Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Assistência farmacêutica no Sistema Único
de Saúde: responsabilidade compartilhada
por União, Estado e Municípios**

Adriane Lopes Medeiros

Tese apresentada a Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadores:

Profa. Dra. Nicolina Silvana Romano-Lieber

Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka

São Paulo
2018

Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios

Adriane Lopes Medeiros

Tese apresentada a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadores:

Profa. Dra. Nicolina Silvana Romano-Lieber

Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka

Versão corrigida

São Paulo

2018

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

Catálogo da Publicação Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Lopes Medeiros, Adriane

- Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios / Adriane Lopes Medeiros; orientadora Nicolina Silvana Romano-Lieber; co-orientador Oswaldo Yoshimi Tanaka. -- São Paulo, 2018.

260 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

1. assistência farmacêutica. 2. Sistema Único de Saúde. 3. política de saúde. 4. governo estadual. 5. gestão em saúde. I. Silvana Romano-Lieber, Nicolina, orient. II. Yoshimi Tanaka, Oswaldo, co-orient. III. Título.

Nome: MEDEIROS, Adriane Lopes

Título: Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

Responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios

Tese apresentada a Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Aprovado em: 14/03/2018

Banca Examinadora

Profa. Dra. Nicolina Silvana Romano-Lieber

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Orientadora / Presidente

Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Co-orientador

Profa.: Silvana Nair Leite Contezini

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Julgamento: Aprovado

Profa.: Silvia Storpirtis

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovado

Profa.: Sonia Lucena Cipriano

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovado

DEDICATÓRIA

À minha família, meu alicerce

Aos meus avós, Aparecido (*in memoriam*) e Doralice, pelo exemplo de fé, perseverança e amor que são para nossa família, e também por realizar em mim o sonho de estudar.

A minha querida mãe, Mabel, que dedicou a sua vida para o cuidado à família, nos ensinou o caminho que uma pessoa “de valor” deve trilhar e usou o amor como ferramenta de transformação.

A minha irmã, Patrícia, pela cumplicidade, companheirismo e pelas influências positivas na vida; ao Gustavo, nosso grande pequenino.

Ao Victor, pessoa especial que escolhi – e me escolheu – como parceiro de vida.

Muito obrigada pelo apoio e amor incondicional. Vocês são a razão da minha vida.

Aos meus mestres

A Profa. Nicolina Silvana Romano-Lieber, por aceitar conduzir-me nesta jornada e fazê-la de forma brilhante, por compreender meus limites e reconhecer meus avanços.

Ao Prof. Oswaldo Yoshimi Tanaka, por estar conosco neste desafio, sempre com sábias palavras para nos oferecer.

Com carinho, agradeço a amizade, a dedicação e a orientação. Vocês são exemplos de vida e profissionalismo, ícones em saúde pública com quem tive a oportunidade ímpar de compartilhar o conhecimento acumulado.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos membros da banca, pelas oportunas contribuições para o aperfeiçoamento desta tese. Sinto-me honrada por ser avaliada por referências profissionais em minha área de atuação.

Membros titulares

Profa. Dra. Silvana Nair Leite Contezini – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa, Departamento de Ciências Farmacêuticas

Profa. Dra. Silvia Storpirtis – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, Departamento de Farmácia

Profa. Dra. Sonia Lucena Cipriano – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Serviço de Farmácia

Membros suplentes:

Profa. Dra. Marilia Prado Louvison – Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, Departamento de Política, Gestão e Saúde

Profa. Dra. Daniela Oliveira de Melo – Instituto de Ciências Ambientais, Químicas e Farmacêuticas da Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Ciências Biológicas

Profa. Dra. Karen Sarmiento Costa – Núcleo de Estudo de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas

Profa. Dra. Aylene Bousquat – Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, Departamento de Política, Gestão e Saúde

AGRADECIMENTOS

Ao final de cada ciclo de nossas vidas, é momento de reflexão e renovação. É tempo de fazermos um balanço de nossos percalços e progressos, de refletirmos sobre nossas ações e traçar novos planos. Mas, principalmente, é tempo de agradecer:

Agradeço à Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde (CCTIES) da Secretaria de Estado da Saúde pela parceria no desenvolvimento desta pesquisa no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS.

Aos farmacêuticos sujeitos da pesquisa, pelas valiosas contribuições na etapa de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS: Alexandra Mariano Fidêncio Casarini, Brunna Raphaelly Amaral da Silva, Daniela Oliveira de Melo, Dirce Cruz Marques, Karina de Oliveira Fatel Martins, Lucia Helena Terenciani Rodrigues Pereira e Renata Zaidan dos Santos.

As alunas dos cursos de Graduação em Saúde Pública e Farmácia da Universidade de São Paulo – Ana Flávia Silva e Tatiane Sayuri Ishida – pelo suporte nas etapas de revisão bibliográfica e coleta de dados.

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública e da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo, por compartilharem seus conhecimentos visando meu desenvolvimento acadêmico.

Aos colaboradores da Secretaria de Pós-Graduação, do Departamento de Política e Gestão e Saúde, do Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Informação e Referência em Saúde Pública e da Comissão de Pesquisa, Cultura e Extensão Universitária da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelo apoio técnico e administrativo.

Aos Coordenadores e Diretores de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no período de 2013 a 2018,

por apoiarem o estudo, de forma conjunta às atividades profissionais: Sônia Lucena Cipriano, Sérgio Swain Muller, Márcia Evangelina Alge, Durval de Moraes Junior, Maria do Carmo Marino Schiavon, Victor Hugo Costa Travassos da Rosa, Alexandra Mariano Fidêncio Casarini, Sonia Maria Franchin Silva e Eliana Satiko Shiine Gravinez.

A equipe de colaboradores da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica e aos colegas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em nível central e regional, pelo incentivo e conhecimento compartilhado nestes anos de convivência dedicados ao Sistema Único de Saúde.

Aos amigos que estiveram ao meu lado, próximos e distantes, as palavras não são suficientes para descrever meu carinho e admiração por vocês.

Em especial gostaria de agradecer as minhas queridas Karina de Oliveira Fatel Martins, Sonia Lucena Cipriano, Alexandra Mariano Fidêncio Casarini e Kamila Lima da Silva, que me acompanharam de perto nestes últimos cinco anos e torcem por mim como fazem para si mesmas. Vocês moram no meu coração, contem comigo sempre!

Ao Decit/SCTIE/MS, por intermédio do CNPq, à FAPESP e à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo pelo financiamento da pesquisa e da publicação do e-book fruto desta tese.

E principalmente, agradeço a Deus, pela dádiva da vida, pelos anjos que colocou em meu caminho e pela inspiração para desenvolvimento e escrita desta tese.

“O que é preciso para ser feliz?
Amar como Jesus amou
Sonhar como Jesus sonhou
Pensar como Jesus pensou
Viver como Jesus viveu
Sentir o que Jesus sentia
Sorrir como Jesus sorria
E ao chegar ao fim do dia
Eu sei que dormiria muito mais feliz”.

Padre Zezinho

RESUMO

MEDEIROS, Adriane Lopes. **Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios**. 2018. 260 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Esta tese teve por objetivo compreender a assistência farmacêutica quanto às responsabilidades compartilhadas por União, Estado e Municípios, com base no arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Inicialmente, realizou-se a construção e validação de um modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS. A proposta do modelo lógico teve como base os elementos do modelo de avaliação da assistência farmacêutica proposto por Cosendey, Hartz e Bermudez (2003), as responsabilidades interfederativas expressas em documentos oficiais e a literatura relacionada a assistência farmacêutica no SUS. Para sua validação, realizou-se consulta a sete especialistas, empregando-se como técnica de consenso o método Delphi. O modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS foi composto por oito componentes (seleção, financiamento, programação e aquisição, logística, utilização, gestão, educação e pesquisa), seus objetivos e por uma matriz de 54 responsabilidades sanitárias e 73 produtos, que suportam os três resultados esperados da assistência farmacêutica no SUS: acesso a medicamentos essenciais, uso racional de medicamentos e estruturação da assistência farmacêutica. Em seguida, realizou-se a caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo quanto as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor estadual, descritos no modelo lógico. A definição dos aspectos considerados neste processo se deu a partir da pesquisa bibliográfica e foram organizados e

analisados criticamente documentos obtidos por diferentes fontes. Verificou-se avanços e desafios da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo: a participação dos medicamentos na despesa com saúde, a contrapartida para atenção básica e os repasses aos municípios eram superiores aos nacionais; em média havia 83,5% de disponibilidade e 59,5 dias/ano de desabastecimento de medicamentos nas Farmácias de Medicamentos Especializados, que atendiam 3,09% da população; a Política Estadual de Medicamentos foi instituída em 2006 e havia integração da assistência farmacêutica nos instrumentos de gestão; identificou-se a necessidade de reorientação da seleção de medicamentos e da promoção do uso racional, integração ao controle social e maior investimento em monitoramento/avaliação, capacitação e pesquisa. Conclui-se que o modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS permite a compreensão do papel dos gestores do SUS de forma abrangente, servindo como referência para a definição de estratégias para implementação e operacionalização da assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde, bem como para construção de modelos teóricos de avaliação da assistência farmacêutica como responsabilidade compartilhada no âmbito do SUS.

Palavras-chave: assistência farmacêutica, Sistema Único de Saúde, política de saúde, governo estadual, gestão em saúde.

ABSTRACT

MEDEIROS, Adriane Lopes. **Pharmaceutical services in Unified Health System. Shared responsibility by Federal, State and Local Governments.** 2018. 260 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

This thesis aimed to understand pharmaceutical services regarding the responsibilities shared by Federal, State and Local Governments, based on Unified Health System (SUS) legal framework. It is a descriptive research, with qualitative approach. First, the construction and validation of a logical framework of pharmaceutical services in SUS was carried out. The logical framework was based on the elements of the evaluation model of pharmaceutical services proposed by Cosendey, Hartz and Bermudez (2003), interfederative responsibilities expressed in official documents and literature related to pharmaceutical services. For its validation, seven specialists were consulted, using Delphi method as a consensus technique. The logical framework of pharmaceutical services in SUS was composed by eight components (selection, financing, programming and acquisition, logistics, use, management, education and research), its objectives, and by an array of 54 responsibilities and 73 products that support the three expected outcomes of pharmaceutical services in SUS: access to essential medicines, rational use of medicines and structuring of pharmaceutical services. Then, it was held the characterization of pharmaceutical services in São Paulo State, according to health responsibilities and expected products of state government, described in the logical framework. The definition of the aspects considered in this process was based on bibliographic research. Documents obtained from different sources were organized and critically analyzed. There were advances and challenges of pharmaceutical services in São Paulo State: the share of medicines in

health spending, the counterpart for basic care and fund-to-fund transfers to municipalities were higher than national parameters; on average, there was 83.5% availability and 59.5 days/year of drug shortages in the “Farmácias de Medicamentos Especializados”, which served 3.09% of the population; the State Drug Policy was instituted in 2006 and there was integration of pharmaceutical services in management instruments; the need to reorient selection of medicines and the promotion of rational use, integration to social control and greater investment in monitoring / evaluation, training and research were identified. In conclusion, the logical framework of pharmaceutical services in SUS allows an understanding of the role of SUS managers in a comprehensive way, serving as a reference for the definition of strategies to implement and operationalize pharmaceutical services in health care networks, as well as for the construction of theoretical evaluation models of pharmaceutical services as shared responsibility within SUS.

