem a assistência farmacêutica, vêm funcionando de acordo com as diretrizes de saúde das Redes Regionais de Atenção à Saúde, além de identificar os avanços e desafios para qualificar os serviços farmacêuticos no SUS, a fim de atender às demandas sociais e sanitárias das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e assegurar ao usuário o cuidado farmacêutico com efetividade e eficiência.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

Identificar a estrutura do parque tecnológico nas regiões, relacionada à informatização dos

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 813.052

serviços farmacêuticos como também seu potencial frente ao fortalecimento da atenção básica como centro de comunicação das redes regionais de atenção à saúde;

Caracterizar as dificuldades para a qualificação da gestão da assistência farmacêutica, encontradas pelos serviços farmacêuticos nas Regiões QualiSUS-Rede, relacionados à estrutura e processo;

Caracterizar regionalmente a qualificação profissional envolvida na assistência farmacêutica das Regiões do Projeto QualiSUSRede;

Identificar os serviços farmacêuticos desenvolvidos nas Regiões QualiSUS-Rede relacionados ao cuidado, as dificuldades para sua implementação nos serviços de saúde, e também uma região potencial para desenvolver ferramentas necessárias à qualificação do cuidado nas RAS, priorizando a atenção básica;

Identificar as diferentes formas para definição dos elencos de medicamentos nos municipais das Regiões QualiSUS-Rede, frente aos novos marcos legais da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, os riscos e benefícios são:

RISCOS:

Essa pesquisa apresenta risco mínimo. Em caso de danos físicos, psíquicos, morais e intelectuais, sociais, culturais e espirituais relacionados com esta pesquisa, o participante terá direito à assistência integral e indenização, conforme a Resolução CNS 466/12.

BENEFÍCIOS:

Geração de conhecimentos que subsidiem a análise da Política de Assistência Farmacêutica do País.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente emenda trata de alterações apresentadas no seguinte documento:

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_390287_E1.pdf", com data do envio de 12 de setembro de 2014.

Este foi o único documento anexado. As únicas alterações substanciais foram mudanças dos membros da equipe de pesquisa.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 813.052

O protocolo trata de um estudo que consiste em verificar se, nas 15 Regiões prioritárias do Projeto QualiSUS-Rede, no segundo semestre de 2013, os serviços farmacêuticos (técnicos, gerenciais e assistenciais) que envolvem a assistência farmacêutica vêm funcionando de acordo com as diretrizes de saúde das Redes Regionais de Atenção à Saúde, além de identificar os avanços e desafios para qualificar os serviços farmacêuticos no SUS, a fim de atender às demandas sociais e sanitárias das Redes de Atenção à Saúde e assegurar ao usuário o cuidado farmacêutico com efetividade e eficiência.

A coleta de dados de 15 regiões do Brasil, envolvendo usuários e profissionais, será realizada em fontes primárias (aplicação de questionários) e secundárias (consulta a documentos e relatórios), além de realização de diagnóstico situacional e observação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para a realização da apreciação ética desta emenda e anteriores foram analisados os seguintes documentos:

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_398086.pdf;
 PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_350770.pdf;
 PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_399423.pdf;
 PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_195544.pdf;
 Folha de rosto ALTERADA.pdf;
 TCLE_FINAL_ALTERADO.pdf;
 TCLE_FINAL ALTERADO 18.09.pdf;
 TCLE_FINAL.pdf;
 RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS 18.09.pdf;
 RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS 23.08.pdf;
 Anexo A - Capa.pdf;
 Anexo B - Questionário Secretário de Saúde.pdf;
 Anexo C - Questionário Responsável pela Assistência Farmacêutica.pdf;
 Anexo D - Questionário Profissional de Saúde - Ponto de Atenção e Apoio Terapêutico.pdf;
 Anexo E - Questionário Profissional de Saúde - Farmácia Hospitalar.pdf;
 Anexo F - Questionário - Observação Direta.pdf;
 CONEP_Projeto_DAF_IntervencaoAFQualiSUS_FINAL _ALTERADO 18.09.pdf

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA**

Continuação do Parecer: 813.052

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo foi previamente aprovado pela CONEP, através do Parecer 399.423 de 18/09/2013, e as modificações propostas na emenda apreciada não modificam o protocolo desde o ponto de vista ético.

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa proposta.

Situação: emenda aprovada.

BRASILIA, 01 de Outubro de 2014

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br