Keywords: pharmaceutical services; Unified Health System; health policy, state government, health management.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZAÇÃO	25
1.1. INTRODUÇÃO	25
1.2. JUSTIFICATIVA	28
1.3. OBJETIVOS	34
1.4. REFERÊNCIAS.....	34
CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL.....	40
2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DA COMPETÊNCIA CONSTITUCIONAL ÀS RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS ...	40
2.2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	52
2.3. REFERÊNCIAS.....	75
CAPÍTULO 3: MÉTODO	83
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	83
3.2. ELABORAÇÃO DO MODELO LÓGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	84
3.2.1. Coleta de dados	86
3.2.2. Tratamento de dados	91
3.3. VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	93
3.3.1. Coleta de dados	95
3.3.2. Tratamento de dados	96
3.3.3. Aspectos éticos	97

3.4. CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO	98
3.4.1. Coleta de dados	101
3.4.2. Tratamento de dados	105
3.5. REFERÊNCIAS	105
CAPÍTULO 4: PHARMACEUTICAL SERVICES AS SHARED RESPONSIBILITY IN SUS – A LOGICAL FRAMEWORK PROPOSAL...	111
ABSTRACT	111
4.1. INTRODUCTION	111
4.2. METHODS	114
4.3. RESULTS AND DISCUSSION	116
4.4. FINAL CONSIDERATIONS	129
4.5. REFERENCES	130
CAPÍTULO 5: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO: RESPONSABILIDADE DOS TRÊS ENTES FEDERATIVOS DO SUS.....	133
CAPÍTULO 6: CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO.....	134
RESUMO	134
6.1. INTRODUÇÃO	135
6.2. MÉTODO.....	136
6.3. RESULTADOS	139
6.4. DISCUSSÃO	154
6.5. REFERÊNCIAS.....	162
CAPÍTULO 7: CONCLUSÕES	170
APÊNDICES	177

APÊNDICE A. Caracterização dos documentos oficiais disponíveis nos Informes Eletrônicos de Legislação publicados no período de maio de 2006 a novembro de 2015.....	177
APÊNDICE B. Etapa 1: Seleção preliminar, a partir da origem dos documentos oficiais.....	178
APÊNDICE C. Etapa 2: seleção preliminar, a partir da leitura das ementas dos documentos oficiais.	179
APÊNDICE D. Etapa 3: seleção final, a partir da leitura das ementas dos documentos oficiais.....	180
APÊNDICE E. Exemplificação do processo de construção da matriz de responsabilidades interfederativas.	182
APÊNDICE F. Modelo de convite para participação na pesquisa.....	184
APÊNDICE G. Questionário 1 – Caracterização profissional	185
APÊNDICE H. Questionário 2 – 1ª RODADA: Avaliação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo....	188
APÊNDICE I. Termo de consentimento livre e esclarecido	227
APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo.....	229
APÊNDICE K. Caracterização da dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo, por Departamento Regional de Saúde.....	240
ANEXOS	241
ANEXO A. Resumo publicado.	241
ANEXO B. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	242
ANEXO C. Protocolo SIC nº 692331710057.	245
ANEXO D. Protocolo SIC nº 692331710057.	249

ANEXO E. Comprovante de submissão do artigo à Revista “Ciência e Saúde Coletiva”	250
ANEXO F. Comprovante de publicação do livro eletrônico referente ao Capítulo 2 da Tese.	251
ANEXO G. Informações do aluno	252
ANEXO H. Currículo Lattes do aluno.....	255
ANEXO I. Currículo Lattes do orientador.	257
ANEXO J. Currículo Lattes do co-orientador.	259

LISTA DE FIGURAS

Figura A-1. Estrutura de apresentação da tese e desenvolvimento da pesquisa.....	24
Figura 2-1. Formulação de políticas no SUS e participação social.....	44
Figura 2-2. Responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme Pacto pela Saúde.....	47
Figura 2-3. Ciclo da Assistência Farmacêutica.....	54
Figura 2-4. Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica como política pública no Brasil.....	56
Figura 2-5. Marcos legais do Sistema Único de Saúde e da Assistência Farmacêutica.....	59
Figura 2-6. Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde.....	73
Figura 3-1. Modelo lógico do Programa Farmácia Básica.....	85
Figura 3-2. Pesquisa documental – seleção da amostra de estudo.....	90
Figure 4-1. Logical framework of pharmaceutical services in Unified Health System, Brazil.....	122
Figura 6-1. Série história do “percentual da despesa com medicamentos na despesa total de saúde” – 2002 a 2016.....	150
Figura 6-2. Recursos financeiros pactuados repassados aos municípios para financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (2014 a 2016).....	151

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-1. Publicações relacionadas à avaliação das ações de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, referentes ao período de 2002 a 2010.....	30
Quadro 2-1. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.....	42
Quadro 2-2. Diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde.....	48
Quadro 2-3. Propostas das conferências nacionais de medicamentos e assistência farmacêutica e de saúde de 2003.....	64
Quadro 2-4. Evolução temporal do Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.....	68
Quadro 3-1. Caracterização da pesquisa quanto ao tema, problema de pesquisa, objeto e delimitação do estudo.....	83
Quadro 3-2. Modelo de formulário para fichamento de documentos oficiais.....	91
Quadro 3-3. Etapas de tratamento de dados para obtenção dos elementos do modelo lógico.....	92
Quadro 3-4. Caracterização dos especialistas, sujeitos da pesquisa.....	94
Quadro 3-5. Aspectos considerados para caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo.....	99

LISTA DE TABELAS

Table 4-1. Logical framework elements: what and how.....	115
Table 4-2. Distribution of legislation about pharmaceutical services, according to origin and year of publication.....	117
Table 4-3. Distribution of legislation sections according to origin and related components of pharmaceutical services.....	118
Table 4-4. Results of the validation process of the logical framework of pharmaceutical services in Unified Health System, Brazil, with Delphi methodology.....	121
Tabela 6-1. Caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo frente às responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor estadual.....	140
Tabela 6-2. Disponibilidade de medicamentos principais (%) e tempo médio de desabastecimento nas Farmácias de Medicamentos Especializados – Estado de São Paulo, 2017.....	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
Art.	Artigo
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
COEP/FSP/USP	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DDT	Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas
DOE	Diário Oficial do Estado de São Paulo
DRS	Departamento Regional de Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FME	Farmácia de Medicamentos Especializados
FSP/USP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

FTN	Formulário Terapêutico Nacional
FURP	Fundação Para o Remédio Popular
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
I ENAFPM	I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IELS	Informe Eletrônico de Legislação em Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias e Financeiras
LF	Logical framework
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NATS	Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PEM	Política Estadual de Medicamentos
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEM	Política Estadual de Medicamentos
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PPA	Plano Plurianual
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
PS	Pharmaceutical services
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias

RENAFITO	Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
REPATS	Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SargSUS	Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SES/SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIBI USP	Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo
SIC	Sistema Integrado de Informações ao Cidadão
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS	Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	Estado de São Paulo
SPG	Coordenadoria de Planejamento e Gestão
SRP	Sistema de Registro de Preços
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – Informações em Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi elaborado com o objetivo de concluir o Doutorado Direto em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Optou-se pelo formato alternativo de apresentação da tese, com a incorporação dos manuscritos resultantes da pesquisa, conforme Resolução CoPGR nº 6.906 de 05 de setembro de 2014, aprovada pela Pró-reitora de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo em 06 de agosto de 2014.

Assim, esta tese é composta por sete capítulos:

O primeiro capítulo destina-se a contextualização do trabalho. Para tanto, realiza-se a apresentação introdutória do tema, a justificativa para o desenvolvimento do trabalho e seus objetivos.

No segundo capítulo é apresentado o marco referencial. Aborda, inicialmente, as competências constitucionais e as responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Na sequência traz o referencial teórico de assistência farmacêutica, com uma breve descrição de sua evolução como política pública no Brasil.

O método utilizado, incluindo as definições, as técnicas, os procedimentos e os instrumentos de coleta de dados empregados constam no Capítulo 3. Ênfase é dada às informações não contempladas nos manuscritos apresentados nos capítulos subsequentes.

Os capítulos 4 a 6 são dedicados aos manuscritos e ao livro eletrônico com os resultados e a respectiva discussão.

O quarto capítulo apresenta a proposta de modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS, o qual é inovador ao abordar a assistência farmacêutica como responsabilidade compartilhada pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde do Estado e Municípios. A formatação do manuscrito está de acordo com as normas da revista Ciência e Saúde Coletiva, ao qual foi submetido.

O capítulo seguinte (Capítulo 5) traz um livro eletrônico destinado à divulgação dos resultados deste estudo aos profissionais do SUS.

No sexto capítulo é realizada a caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo quanto às responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor estadual, a partir dos componentes do modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS. Foram consideradas as normas da revista Epidemiologia e Serviços de Saúde para formatação do manuscrito.

As conclusões correspondem ao Capítulo 7.

Por fim, são apresentados os apêndices e os anexos.

As referências bibliográficas utilizadas constam ao final de cada capítulo.

Este estudo foi aprovado na chamada pública da FAPESP/SES-SP/MS/CNPq do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS): gestão compartilhada em saúde em 2013 (Processo nº 14/50035-8), sendo parte integrante da pesquisa intitulada “Desenvolvimento de painel de indicadores de desempenho para avaliação da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo como responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios”.

No âmbito do PPSUS, são apoiadas propostas que envolvem pesquisas interinstitucionais, com a integração de instituições de ensino e pesquisa e instituições do SUS. Assim, para o desenvolvimento desta pesquisa houve apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), por intermédio da Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde (CCTIES).

A Figura A-1 apresenta de forma sintética a estrutura de apresentação da tese e desenvolvimento da pesquisa.

Figura A-1. Estrutura de apresentação da tese e desenvolvimento da pesquisa.

CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal brasileira, promulgada em 1988, assegura a saúde como direito social (art. 6), e estabelece o “cuidar da saúde” como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (art. 23) (1).

As ações e serviços públicos de saúde, prestados por instituições federais, estaduais e municipais, integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o SUS, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (1,2).

Dentre as atribuições do SUS está a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive de assistência farmacêutica (2).

A assistência farmacêutica compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao Uso Racional de Medicamentos (URM). Suas ações são destinadas à complementação e apoio das ações de atenção à saúde, sendo parte integrante e essencial em todos os níveis de complexidade (2-4).

Assistência Farmacêutica integral, como direito do cidadão, compreende a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, em conformidade com as diretrizes terapêuticas e com as relações de medicamentos instituídas pelos gestores federal, estadual e municipal, bem como a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS (5).

No Brasil, as políticas nacionais de medicamentos (PNM, 1998) (3) e de assistência farmacêutica (PNAF, 2004) (4) são norteadoras da assistência farmacêutica no SUS.

A PNM, primeiro documento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão de medicamentos no contexto da reforma sanitária, estabelece diretrizes para implementação da assistência farmacêutica no SUS e define as responsabilidades das três esferas de governo para garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e de seu uso racional (3, 6).

A PNAF destaca a necessária integração da assistência farmacêutica ao cuidado à saúde, em que o medicamento figura como insumo essencial das práticas farmacêuticas e o paciente o foco central de ação (4).

Com o Pacto pela Saúde (2006), organizado em três dimensões – Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, novos mecanismos de responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios para operacionalização do SUS foram estabelecidos. O Pacto de Gestão propôs a redefinição das responsabilidades solidárias dos três entes federativos no SUS, sendo que a assistência farmacêutica foi incluída no rol de responsabilidades gerais dos entes federativos (7).

Assim, “promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas” é uma responsabilidade solidária dos três entes federativos no SUS (7, 8).

Apesar dos avanços na sua implementação como política pública, estudos de avaliação demonstram a persistência de problemas na gestão da assistência farmacêutica no SUS, revelando dificuldades ainda existentes para ofertar serviços farmacêuticos com qualidade, no sentido de garantir o acesso e a efetividade das ações em saúde (9-22).

Além das lacunas de ordem estrutural da assistência farmacêutica, existem desafios relacionados à situação de saúde da população brasileira e ao atual estágio de desenvolvimento do SUS (23-25).

O envelhecimento populacional aliado à transição epidemiológica vigente, com a existência de uma tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas degenerativas, resulta em demandas que requerem adequação do sistema de saúde, com transformação do modelo de atenção vigente, “fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta”, de modo a conferir prioridade aos aspectos preventivos das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (23-25).

Quanto ao desenvolvimento do sistema de saúde, embora avanços representativos tenham sido alcançados pelo SUS desde sua institucionalização, faz-se necessário superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado em saúde. Neste contexto, como estratégia para organização do SUS foram propostas as redes de atenção à saúde (RAS) (23, 26).

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, quanto à organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa. Este decreto estabelece que a integralidade da atenção à saúde se inicia e se completa na RAS, e traz em seu bojo “o desafio de inovar os processos e instrumentos de gestão, superar a fragmentação das políticas de saúde, garantir o acesso com qualidade, fortalecendo os vínculos interfederativos” (26, 27).

No que se refere à gestão compartilhada do SUS, o Decreto nº 7.508/2011 apresenta como inovação o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). O COAP trata-se de um acordo de cooperação entre os entes federativos, em que estão definidas as responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros disponibilizados, forma de controle e fiscalização da sua

execução, visando à organização e a integração das ações e dos serviços de saúde na RAS (26).

Pelas diretrizes pactuadas em 2010, a assistência farmacêutica foi descrita como um dos elementos fundamentais para sua estruturação, figurando um sistema de apoio, caracterizado pela prestação de ações e serviços comuns, transversais, a todas as RAS (16, 89).

A assistência farmacêutica, quando bem estruturada, contribui para aumentar sua resolubilidade e legitimar as linhas de cuidado (23-26, 28, 29). Por ser uma responsabilidade interfederativa, está inserida no padrão mínimo nacional do COAP, sujeito a incrementos por meio de pactuação nas regiões de saúde (30).

Considerando que as RAS visam responder de forma organizada e integrada às demandas de saúde da população e que o principal desafio é a garantia da integralidade do cuidado (16, 21), seria estratégica a (re)discussão do papel da assistência farmacêutica nas redes e sobre como avançar na perspectiva do cuidado integral em saúde (31-33).

Seu aperfeiçoamento implica no desenvolvimento de ações estruturantes para os três níveis de governo, dentre as quais está inserida a modernização da gestão, com o desenvolvimento de ações para avaliação da assistência farmacêutica no SUS de forma compartilhada pelas esferas federal, estadual e municipal, visando subsidiar a tomada de decisão e seu aperfeiçoamento (28).

1.2. JUSTIFICATIVA

Diversos autores têm enfatizado a relevância da avaliação de ações e programas de saúde para:

- Evidenciar os resultados alcançados pela gestão;
- Verificar a evolução dos programas e ações;
- Possibilitar a comparação com referenciais internos e externos;
- Auxiliar na formulação de políticas públicas; e, essencialmente,
- Subsidiar a tomada de decisões, com vistas à qualificação do SUS (11, 20, 21, 27, 29, 33-42).

Nas políticas de saúde, a importância das práticas avaliativas para o fortalecimento do processo de gestão da Assistência Farmacêutica também está expressa (3, 4, 43).

O Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2013), ao regulamentar as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no SUS, por meio da Resolução CFF nº 578, de 26 de julho de 2013, definiu como competência profissional “III - utilizar ferramentas de controle, monitoramento e avaliação que (...) subsidiem a tomada de decisão em sua esfera de atuação” (44).

Ainda, diante do reconhecimento da relevância das ferramentas de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica como estratégia de organização da atenção e gestão em saúde, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde apresenta como tema e linha de pesquisas prioritárias, respectivamente, a avaliação de políticas e serviços de assistência farmacêutica (Item 24.2) e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação de processos de organização e gestão da assistência farmacêutica (Item 24.2.1) (45).

No início do desenvolvimento desta tese, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em bases de dados disponíveis na internet – Portal de Busca Integrada SIBI USP, Biblioteca Virtual em Saúde e Embase, empregando-se as palavras chave “assistência farmacêutica”, “Sistema Único de Saúde”, “avaliação” e “monitoramento”, visando caracterizar a produção científica relacionada à avaliação de políticas e serviços de assistência farmacêutica. Os resultados foram publicados no Jornal Brasileiro de Economia da Saúde e apresentados no “III Fórum de Assistência

Farmacêutica e Farmacoeconomia”, realizado em 2015 na Bahia – Anexo A (46).

Excluídos os estudos relacionados à “avaliação de prescrições médicas” e “avaliação de assistência farmacêutica hospitalar”, foram encontradas dez publicações relacionadas à avaliação de políticas e serviços de assistência farmacêutica no Brasil entre 2002 e 2010 – Quadro 1-1 (46).

Quadro 1-1. Publicações relacionadas à avaliação das ações de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, referentes ao período de 2002 a 2010.

Nº	Autor e Ano	Título	Fonte
1	OLIVEIRA et al. (2002)	Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro	(37)
2	COSENDEY, HARTZ, BERMUDEZ (2003)	Validação de uma ferramenta para avaliar a qualidade da Assistência Farmacêutica	(38)
3	Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde (2005)	Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados	(39)
4	NAVES; SILVER (2005)	Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal	(47)
5	BERNARDI et al. (2006)	Avaliação da Assistência Farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul	(48)
6	VIEIRA et al. (2008)	Avaliação da Assistência Farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil	(49)
7	OSORIO-DE-CASTRO et al. (2009)	Uma proposta de modelo de avaliação para a Assistência Farmacêutica na malária	(40)
8	MOURA; PERINI (2009)	Avaliação da Assistência Farmacêutica em Municípios de Minas Gerais	(10)
9	EMMERICK et al. (2009)	Serviços de avaliação farmacológica no Brasil: ampliando os resultados da metodologia utilizada pela OMS	(50)
10	BARRETO; GUIMARÃES (2010)	Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil	(11)

Verificou-se que os estudos eram fundamentados prioritariamente nos referenciais teóricos de avaliação da assistência farmacêutica elaborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e *Management Sciences for Health* (46).

Quanto à metodologia de avaliação empregada, se tratavam de cinco pesquisas de campo, sendo uma com a aplicação de indicadores, uma com aplicação de indicadores e entrevista com pacientes, duas com aplicação de indicadores, entrevistas com profissionais, visitas a estabelecimentos e consulta a registros e dados secundários e uma com aplicação de questionário para avaliação de estrutura e de processo e condução de inquérito; quatro estudos de desenvolvimento metodológico, sendo três com a construção de modelo teórico (nº 1, 2 e 7) e um com a seleção/validação de indicadores; (c) uma análise descritiva do resultado de indicadores (46).

Em relação à abrangência, havia um predomínio de estudos voltados à assistência farmacêutica em âmbito municipal (46). Ainda, chamou a atenção o fato de haver apenas uma publicação direcionada à avaliação das ações de assistência farmacêutica em um município do Estado de São Paulo (nº 6).

Por outro lado, são escassas as publicações relacionadas à gestão estadual da assistência farmacêutica. Neste aspecto, além do estudo da situação farmacêutica brasileira conduzido pela Organização Pan-Americana de Saúde/OMS (OPAS/OMS) e pelo Ministério da Saúde (51), em que alguns indicadores para avaliação nos serviços foram aplicados a cinco estados brasileiros, destaca-se a pesquisa de Rieck (2008) (52), envolvendo 19 estados do país, em que se realizou a análise da assistência farmacêutica quanto à seleção, logística (programação, aquisição e distribuição) e a gestão (institucionalização, financiamento, intersetorialidade e recursos humanos). Ambas as iniciativas foram realizadas há dez anos e não contemplam o Estado de São Paulo (51, 52).

Diante da inexistência de estudos que contemplassem a assistência farmacêutica quanto às responsabilidades solidárias dos entes federativos no SUS, ficou evidente a necessidade de investir na construção de instrumentos de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica enquanto responsabilidade compartilhada por União, Estados e Municípios, e fundamentalmente na geração de informação e conhecimento acerca do assunto, contribuindo para estruturação da assistência farmacêutica nas RAS (46).

Cabe mencionar que posteriormente foram identificados outros artigos relacionados ao tema, os quais não estavam indexados às bases de dados consultadas (12, 13). Ainda que, recentemente, tem havido um aumento na produção bibliográfica referente à avaliação de políticas e serviços de assistência farmacêutica (13-17, 20-22, 53, 54). Porém, estes estudos também não preenchem a lacuna identificada.

Desta forma, em linhas gerais:

- O desafio imposto aos gestores e profissionais de saúde de promover a integração da assistência farmacêutica às RAS, visando à provisão de atenção integral e de qualidade e o incremento do desempenho do sistema de saúde, de forma compartilhada pelas três esferas de gestão;
- A necessidade de inovar os processos e instrumentos de gestão, a fim de subsidiar a definição de prioridades e estratégias para o aprimoramento da assistência farmacêutica, num contexto interfederativo;
- A inexistência de estudos que contemplem a avaliação da assistência farmacêutica quanto às responsabilidades solidárias dos entes federativos; e
- O necessário alinhamento entre as pesquisas em saúde e as necessidades do SUS;

Fundamentaram o desenvolvimento deste estudo.

O desenvolvimento de modelos lógicos é um dos elementos fundamentais do processo avaliativo – Thurston e Potvin (2003) *apud* (41, 55), sendo por esta razão escolhido como objeto de estudo.

Um modelo lógico é uma representação esquemática da lógica ou racionalidade subjacente a uma política, programa ou projeto. Descreve seus principais componentes, e como os mesmos funcionam; as ligações entre os recursos necessários, objetivos, metas, indicadores e resultados associados a uma intervenção (56, 57). Segundo Medina et al. (2005), trata-se de um

esquema visual que apresenta o programa e quais são os resultados esperados, em determinado contexto político e organizacional (55).

O uso de um modelo lógico auxilia na identificação de lacunas, antecipação de problemas e definição de estratégias de intervenção; facilita o “pensar orientado para os resultados” e a construção de matrizes de avaliação; contribui para a comunicação e obtenção de consensos, para integração de ações e prestação de contas. Assim, fornece uma estrutura flexível para o planejamento e avaliação de políticas, programas e projetos (54), susceptível a alterações conforme as políticas, programas e projetos avançam e a “condições do mundo real” (56,58).

Com base na revisão da literatura, Esher et al (2011) inferem que o uso de modelos lógicos é relativamente simples e pode ser uma ferramenta útil para a avaliação, permitindo que o programa ou a política seja tratado em profundidade, valorizando sua pluralidade e especificando explicitamente seus efeitos (41).

Salienta-se que um modelo lógico não tem o intuito de representar uma única verdade, uma vez que não há uma resposta certa ou um modelo lógico único para cada política, programa ou projeto – Porteus et al. (2002) e Anderson et al. (2011) *apud* (58). Seu objetivo principal é apoiar e estimular o pensamento avaliativo (58).

Por fim, ressalta-se que diversos autores já se utilizaram de modelos lógicos para construção de modelos de avaliação da assistência farmacêutica. Entretanto, tais propostas estão voltadas a programas (15, 37, 38, 41, 59, 60) ou processos (61) específicos, e aos níveis estaduais ou municipais do SUS (62-64).

1.3. OBJETIVOS

Esta tese teve por objetivo geral compreender a assistência farmacêutica quanto às responsabilidades compartilhadas por União, Estados e Municípios, com base no arcabouço legal do SUS.

Para tanto, foram traçados os objetivos específicos:

- I. Identificar as responsabilidades interfederativas relativas à Assistência Farmacêutica no SUS.
- II. Identificar os componentes, objetivos e produtos da Assistência Farmacêutica no SUS.
- III. Elaborar e validar um modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS.
- IV. Caracterizar a assistência farmacêutica no Estado de São Paulo quanto às responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor estadual, segundo componentes do modelo lógico.

1.4. REFERÊNCIAS¹

1. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
2. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 20 set 1990.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Série C – Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 40.
4. BRASIL. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2004.
5. BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.
6. PORTELA, A. S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetórias e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 1, p. 9-14, 2010.
7. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2006.
8. BRASIL. Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins da transição entre o Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2012, p. 54-64.
9. VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam Salud Publica**. v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.
10. MOURA, C. S.; PERINI, E. Evaluation of pharmaceutical assistance in municipalities in the state of Minas Gerais. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 2, abr./jun. 2009.
11. BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Publica**, v. 26, n. 6, p. 1207-20, 2010.
12. MOURA, A. C. Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, p. 39-42, 2010.
13. LYRA JUNIOR, D. P.; PORTO, J. G.; SOUZA, L. S. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 32, p. 403-410, 2012.
14. VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Gestão da assistência farmacêutica: análise da situação de alguns municípios. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 11-29, 2014.
15. BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Rev. Adm. Publica**, v. 48, n. 3, p. 745-65, 2014.
16. VOLPATO, D. C.; PADIAL, R. B. Avaliação da assistência farmacêutica em municípios de uma regional de saúde do Paraná. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 7, n. 2, p. 221-232, 2014.

17. OLIVEIRA, N. F.; SARTORI, D. P.; SANTIAGO, V. R.; VASCONCELOS, A. S. Gestão da assistência farmacêutica do Brasil: revisão integrativa da literatura. **RAS**, v. 16, n. 64, p. 89-96, 2014.
18. MENDES, S.J; MANZINI F.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Gestão da Assistência Farmacêutica: avaliação de um município catarinense. **Rev. Eletrôn. Gestão Saúde**, v. 6, n. 1, p. 4-29, 2015.
19. COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L.; NASCIMENTO JUNIOR, J. M; MENGUE, S. S.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A. *et al.* Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, Supl. 2, 1s-5s, 2017.
20. GERLACK, L. F; KARNIKOWSKI, M. G. A.; AREDA, C. A.; GALATO, D.; OLIVEIRA, A. G.; ÁLVARES, J. *et al.* Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, Supl. 2, 1s-15s, 2017.
21. ROVER, M.R.M; PELÁEZ, C. M. V.; FARACO, E. B; FARIAS, M. R.; LEITE, S.N. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2487-2499, 2017.
22. BITTENCOURT, R. A.; SILVEIRA, M. P. T.; GUTTIER, M. C. MIRANDA, F. F.; BERTOLDI, A. D. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Rev. bras. Epidemiol.** v. 20, n. 2, p. 310-323, 2017.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010.
24. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.
25. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.
26. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.
27. TAMAKI, E.M., et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4 , p. 839-849, 2012.
28. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP). Assistência farmacêutica no SUS. In: **SUS no Estado de São Paulo: Atualização para gestores municipais**. São Paulo: SES/SP, COSEMS; 2013. P.165-182.
29. Conselho Federal de Farmácia (CFF, Brasil). **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília, DF (Brasil): CFF; 2015. 298 p.

30. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa, v. 3. **Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública:** construindo o COAP passo a passo. Série Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 56 p.
31. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **A assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 20 p. Ministério da Saúde: Brasília, DF. p. 20.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **A assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
33. ARAUJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, 2017.
34. CIPRIANO, S. L. **Desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho na Farmácia Hospitalar com foco na comparabilidade.**, 2009. 331 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
35. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência farmacêutica no SUS:** para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011. Coleção Progestores, v. 7. 2011.
36. GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1849-1861, 2011.
37. OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1429-1439, set./out. 2002.
38. COSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 395-406, 2003.
39. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE et. al. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil.** Série técnica medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2005. 260 p.
40. OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Uma proposta de modelo de avaliação para a assistência farmacêutica na malária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2075-2082, set. 2009.
41. ESHER A; SANTOS, E.M; AZEREDO, T.B; LUIZA, V. L., OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S; OLIVEIRA, M. A. Logic models from an evaluability assessment of pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS. **Ciênc. saúde colet**, v. 16, n. 12, p. 4833-4844, 2011.
42. COSTA, K. S, TAVARES, N. U. L., NASCIMENTO JUNIOR J. M., MENGUE S.S., ÁLVARES J., GUERRA JUNIOR A. A. et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no

- desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Saúde Pública**, v. 51, Supl. 2, 2017.
43. BRASIL. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.
 44. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução CFF nº 578, de 26 de julho de 2013. Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 151, 19 ago 2013.
 45. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, 2011.
 46. MEDEIROS AL., ROMANO-LIEBER N., TANAKA, O.Y. Produção científica relacionada à avaliação de políticas e serviços de assistência farmacêutica no Brasil. In: III Fórum Brasileiro sobre Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, 2015, Bahia. **J Bras Econ Saúde**, 2015. v. 7, supl. 2., p. 46-47.
 47. NAVES, J. O. S. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 223-30, 2005.
 48. BERNARDI, C. L. B. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde & Sociedade**, v. 15, p. 73-83, 2006.
 49. VIEIRA, M. R. S. et al. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1419-1428, jun. 2008.
 50. EMMERICK, I. C. M. et al. Serviços de avaliação farmacológica no Brasil: ampliando os resultados da metodologia utilizada pela OMS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1297-1306, 2009.
 51. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE et. al. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**. Série técnica medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2005. 260 p.
 52. RIECK, E. B. **Análise da gestão estadual da Assistência Farmacêutica a partir do pensamento complexo**. 2008. 144 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008.
 53. AKERMAN, M; FREITAS, O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Rev Saude Publica**, v. 51, supl 2, 1s-5s, 2017.

54. CASTRO, A. V; JESUS, E. M. S.; BARROS, I. M. C.; SANTANA, R. S.; SANTOS, A. C. O. et al. Avaliação do processo de reestruturação da assistência farmacêutica no município de Aracaju-SE. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 35, n. 3, p. 379-383, 2014.
55. MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DASILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 41-64.
56. BURKE, M. **Tips for Developing Logic Models**. 135th Annual Meeting of the American Public Health Association. Washington, DC: RTI International, nov. 2007.
57. HYNDMAN, B. et al. **Logic Models Workbook**. Toronto, ON: The Health Communication Unit (THCU), Centre for Health Promotion, University of Toronto, 2001.
58. MORESTIN, F.; CASTONGUAY, J. **Constructing a Logic Model for a Healthy Public Policy: why and how?** Québec: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, 2013.
59. PIMENTA-DE-SOUZA P, MIRANDA ES, OSORIO-DE-CASTRO CGS. Preparação da assistência farmacêutica para desastres: um estudo em cinco municípios brasileiros. **Ciênc. saúde colet**, v. 19, n. 9, p. 3731-3742, 2014.
60. ROVER, M. R. M.; VARGAS-PELAEZ, C. M.; MANZINI, F; MENDES, S. J.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Modelo teórico e lógico para avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 7, n. 01, p. 191-210, 2016.
61. SARTOR V, FREITAS S. Modelo para avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 5., p. 827-836, 2014.
62. LUIZA VL. Acesso a medicamentos essenciais no Rio de Janeiro (tese). (Rio de Janeiro, Brasil): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2003. 227 p.
63. FRAGA FNR. A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal (dissertation). (Porto Alegre, RS, Brazil): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005. 157 p.
64. PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p.451-468, 2015.

CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DA COMPETÊNCIA CONSTITUCIONAL ÀS RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS

A Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, compreende o conjunto de leis fundamentais que rege o ordenamento jurídico do país (1). Considerada um marco do processo de redemocratização após a ditadura militar (2), contempla a divisão de poderes entre os entes federativos – União, Estados-membro e Municípios, ou seja, as áreas de competência de atuação governamental (3).

Segundo Dallari (2009), a enumeração constitucional de competências implica a responsabilidade de realizar determinadas tarefas, correspondendo aos encargos que os governos devem assumir a fim de concretizar o preconizado no texto constitucional (4).

A repartição de competências pode ser realizada de maneira horizontal ou vertical. O modelo horizontal corresponde à separação radical de competências entre os entes federativos, por meio da atribuição de uma área própria, privativa ou exclusiva a cada esfera de gestão. Por outro lado, na repartição vertical de competências, tem-se uma atuação coordenada entre as esferas federativas para o desenvolvimento de uma mesma matéria, de forma concomitante, a partir da distribuição funcional das competências (3).

A denominada “predominância de interesse” é o princípio geral que norteia a repartição das competências entre os entes federativos, pela qual cabem a União, Estados e Municípios as matérias de interesse nacional, regional e local, respectivamente (3).

De acordo com Mohn (2010), na Constituição Federal convive a repartição horizontal (Arts. 21, 22, 25 e 30) e a repartição vertical (Art. 23) de competências (3,4).

A Constituição Federal inseriu a saúde no rol dos direitos sociais dos cidadãos (Art. 6) (5), estabelecendo que:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (1)”.

Diante do “dever do Estado” quanto à saúde, o “cuidar da saúde” foi configurado como competência comum da União, dos Estados e dos Municípios (art. 23) (5).

Para Dallari (1991), a expressão “competência comum” no texto constitucional, deve ser compreendida como a capacidade e o direito que têm a União, os Estados e os Municípios de legislar e praticar todos os atos administrativos necessários para o cuidado em saúde (6). Admite-se, portanto, a capacidade de ação de todos os níveis federativos exigindo, entretanto, a participação deles no desempenho conjunto das competências (5).

Desta forma, a corresponsabilidade e a atuação cooperativa entre os três níveis da federação com a finalidade de concretizar a Política de Saúde no país é um pressuposto fundamental do texto constitucional (3).

Por meio da Constituição Federal foi definida também a forma de organização do sistema de saúde brasileiro, cujas ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único – o SUS, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade; e financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Art. 198) (1).

A assistência à saúde no país também é livre à iniciativa privada, refletindo na conformação dos subsistemas privado (com ou sem fins lucrativos) e suplementar de saúde, interconectados ao SUS, portanto, em uma combinação público-privada na prestação de serviços de saúde (2).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) regula as ações e os serviços de saúde, especifica as atribuições e a organização do SUS, delimita as competências dos três níveis de governo, fundamentando a sua implementação em âmbito nacional, a partir de princípios e diretrizes fundamentais (7).

Didaticamente, Carvalho (2013) sugere que os princípios e diretrizes do SUS podem ser categorizados quanto aos aspectos técnico-assistenciais e técnico-gerenciais, referentes à organização administrativa do sistema, conforme Quadro 2-1.

Quadro 2-1. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Diretrizes e princípios técnico-assistenciais
<ul style="list-style-type: none"> • Universalidade: O direito à saúde, bem-estar, felicidade é de todos • Igualdade: Todos os cidadãos têm igualdade de acesso às ações e serviços de saúde e devem ser tratados de maneira igual, sem diferenças odiosas e discriminadoras. A equidade seria a igualdade adjetivada pela justiça, em que buscamos, a partir das necessidades de saúde, tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal). • Integralidade: Pode ser vista sob dois prismas, a integralidade vertical, que remete a necessidade de se ver o ser humano como um todo e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos, e integralidade horizontal, compreendida pela abrangência da promoção, proteção e recuperação da saúde. • Intersetorialidade: Trata-se de considerar a determinação econômica e social da saúde – "alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais; saúde expressando a organização social e econômica do Brasil" (Lei 8.080,3). • Direito à informação: As pessoas assistidas têm direito a informações sobre seu estado de saúde-doença. Além disso, a população tem direito a "informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e de sua utilização pelo usuário". • Autonomia das pessoas: As pessoas devem ter preservada sua autonomia na defesa de sua integralidade física e mental, ou seja, liberdade de decisão no âmbito dos serviços de saúde. • Resolutividade: Os serviços de saúde devem ter capacidade de resolver os problemas das pessoas, da melhor maneira possível e ao menor custo. • Base epidemiológica: Trata-se de compreender o perfil demográfico e o perfil de morbimortalidade em relação às doenças agudas e crônico-degenerativas; os agravos dos acidentes de trabalho, de trânsito, de tóxicos, dos homicídios; as doenças evitáveis; as doenças tratáveis precocemente.

Quadro 2-1. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (cont.).

Diretrizes e princípios técnico-gerenciais
<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização: se refere redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, Municípios e Estados, não podem ou não conseguem. Nesse processo, enfatiza-se a definição de um gestor único por esfera de governo, a municipalização e a regionalização, com a cooperação técnica dos Estados e do Ministério da Saúde. • Regionalização: Os serviços de saúde devem se complementar numa associação permanente entre os mais simples e os mais complexos, se referenciando e contra referenciando, a fim de atender a demanda em todos os níveis de atenção. (Remete a conjugação de recursos das três esferas de governo, organizados de forma a evitar duplicidade) • Hierarquização: Começa pela atenção ao indivíduo, à família e à comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, do Programa de Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde. Da atenção primária se vai à secundária (especialistas, exames mais complexos, internações em clínicas básicas, como pediatria, clínica e cirurgia gerais, ginecologia e obstetrícia). Da secundária à terciária com profissionais e hospitais em áreas mais especializadas. Na quaternária se encontram os profissionais e hospitais superespecializados em uma única área, como os de cardiologia, neurologia, cirurgia plástica. • Participação da comunidade: fundamentalmente no âmbito das instâncias colegiadas de controle social – a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Fonte: Adaptado de (8,9)

Quanto aos objetivos do SUS, destaca-se a “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” e a “formulação de política de saúde”, as quais remetem como campos de atuação do SUS, entre outros, a assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica e a atribuição pela formulação da política de medicamentos (art. 5) (7).

A fim de que os objetivos e atribuições do SUS pudessem ser concretizados, a LOS estabelece as atribuições comuns dos três entes da Federação (art. 15) (7). Conforme destaca Asensi (2015), esta definição é essencial para que os diversos governos possam somar esforços e traçar estratégias comuns para a efetivação da saúde no Brasil (10).

Na LOS existem também as competências exclusivas de cada ente, as quais constam nos três artigos subsequentes (arts.16 a 18). O traço mais marcante das competências da direção nacional do SUS é o caráter de coordenação nacional das políticas de saúde. À direção estadual está reservada a gestão das redes hierarquizadas do SUS e a execução

suplementar das ações e serviços de saúde, enquanto que na direção municipal se concentram o planejamento e a execução dos serviços públicos de saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população, com a contribuição técnica e financeira dos Estados e da União (4,7,10).

Diante deste cenário, a operacionalização do SUS exige articulação interfederativa e mecanismos de gestão consensual, com a construção de alianças entre os principais atores envolvidos e a participação social (2,12).

A Figura 2-1, proposta por Paim e colaboradores (2013), representa a formulação de políticas no SUS e participação social. Destaque se dá aos Comitês Intergestores e aos Conselhos de Saúde, importantes inovações na governança em saúde no Brasil (2).

Figura 2-1. Formulação de políticas no SUS e participação social.

Fonte: (2)

As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) são os foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. Neste âmbito são definidas as diretrizes a respeito da organização das redes

de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados (12).

Com relação à participação social, a LOS estabelece a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Entretanto, os interesses da população no exercício do controle social se tornaram de fato legítimos pela Lei nº 8.142/1990, que define que a participação popular deve estar incluída em todas as esferas de gestão do SUS (7, 9, 13).

Dallari (2009), por sua vez, acrescenta a importância dos mecanismos da responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios para operacionalização do SUS, em especial o Pacto pela Saúde (2006), organizado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (4).

Segundo Machado *et al.* (2009) (14) e Lima *et al.* (2011) (15), as principais inovações advindas do Pacto pela Saúde foram:

- Reconfiguração das relações do Ministério da Saúde com Estados e Municípios, com a instituição dos processos de pactuação firmados em acordos intergovernamentais – Termos de Compromisso de Gestão;
- Financiamento do SUS: Criação de blocos para transferência de recursos federais (blocos de financiamento), com a unificação dos repasses federais para Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos (instituído posteriormente);
- Descentralização: Instituição de câmaras técnicas ou grupos de apoio às decisões das CIB, formados por representantes das Secretarias Estaduais (SES) e Municipais (SMS) de Saúde, com papel fundamental na análise da situação de saúde, na elaboração de propostas de intervenção e no estabelecimento dos mecanismos para melhorar a gestão e regulação do sistema;

- Regionalização: Instituição de “regiões de saúde”² como estratégia para aperfeiçoar o acesso aos serviços de saúde, visando à complementaridade na provisão de serviços de saúde entre os municípios;
- Instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)³, formados por representantes da SES e SMS integrantes da região de saúde, constituindo canais de negociação e decisão intergovernamental.

Considerando-se a temática proposta para esta tese, destaca-se ainda a definição das responsabilidades sanitárias dos entes federativos, proposta pelo Pacto de Gestão (17).

“Responsabilização – estabelecimento de compromissos entre gestores acerca da responsabilidade sanitária com a organização da atenção e da gestão do sistema e dos serviços para o enfrentamento dos problemas de saúde da população em um determinado território” (17).

Para fins analíticos e de gestão, Campos (2007) classifica a responsabilidade em macro e micro sanitária (18, p. 303):

*“A responsabilidade macro sanitária volta-se para a regionalização do Sistema, buscando a definição precisa **do que compete a quem**. (...) significa definir que modalidade e que volume de atenção caberia a cada município. Dentro de cada cidade, estabelecer **do que se encarregará** cada serviço hospitalar, de especialidades ou de urgências. (...). Há ainda a responsabilidade micro sanitária que depende da reorganização do trabalho em saúde, quer na atenção primária, enfermarias, ambulatórios ou centros de especialidades. Esta teria como alvo a inscrição de clientela com uma determinada equipe interdisciplinar. E também a constituição de sólidos vínculos terapêuticos entre essa equipe de referência e pacientes com seus familiares”.*

Com base na classificação proposta por Campos (2007), pode-se afirmar que o Pacto de Gestão trata das responsabilidades macro sanitárias no âmbito do SUS (18), tornando transparente o encargo de cada esfera de

² Região de saúde é o “espaço geográfico contínuo constituído 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” (16).

³ Atualmente denominados “Comissões Intergestores Regionais (CIR)” (16).

gestão no âmbito da organização da atenção e da gestão do sistema e dos serviços para o enfrentamento dos problemas de saúde da população em um determinado território – Figura 2-2 (17, 18).

Figura 2-2. Responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme Pacto pela Saúde. Fonte: Adaptado de (18).

As responsabilidades gerais da gestão do SUS se referem às atribuições da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios quanto à integralidade e equidade na atenção à saúde da população, financiamento tripartite do SUS, formulação e implementação de políticas de saúde, gestão e execução, acompanhamento e avaliação da Atenção Primária e de Média e Alta Complexidade, Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, estruturação da assistência farmacêutica e promoção do acesso e URM e a coordenação e execução das ações de Vigilância em Saúde, laboratórios de saúde pública, hemocentros/hemonúcleos (18).

Após o Pacto pela Saúde, o principal marco legal para consolidação do SUS foi o Decreto nº 7.508/2011 (16). Este decreto regulamentou dispositivos da LOS quanto à organização do sistema, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, estabelecendo uma nova política de regionalização de saúde, com a conformação de RAS (Quadro 2-

2), e propondo um novo pacto federativo, o COAP, o qual fortaleça os vínculos necessários à consolidação do SUS (16, 19, 20).

Quadro 2-2. Diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde.

Definição	"Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado".
Objetivo	"Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica".
Principais Características	<ul style="list-style-type: none"> • Formação de relações horizontais entre os pontos de atenção à saúde⁴, diferenciados pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam, porém igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da RAS; • Atenção primária à saúde como centro de comunicação; • Centralidade nas necessidades em saúde de uma população; • Responsabilização na atenção contínua e integral; • Cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos; • Operacionalização por meio da interação de seus elementos constitutivos.
Elementos constitutivos	<ul style="list-style-type: none"> • População e área geográfica definida: A região de saúde⁵ é a delimitação territorial da RAS, portanto, a população sob sua responsabilidade é a que ocupa esta área geográfica; • Estrutura operacional: Constitui-se pelos diferentes pontos de atenção à saúde e pelas ligações que os comunicam, e contempla: <ol style="list-style-type: none"> 1. Atenção primária à saúde: Centro de comunicação da RAS, tendo um papel chave na sua estruturação como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado; 2. Pontos de atenção secundária e terciária: Pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas, ambulatoriais e hospitalares, que apoiam e complementam a Atenção Primária à Saúde; 3. Sistema de apoio: Lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. Constituem-se pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; pelo <u>sistema de Assistência Farmacêutica</u>; e pelos sistemas de informação em saúde; 4. Sistemas logísticos: São soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical. Constituem-se pelo cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde. 5. Sistema de governança: Compreende a gestão regional compartilhada da RAS. A Comissão Intergestores Regional (Decreto nº 7.508/2011) é o espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região. Neste processo, são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, <u>sistema de monitoramento e avaliação</u>, comissões/câmaras técnicas temáticas. 6. Sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção à saúde.

Fonte: Adaptado de (16, 21-23).

⁴ Espaços onde se ofertam os serviços de saúde (14).

⁵ "Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede 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 (Art. 2, I)" (18)

Os principais aspectos do Decreto nº 7.508/2011 são comentados a seguir:

- **Quanto à organização do SUS:**

Estabelece a região de saúde como a delimitação territorial da RAS. Este espaço, conjugado por serviços de vários níveis de densidade tecnológica⁶, passa a ser a referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, fortalecendo o planejamento regional, o qual deve integrar as necessidades de saúde da população da região com os serviços de todos os entes e os recursos financeiros (16,24).

Quanto à hierarquização do SUS, determina a atenção primária, atenção de urgência e emergência e a atenção psicossocial como portas de entrada do sistema, sendo os serviços de atenção hospitalar e ambulatorial especializados referenciados por estas portas de entrada (16,24).

- **Quanto o planejamento da saúde:**

Define que o processo de planejamento seja ascendente, do nível local até o federal, integrado e regionalizado, tendo em vista que o SUS é o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde. Destaca ainda que, neste processo, devem ser ouvidos os Conselhos de Saúde e compatibilizadas as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (16,24).

- **Quanto à assistência à saúde:**

Estabelece que a integralidade se inicia e se completa na RAS, mediante referenciamento na rede regional e interestadual. Assim, reconhece-se que a solidariedade entre os entes é imposição legal no SUS, circunscrita à região de saúde ou entre regiões de saúde, as quais devem se articular para o atendimento das necessidades de saúde do cidadão de forma integral (16,24).

⁶ Compreendendo atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (16).

De acordo com Silva (2011), as RAS oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da continuidade do cuidado à saúde e integralidade da atenção, tendo grande importância na superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis (25). Como padrão de integralidade para a assistência à saúde e a assistência farmacêutica no SUS, o Decreto nº 7.508/2011 estabelece a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), respectivamente (16,24).

- **Da Articulação Interfederativa:**

As Comissões Intergestores – CIT no âmbito federal, CIB no âmbito estadual e CIR no âmbito da região de saúde – são definidas como as instâncias formais de pactuação entre os entes federativos no SUS, cujas decisões passam a ter garantia jurídica. Como inovação, estabelece o COAP, um instrumento para firmar o “acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde”, que deve contemplar “as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros (...), a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde” (16,24).

Para Campos (2007), instituir arranjos que garantam clareza na responsabilização, a exemplo no proposto pelo COAP, implica em revolução cultural e alteração dos padrões de gestão contemporânea, balizando com dados concretos o planejamento, os acordos interfederativos e o acompanhamento permanente de sistemas locais e de serviços de saúde (18).

Para transição entre o Pacto pela Saúde e o COAP as responsabilidades dos entes federativos no âmbito do SUS foram repactuadas. O rol atual de responsabilidades sanitárias da União, Estados,

Distrito Federal e Municípios, consta na Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012 (26).

De fato, esse processo resultou em pequenas adequações do conteúdo do Pacto de Gestão, com atualização dos termos de acordo com a legislação vigente. As responsabilidades sanitárias dos entes federativos permaneceram organizadas em sete eixos e as principais alterações se referem à incorporação de responsabilidades sanitárias relacionadas a:

1. Processo de planejamento e orçamento do SUS, considerando a implementação do PlanejaSUS e a publicação da Emenda Constitucional 29/2000⁷ e da Lei nº 141/2012⁸;
2. Avaliação de Tecnologias em Saúde, em virtude da instituição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

⁷ Emenda Constitucional 29/2000: Altera a Constituição Federal, estabelecendo patamares mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde – estados e municípios devem alocar, por ano, 12% a 15% das receitas, respectivamente; e a União, para o primeiro ano (2000), deveria aplicar 5% em relação ao seu orçamento empenhado do período anterior (1999), com correções posteriores pela variação do PIB nominal (20).

⁸ Lei nº 141/2012: Regulamenta artigos da Constituição Federal, com a atualização dos valores mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a definição de “gastos em saúde” e a vinculação de recursos fiscais para o setor da saúde. Ainda, dá continuidade ao que já vinha sendo realizado em relação às transferências da União e dos estados aos municípios, que devem ser feitas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde. Observa-se o reforço das formas de acompanhamento, fiscalização, controle e auditoria dos Recursos do SUS, o que possibilitou a compatibilidade entre a saúde e os instrumentos de planejamento orçamentário como o Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) (20).

2.2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Segundo Winslow (1920), a “(...) Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, visando o saneamento do meio, o controle das infecções comunitárias, a educação do indivíduo nos princípios da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença e o desenvolvimento dos mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa na comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde” (*apud* (27)).

Os medicamentos, apesar não serem suficientes para promover atenção à saúde, desempenham importante função na proteção, na conservação e na recuperação da saúde, sendo ferramentas básicas para a assistência à saúde (28) e ocupando um lugar dominante no sistema de saúde e no tratamento das doenças (29). De modo geral, essa relevância ocorre por razões técnicas, econômicas, político-sociais e estratégicas:

- Tecnicamente, os medicamentos constituem o principal instrumento terapêutico utilizado na atualidade no processo saúde-doença (28);
- Em termos econômicos, tem participação elevada e crescente como componente de custo dos cuidados de saúde (28). Em 2001, por exemplo, a porcentagem que os sistemas de saúde dedicavam ao custeio dos medicamentos variava de 8%, em países desenvolvidos, a 40% para países em desenvolvimento (29). Os medicamentos constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de saúde, somente superados pela atenção hospitalar. Ainda, os gastos com medicamentos tendem a crescer devido ao aumento do número de

pessoas que consomem medicamentos, de prescrições por paciente e do custo das prescrições que decorrem de inovações tecnológicas (22). Outro aspecto relevante consiste no ônus financeiro causado ao sistema de saúde em consequência da dificuldade no acesso aos medicamentos, que contribui para baixa resolução, agravamento de morbidades e incremento desnecessário de internações (28).

- No campo político-social, ressalta-se a influência do Estado e outros atores sociais, como a indústria farmacêutica e a sociedade (28);
- Estrategicamente, os medicamentos são importantes para a adesão social às ações de saúde. Muitas vezes, a comunidade participa de atividades para a melhoria da qualidade de vida em virtude da garantia do acesso ao medicamento (28).

Sendo o medicamento um dos componentes fundamentais para atenção à saúde, sua utilização racional contribui para a qualidade dos serviços de saúde. Por outro lado, seu uso inadequado pode causar mais prejuízos do que benefícios à saúde dos indivíduos. É neste contexto que está inserida a assistência farmacêutica.

Diversos conceitos para o termo assistência farmacêutica foram propostos ao longo dos anos (30, 31, 32, 33, 34). No Brasil, existe um consenso em assumir o conceito apresentado na PNAF:

“Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional”, envolvendo “a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos, seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (35).

Conforme enfatiza Marin et al. (2006), é importante compreender que a assistência farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, cujo objeto é as ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade. Suas ações são destinadas à complementação e

apoio das ações de atenção à saúde, sendo essencial em todos os níveis de complexidade (36).

A organização da assistência farmacêutica constitui-se em uma série de atividades interligadas e dependentes que contribuem para a integralidade da atenção à saúde. Apresenta componentes de natureza técnica, científica e operativa, integrados de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades (36). Sua inter-relação sistêmica é representada na Figura 2-3.

Figura 2-3. Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Fonte: Adaptado de (36)

Segundo Araújo et al. (2005), a assistência farmacêutica pode ser compreendida como um modelo tecnológico em saúde⁹, composto por pelo menos duas subáreas, a tecnologia de gestão e a de uso do medicamento. A primeira tem como objetivo central garantir o abastecimento e o acesso aos medicamentos, a segunda objetiva seu uso correto e efetivo (31).

Para Correr et al. (2011), a assistência farmacêutica compreende a gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento. A gestão técnica da assistência farmacêutica se caracteriza

⁹ Segundo Campos (1979), “um modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las” – *apud* (31).

como um conjunto de atividades interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no URM, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos. A gestão clínica do medicamento inclui a dispensação especializada, o acompanhamento da adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos, a gestão de caso, o atendimento à demanda espontânea e a participação em grupos educativos, as quais integradas à equipe multiprofissional podem contribuir para melhoria da qualidade da atenção à saúde (37).

Os principais pontos históricos do desenvolvimento da assistência farmacêutica como política pública no Brasil são apresentados na Figura 2-4.

Figura 2-4. Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica como política pública no Brasil.

Fonte: elaborada pelo autor.

A assistência farmacêutica como política pública no Brasil teve início em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME) (38, 39). Este órgão, inicialmente vinculado à Presidência da República (38, 40), tinha por objetivo promover e organizar as atividades de assistência farmacêutica para população de reduzido poder aquisitivo; regular a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos oficiais e nacionais; e coordenar mecanismos de distribuição e venda de medicamentos para uso nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde em todo o território nacional (38, 41, 42).

A gestão da CEME era centralizada, realizada por uma comissão composta por um representante dos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde – aos quais estavam subordinados os laboratórios farmacêuticos oficiais (38, 41, 42). Sua atuação era orientada pelo Plano Diretor de Medicamentos (1973) e suas atividades financiadas pelo Orçamento Geral da União e por um convênio firmado com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (41-46).

Com a reestruturação do Governo Federal em 1974, a CEME foi transferida ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (46, 47). Ao integrar o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), passou apenas a produzir, comprar e distribuir os medicamentos às instituições públicas, com ênfase aos beneficiários da Previdência Social, na contramão de seus objetivos iniciais (46).

Em 1985, a CEME se tornou responsabilidade do Ministério da Saúde (48). Um diagnóstico institucional realizado pela CEME no ano de 1987 evidenciou lacunas importantes (pouca utilização da RENAME pelos médicos, desperdícios consideráveis de medicamentos, recursos financeiros insuficientes e pouco conhecimento das doenças prevalentes no país), os quais contribuíam para a ineficiência do Programa de Assistência Farmacêutica vigente (49). Frente a este diagnóstico, foi estabelecido um novo programa de Assistência Farmacêutica em âmbito nacional, o “Programa Farmácia Básica” (40, 49, 50).

O “Programa Farmácia Básica”, implantado em 1987, consistia na distribuição de medicamentos de uso ambulatorial aos municípios brasileiros, para o tratamento dos agravos mais comuns no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Este programa foi planejado em módulos-padrão, contendo 48 medicamentos da RENAME vigente, em quantidade suficiente para suprir as necessidades de medicamentos de 3.000 pessoas por um período de seis meses. Após acréscimo dos medicamentos de uso contínuo, seu elenco alcançou 60 medicamentos, considerados de maior demanda na rede pública de saúde (40, 49, 51).

Na definição do elenco de medicamentos e na concepção do módulo padrão do “Programa Farmácia Básica” foram consideradas as diversidades regionais quanto ao perfil epidemiológico, entretanto a sua implantação em nível nacional não contemplou estas diversidades. Como consequência, havia falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, o que incorria em desperdício. A falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos do programa resultava no recebimento de medicamentos com data de validade próxima ao vencimento pelas unidades de saúde, o que promovia grandes perdas (51).

Apesar de 73% (3.370) dos municípios brasileiros terem sido beneficiados com o “Programa Farmácia Básica” (51), o mesmo foi encerrado no ano seguinte de sua implementação, em virtude de inúmeros problemas, principalmente decorrentes da centralização dos processos de programação e aquisição de medicamentos, não correspondentes à realidade dos serviços de saúde estaduais e municipais (49).

O ano de 1988 foi marcado por importantes avanços, com a publicação da Constituição Federal e a realização do I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos (I ENAFPM) (5, 30).

O I ENAFPM inaugurou a reorientação da assistência farmacêutica no Brasil (52), sendo a primeira vez que a sociedade civil se reuniu para discutir o estabelecimento de uma Política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos (31). Na ocasião foi apresentado o diagnóstico do setor

farmacêutico brasileiro (52), sendo ressaltado como prioritária a ampliação da Assistência Farmacêutica e sua inserção no SUS (53).

Assim, em 1990, a LOS inseriu dentre as atribuições do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive de assistência farmacêutica (Figura 2-5) (7).

Figura 2-5. Marcos legais do Sistema Único de Saúde e da Assistência Farmacêutica. Fonte: Adaptado de (5, 7)

De acordo com Negri (2002), no início da década de 90 a atuação do Estado em assistência farmacêutica foi deficiente (53). A aquisição de medicamentos continuou sendo realizada pelo Ministério da Saúde, SES e SMS que mantinham convênio com a CEME (37), um órgão com atuação contestada, devido à denúncias de corrupção (53, 54), descompromisso da direção com as finalidades do órgão, desmantelamento da estrutura técnico-organizacional, desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema, perdas relevantes de medicamentos, bem como deficiências e ociosidade dos laboratórios oficiais (53, 55). Como resultado, houve queda em 20% na cobertura de medicamentos no SUS entre 1991 e 1992 (53).

Diante das dificuldades enfrentadas pela CEME na década de 1990, alguns estados brasileiros avançaram na elaboração de programas estaduais de assistência farmacêutica voltados a APS:

- Abril/1995 – Estado do Paraná – Programa Farmácia Básica;
- Agosto/1995 – Estado de São Paulo – Programa Dose Certa;
- Agosto/1997 – Estado de Minas Gerais – Farmácia Essencial (51).

“Estes programas apresentam como objetivo comum garantir o tratamento eficaz das patologias mais frequentes em cada estado, expandindo o acesso e a resolubilidade da rede no atendimento das necessidades individuais e coletivas da população de baixa renda, integralizando a distribuição e dispensação de medicamentos às ações de saúde em nível básico” (51).

Considerando a experiência anterior e tendo como exemplo os programas estaduais de assistência farmacêutica, o “Programa Farmácia Básica” foi retomado pela CEME em 1997 (56, 57). Em sua reformatação, o módulo padrão passou a ser composto por 40 medicamentos produzidos por laboratórios oficiais, em quantidade suficiente para suprir as necessidades de 3.000 pacientes por um período de três meses. O programa foi destinado a municípios com até 21.000, com exceção aos situados nos três estados em que o processo de organização da assistência farmacêutica na APS já havia se iniciado, os quais foram contemplados com recursos financeiros para financiamento dos programas estaduais vigentes (33, 49, 56, 57).

Em meio a críticas de ineficiência e desperdício, a CEME foi desativada em 1997 e suas atividades foram pulverizadas entre os órgãos do Ministério da Saúde, Estados e Municípios (39, 40, 58). A coordenação do “Programa Farmácia Básica” passou a ser responsabilidade da Diretoria de Programas Estratégicos do Ministério da Saúde, que reformulou o programa, mais uma vez, com redução do elenco para 32 medicamentos e ampliação da cobertura para 4.447 municípios (28, 57).

A extinção da CEME, atrelada à política de descentralização da gestão no SUS (instituição do Piso da Atenção Básica – PAB¹⁰), marcam a revisão

¹⁰ O Piso da Atenção Básica (PAB) era composto por uma parte fixa para a assistência básica e uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico a atenção básica, a vigilância epidemiológica e ambiente, a programa de agentes comunitários de saúde, ao controle de carências nutritivas e assistência farmacêutica básica (28)

da atuação dos entes federativos quanto a Assistência Farmacêutica no SUS (49, 53).

Por meio da Norma Operacional Básica 1/1996, foi estabelecido como papel do gestor federal a reorientação e implementação da PNM e da PNAF, e como responsabilidade dos Estados a formulação e execução da Política Estadual de Assistência Farmacêutica e a estruturação e operacionalização da assistência farmacêutica em seu âmbito (32, 59).

Assim, no final da década de 90 foi publicada a PNM (Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998) (34), o primeiro documento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão de medicamentos no contexto da reforma sanitária (40).

Tendo como base os princípios e diretrizes do SUS (50) e as diretrizes da OMS (40), a PNM estabeleceu as diretrizes da ação pública com o propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional, e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (34). São diretrizes da PNM:

- I. Adoção da RENAME – instituída pela Portaria GM nº 507/1999;
- II. Regulamentação sanitária de medicamentos – com ênfase a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Lei nº 9.782/1999) e a promoção do uso de medicamentos genéricos (Lei nº 9.787/1999);
- III. Reorientação da Assistência Farmacêutica – fundamentada na descentralização da gestão;
- IV. Promoção do URM – com a implementação de instrumentos norteadores da prescrição e dispensação dos medicamentos (RENAME e Formulário Terapêutico Nacional) e incentivo ao desenvolvimento de ações de farmacovigilância e da farmacoepidemiologia;
- V. Desenvolvimento científico e tecnológico – com o incentivo a pesquisas e implementação de uma Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;

- VI. Promoção da produção de medicamentos – em especial, medicamentos genéricos e medicamentos de interesse para saúde pública;
- VII. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos – destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização e a implementação da Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos Certificadores em Saúde (REBLAS);
- VIII. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (34, 60, 61).

Uma vez que “uma política de medicamento é tanto um compromisso para se atingir um objetivo como uma diretriz de ação”, na PNM foi definido também um conjunto de prioridades destinadas ao alcance das diretrizes e efetiva implantação desta política país (29, 34). Outro aspecto relevante da PNM, destacado por Araújo et al. (2005), diz respeito ao detalhamento das funções e responsabilidades quanto à assistência farmacêutica nas várias esferas do sistema de saúde (31, 34).

Conforme destaca Vieira (2001), tradicionalmente, o financiamento federal da assistência farmacêutica se dava por meio de programas, com regulamentação própria, recursos específicos e um elenco de medicamentos de uso ambulatorial para cada programa criado. Ainda, a conformação dos programas variava: eram constituídos para uma doença específica (como tuberculose, hanseníase ou AIDS), para determinado nível de complexidade de atenção à saúde (APS ou alta complexidade) ou para linhas de cuidado (Saúde da Mulher, Saúde Mental) (62).

Entretanto, a partir da publicação da PNM, o processo de descentralização da assistência farmacêutica no SUS foi intensificado (41), com a adequação dos papéis dos gestores do SUS:

- O gestor federal passou a participar do processo, mediante o repasse de recursos financeiros fundo-a-fundo e cooperação técnica à Estados e Municípios;

- O gestor estadual teve enfatizadas suas funções de cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento da assistência farmacêutica;
- Os municípios passaram a gerir a aquisição de medicamentos essenciais dispensados na APS (34, 41, 63).

Em 1999 foi instituído pelo Ministério da Saúde o “Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB)”, cuja configuração se mantém atualmente. O IAFB era um financiamento tripartite destinado à aquisição de medicamentos essenciais para APS, com um *per capita* anual definido para ser alocado pelos Governos Federal (R\$ 1,00 hab./ano), Estadual e Municipal (no mínimo R\$ 0,50 hab./ano), sendo a transferência dos recursos federais condicionada à contrapartida dos outros entes federativos (64).

Eram elegíveis ao IAFB os municípios aderentes a um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, o qual estava sujeito à aprovação pelos Conselhos de Saúde e fundamentavam-se na descentralização da gestão; no diagnóstico da situação de saúde; no diagnóstico das atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica; nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis e necessários; na capacitação e aperfeiçoamento dos recursos humanos envolvidos em sua operacionalização (64).

Com o IAFP os medicamentos também passaram a ser adquiridos e distribuídos pelas SES e SMS (54, 63), as quais eram responsáveis por definir uma relação de medicamentos essenciais específica, baseada na RENAME e composta por um elenco mínimo e obrigatório de medicamentos (64).

Assim, o acesso à assistência farmacêutica no SUS passa a ser resultante da conjugação de programas do Ministério da Saúde, das SES e SMS (28, 64).

A institucionalização da assistência farmacêutica no Ministério da Saúde ocorreu em 2003, com a criação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), vinculado à Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) em 2003 (65).

No mesmo ano foram realizadas duas conferências nacionais, a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, cujo objetivo principal foi analisar a situação atual da assistência farmacêutica no SUS (66), e a 12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca, que contemplou entre os eixos temáticos a assistência farmacêutica (67).

As propostas aprovadas nas conferências nacionais – destaque para as apresentadas no Quadro 2-3 (frisos do autor) – subsidiaram a aprovação da Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004, que estabelece a PNAF, pelo Conselho Nacional de Saúde (35).

Quadro 2-3. Propostas das conferências nacionais de medicamentos e assistência farmacêutica e de saúde de 2003.

I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
<ul style="list-style-type: none"> • Definir uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica que seja norteadora da Política de Medicamentos; • Elaborar e/ou orientar a Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, reorientando as políticas estaduais e municipais, explicitando suas diretrizes, competências, financiamento, prioridades e linhas estratégicas de atuação, visando a garantir a necessidade, segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, fortalecendo-os como parte integrante das ações de saúde. • Garantir a inserção de uma efetiva Assistência Farmacêutica na Política de Saúde. • Implantar uma política única de Assistência Farmacêutica, sob fiscalização dos Conselhos de Saúde (...), com planejamento participativo nas três esferas de governo, (...). • Promover a integralidade nas ações de Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Saúde; • Promover a inserção e a regulamentação da Atenção Farmacêutica no SUS, a partir da proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, como mecanismo de acompanhamento e avaliação da terapêutica e de problemas relacionados a medicamentos, (...) da promoção da saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida dos usuários.
12ª Conferência Nacional de Saúde
<p>10. Promover a pactuação e a repactuação entre as três esferas de governo nas comissões intergestores em relação ao desenvolvimento das seguintes ações:</p> <p>V. Efetivação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, (...), de acordo com as definições da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.</p>

Fonte: Adaptado de (66, 67).

A PNAF reforça o caráter amplo da assistência farmacêutica, a situa como parte integrante da Política Nacional de Saúde e avança na

consolidação do cuidado farmacêutico, ao inserir dentre suas ações a Atenção Farmacêutica¹¹ (35).

Os eixos estratégicos da PNAF são:

- I. A garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica;
- II. Manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a (...) articulação e a observância das prioridades regionais (...);
- III. Qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, (...), nos diferentes níveis de atenção;
- IV. Descentralização das ações, com definição das responsabilidades dos gestores, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados;
- V. Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;
- VI. Modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, (...);
- VII. Utilização da RENAME, (...), como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica;
- VIII. Pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção;
- IX. Implementação de forma intersetorial, (...), de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, (...);
- X. Definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, (...);

¹¹ Modelo de prática farmacêutica, em que ocorre a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida (35).

- XI. Construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade;
- XII. Estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos;
- XIII. Promoção do URM, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (35).

Além da PNAF, em 2004 foi instituído o “Programa Farmácia Popular do Brasil” (PFPB) (68). Este programa, coordenado de forma conjunta pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), era destinado principalmente à população usuária dos serviços privados de saúde, com renda familiar entre 04 e 10 salários mínimos (69, 10). Consistia na dispensação de medicamentos a preço de custo em uma rede de farmácias públicas (“Farmácias Populares”), sob gestão da Fiocruz ou resultantes de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos (60, 66, 68), as quais foram extintas em 2017 (71).

Dois anos após a sua criação, foi expandido a farmácias e drogarias da rede privada, credenciadas pelo Ministério da Saúde, pelo “Programa Aqui Tem Farmácia Popular”, que permanece vigente (62, 68, 70). O elenco de medicamentos do “Programa Aqui Tem Farmácia Popular” contempla um grande número de classes terapêuticas (62) para as condições de saúde mais prevalentes na população (70). O mecanismo de financiamento principal do programa é o copagamento, com subsídio pelo Ministério da Saúde de até 90% do preço do medicamento, e complementação pelo cidadão, por desembolso direto, do restante (70).

Diante da necessidade da implementação de ações intersetoriais voltadas à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde (35), foi instituída em 2006 a PNPMF (72). A PNPMF apresenta 27 diretrizes voltadas ao acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da

biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional, e a educação permanente (72).

Em 2006 foi instituído também o Pacto pela Saúde (vide item 1.1 deste Capítulo) (17), em que se destacam dois aspectos:

- Definição das responsabilidades sanitárias dos entes federativos, incluindo no rol de responsabilidades gerais a assistência farmacêutica – “Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas”;
- Instituição do bloco de financiamento para a assistência farmacêutica, referente ao agrupamento dos programas existentes, facilitando a execução financeira por parte dos gestores do SUS (17, 62). Sua evolução temporal é apresentada no Quadro 2-4.

Quanto ao financiamento da assistência farmacêutica no SUS, Vieira (2010) destaca a existência de uma lacuna na oferta de medicamentos para atendimento da população nos serviços de média complexidade em saúde.

“Como existe uma indefinição sobre a responsabilidade de financiamento em relação a esses medicamentos, comumente nenhum gestor assume o compromisso com a oferta, prejudicando a integralidade da assistência terapêutica” (62).

O financiamento de medicamentos para atenção hospitalar e oncológica, via de regra, ocorre por meio de procedimento hospitalar, sendo realizados repasses de recursos do Ministério da Saúde aos gestores do SUS, para pagamento aos prestadores, na forma de “pacotes” que abrangem uma série de serviços, conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (62, 82).

Quadro 2-4. Evolução temporal do Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

Componente Assistência Farmacêutica	Portaria 399/2006 Pacto pela Saúde	Portaria 699/2006	Portaria 204/2007	Portaria 3237/2007	Portaria 2981/2009 Portaria 2982/2009	Portaria 1554/2013 Portarias 1555/2013 e 2.001/2017
Básico (CBAF)	– Financiamento para Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde.					
	– Responsabilidade dos três gestores do Sistema Único de Saúde.					
	<p>– Composição:</p> <p>→ Parte fixa: valor <i>per capita</i> para medicamentos na Atenção Primária à Saúde, transferido aos Municípios, Distrito Federal ou Estados, conforme pactuação bipartite, com contrapartida financeira dos estados e municípios;</p> <p>→ Parte variável: valor <i>per capita</i> para Programas de Hipertensão e Diabetes (<u>exceto insulina</u>); Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.</p>	<p>– Composição: parte fixa e variável, conforme definido no Pacto pela Saúde;</p> <p>– Esclarecimento da contrapartida financeira dos estados e municípios, integrante da parte fixa;</p> <p>– Inclusão do financiamento da insulina na parte variável;</p> <p>– Possibilidade de execução da parte variável de forma centralizada ou descentralizada, mediante pactuação tripartite, implementação e organização de serviços de referência.</p>	<p>– Composto de parte fixa e variável, conforme definido no Pacto pela Saúde;</p> <p>– Centralização da execução dos recursos financeiros da parte variável relativos à insulina pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação tripartite.</p>	<p>– Integração dos valores das partes fixa e variável (Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite e Saúde Mental) em um valor único de financiamento, com aplicação de valores mínimos com base <i>per capita</i>;</p> <p>– Transferência do financiamento dos medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo e para a Alimentação e Nutrição para o Componente Estratégico;</p> <p>– Financiamento e aquisição centralizados pelo Ministério da Saúde das insulinas, contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher.</p> <p>– Financiamento de insumos para pacientes insulino-dependentes pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.</p>	<p>– Manutenção da forma de organização do Componente, com atualização dos valores financeiros;</p> <p>– Definição de mecanismo para utilização de até 15% das contrapartidas municipais e estaduais para adequação de espaço físico e aquisição de equipamentos e mobiliários das farmácias, e educação continuada em Assistência Farmacêutica.</p>	<p>– Financiamento de medicamentos e insumos (incluindo aqueles para usuários insulino-dependentes) com aplicação de valores mínimos com base <i>per capita</i>:</p> <p>- União: R\$ 5,58 hab./ano;</p> <p>- Estados e Municípios: R\$ 2,36 hab. /ano;</p> <p>- Distrito Federal: R\$ 4,72 hab./ano.</p> <p>– Manutenção do mecanismo para utilização de até 15% das contrapartidas estaduais e municipais para qualificação da Assistência Farmacêutica.</p> <p>– Manutenção do financiamento e aquisição centralizados pelo Ministério da Saúde de insulinas, contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher.</p>
Estratégico (CESAF)	<p>– Financiamento e fornecimento de medicamentos para controle de endemias; doenças sexualmente transmissíveis/Aids; coagulopatias; imunização e insulina.</p>	<p>– Transferência do financiamento da insulina para o Componente Básico.</p>	—	—	—	<p>– Ampliação do elenco de medicamentos para doenças consideradas “problemas de saúde pública”: tuberculose; hanseníase; tabagismo; doenças sexualmente transmissíveis/Aids; endemias focais; coagulopatias; alimentação e nutrição, influenza e imunização.</p>

Quadro 2-4. Evolução temporal do Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (cont.).

Componentes	Portaria 399/2006 Pacto pela Saúde	Portaria 699/2006	Portaria 204/2007	Portaria 3237/2007	Portaria 2981/2009 Portaria 2982/2009	Portaria 1554/2013 Portarias 1555/2013 e 2.001/2017
<p>Dispensação Excepcional (2006 – 2009)</p> <p>Especializado (CEAF, Nov/2009 – 2017)</p>	<p>– Financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos para tratamento de doenças que compunham o Grupo “36 – Medicamentos” da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais.</p> <p>– Co-financiamento entre os gestores federal e estadual.</p> <p>– Repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde aos Estados, mensalmente, com base na emissão de Autorizações para Pagamento de Alto Custo.</p>		<p>– Definição de mecanismo para informação dos valores a serem transferidos mensalmente às Secretarias de Saúde dos Estado e do Distrito Federal (portaria trimestral).</p>	—	<p>– Financiamento de medicamentos de uso ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados pelo Ministério da Saúde;</p> <p>– Agrupamento dos medicamentos:</p> <p>→ Grupo 1: Medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde, sendo adquiridos pelo Ministério da Saúde (Grupo 1A) e Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, mediante transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde (Grupo 1B);</p> <p>→ Grupo 2: Medicamentos sob responsabilidade dos Estados e Distrito Federal;</p> <p>→ Grupo 3: Medicamentos sob responsabilidade dos Municípios e Distrito Federal, constantes no Componente Básico.</p> <p>– Manutenção do mecanismo para informação dos valores a serem transferidos mensalmente às Secretarias de Saúde dos Estado e do Distrito Federal pelo Ministério da Saúde.</p> <p>– Atualização dos medicamentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, que passam a compor o Grupo 06, Subgrupo 04.</p>	
Organização da Assistência Farmacêutica	—	—	<p>– Novo Componente;</p> <p>– Constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à assistência farmacêutica.</p>	<p>– Exclusão do Componente;</p> <p>– Alocação de recursos para estruturação da Assistência Farmacêutica no Bloco de Financiamento da Gestão do Sistema Único de Saúde (Componente para a Qualificação da Gestão do Sistema Único de Saúde).</p>	—	—

Fonte: Adaptado de (17, 73-82).

Em relação aos avanços recentes, destacam-se dois marcos legais. O primeiro é a Lei nº 12.401/2011 (84), que:

1. Delimita a Assistência Farmacêutica integral, como direito do cidadão:

“I – Dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo (...) (Art. 19-M)”

“– com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, (...);

– no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS;

– no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS (Art. 19-P)”

“II – oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado (Art. 19-M)” (84).

2. Estabelece como atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela CONITEC, a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica;
3. Define que a responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos deve ser pactuada na CIT.

O segundo é o Decreto nº 7508/2011 (16). Neste Decreto foram impostas as seguintes exigências para o acesso a medicamentos no SUS:

- I. Estar o cidadão assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- II. Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde do SUS;
- III. Estar a prescrição em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas;
- IV. Ter a dispensação ocorrido em unidades de saúde do SUS (16).

Por ter sido reafirmada como responsabilidade interfederativa (26), a assistência farmacêutica também foi inserida no padrão mínimo nacional do COAP (vide item 1.1 deste Capítulo), outra inovação apresentada no Decreto

nº 7508/2011, compondo a programação geral das ações e serviços de saúde na região de saúde (16).

A RENAME, que consiste na seleção de medicamentos para atendimento de doenças ou de agravos no sistema público de saúde (16), foi definida como “padrão de integralidade” para Assistência Farmacêutica no SUS (24). A versão vigente – RENAME 2017 (85) – foi estruturada em cinco anexos, correspondentes à lógica de financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS¹² (86).

Osorio-de-Castro *et al* (2017), em um estudo de avaliação das RENAME brasileiras publicadas no período de 2000 a 2014, concluiu que a organização da lista de acordo com o financiamento público de medicamentos a partir de 2012 resultou em (i) maior importância aos atores políticos e administrativos interessados (*stakeholders*), (ii) tendência de aumento no número de medicamentos ao longo dos anos, (iii) diminuição do uso da lista modelo da OMS como referência e (iv) substituição do processo de revisão/atualização da lista de medicamentos essenciais pelo produto da incorporação de medicamentos no SUS (87).

Considerando as novas diretrizes pactuadas para atualização da RENAME, a lista está em revisão pelo Ministério da Saúde e será organizada de forma a identificar os medicamentos oferecidos em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado (88).

Os desafios que se apresentam à assistência farmacêutica relacionam-se a situação de saúde da população brasileira e ao atual estágio de desenvolvimento do sistema de saúde.

Quanto à situação de saúde dos brasileiros tem-se:

- **Do ponto de vista demográfico:** Transição demográfica acelerada, caracterizada por baixas taxas de fecundidade, continuidade do crescimento da população como resultado dos padrões de fecundidade

¹² Conforme Resolução CIT nº 1, de 17 de janeiro de 2012: I – Relação Nacional de Medicamentos do CBAF; II – Relação Nacional de Medicamentos do CESAF; III – Relação Nacional de Medicamentos do CEAF; IV – Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos; V – Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar (86).

anteriores, e envelhecimento populacional, sendo estimado para 2015 que o número de pessoas maiores de 65 anos ultrapasse o número de jovens (22, 23).

- **Do ponto de vista epidemiológico:** Transição epidemiológica singular, com a existência de uma tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas – como homicídios e acidentes de trânsito – e doenças crônicas degenerativas, cujo crescente incremento está relacionado ao rápido processo de envelhecimento populacional (22, 23).

O envelhecimento populacional cria demandas, para as quais o atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade aos aspectos preventivos das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (22).

Neste contexto, como estratégia para organização do SUS foram propostas as RAS (16, 21). Pelas diretrizes pactuadas em 2010, a assistência farmacêutica foi descrita como um dos elementos fundamentais para sua estruturação, figurando um sistema de apoio, caracterizado pela prestação de ações e serviços comuns, transversais, a todas as RAS (16, 89).

Mendes (2011), ao representar a estrutura operacional das RAS, indica que, de forma figurada, a assistência farmacêutica se apresenta como um nó da RAS, integrado aos outros pontos de atenção à saúde por meio dos sistemas logísticos e de governança – Figura 2-6 (22, 23).

Figura 2-6. Estrutura operacional das redes de atenção à saúde, proposta por Mendes (2010).

Fonte: (23)

Entretanto, considerando que as RAS visam responder de forma organizada e integrada às demandas de saúde da população e que o principal desafio é a garantia da integralidade do cuidado (16, 21), seria estratégica a (re)discussão do papel da assistência farmacêutica nas redes e sobre como avançar na perspectiva do cuidado integral em saúde (89, 90, 91).

A fim de contribuir efetivamente com o processo de cuidado, a assistência farmacêutica deve ampliar seu escopo, por meio da incorporação de tecnologias de gestão clínica do medicamento, associadas às tecnologias já existentes de gestão técnica da assistência farmacêutica (38). O farmacêutico, por sua vez, deve desempenhar atribuições técnico-gerenciais e clínicas no âmbito do SUS, conforme propôs o CFF em 2013 (92, 93).

Tais aspectos são reforçados pelos achados de Araujo e colaboradores (2017) em um estudo de caracterização dos serviços farmacêuticos prestados no SUS em 43 regiões de saúde do país, contempladas no Projeto QualiSUS-Rede, o qual foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Banco Mundial. Os autores reiteram a "necessidade da efetiva estruturação da Assistência Farmacêutica nas RAS, superando uma visão restritiva das atividades de assistência farmacêutica, que valoriza quase que

exclusivamente seu componente logístico em detrimento da clínica, para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos, e qualificar o cuidado em saúde ofertado aos usuários do sistema” e sugerem a necessidade de revisão da Portaria nº 4.279/2010, que apresenta as diretrizes para estruturação das RAS (89).

O desenvolvimento de modelos inovadores que norteiem as práticas da Assistência Farmacêutica nas RAS, construídos de forma sistêmica e contemplando tecnologias adequadas às necessidades do Sistema de Saúde e dos usuários (94), tem sido objeto de estudo de diversos autores (22, 37, 73, 90, 91, 95-97). Estes são unânimes ao considerar o caráter amplo da assistência farmacêutica – envolvendo atividades de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos e insumos, seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação de medicamentos, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização – e a farmácia como estabelecimento de saúde (98), e ao inserirem as atividades clínicas do farmacêutico dentre as ações fundamentais.

O Ministério da Saúde, por sua vez, visando contribuir para o processo de aprimoramento e integração das atividades da Assistência Farmacêutica nas RAS, implantou o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS), organizado em quatro eixos: estrutura, informação, educação e cuidado. Os principais objetivos do programa são a estruturação física dos serviços farmacêuticos, disponibilidade de informações que proporcionem avaliação das ações e serviços de saúde, promoção da educação permanente para o aprimoramento das práticas profissionais e inserção das práticas clínicas no âmbito da Assistência Farmacêutica (99).

Para concluir, conforme afirmam Araújo e colaboradores (2017): na implementação da RAS, “é igualmente importante ampliar e aprimorar o acesso da população aos medicamentos assim como qualificar o cuidado em saúde ofertado aos usuários do sistema” (89).

2.3. REFERÊNCIAS¹³

1. Acervo (Internet). Brasília, DF (Brasil): Presidência da República. 2017. (citado em 20 out 2017). Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/acervo>.
2. PAIM J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet.** (Série Brasil) (Internet). 2011; 11-31.
3. MOHN, P. A repartição de competências na constituição de 1988. **Rev. Inf. Legisl.**, v. 47, n. 187, p. 215-244, 2010.
4. DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil. **Rev. Dir. Sanit.**, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008.
5. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
6. DALLARI, S. G. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 401-405, 1991.
7. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 20 set 1990.
8. CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. Av.**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
9. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 31 dez 1990.
10. ASENSI, F. Responsabilidade solidária dos entes da federação e "efeitos colaterais" no direito à saúde. **Rev. Dir. Sanit.**, v. 16 n. 3, p. 145-156, 2016.
11. BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 25 ago 2011.
12. SANTOS, L. S. Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos? in OLIVEIRA, N. A.– Org. **Direito Sanitário**. Oportuna discussão via coletânea de textos do ‘blog Direito Sanitário: Saúde e

¹³ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

- Cidadania'. 1 ed. Brasília, DF: ANVISA, CONASEMS, CONASS, 2012. p. 289-290.
13. ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013
 14. LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do pacto pela saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.
 15. MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Rev. Eletr. Enf.** (Internet), v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009.
 16. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.
 17. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2006.
 18. CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
 19. MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.6, p. 1206-1207, 2011.
 20. LARA, N. C. C.; MENDES, A. N. As políticas de regionalização do SUS: construção histórica e embate. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/>. Acesso em: 27 out. 2017.
 21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010.
 22. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.
 23. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.
 24. Santos, L. Novos marcos legais do SUS. In: CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – SÃO PAULO. **SUS no Estado de São Paulo: atualização para gestores municipais**. SES/SP e COSEMS/SP: São Paulo, 2013. p. 19-38.

25. SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753+, 2011.
26. BRASIL. Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins da transição entre o Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2012, p. 54-64.
27. HANLON, J. J. **Principles of public health administration**. 2. ed. Saint Louis: Mosby, 1955.
28. NEGRI, B.; D'AVILA, A. L. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME) e Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (Cealag), 2002.
29. BONFIM, J. R. A.; MERCUCI, V. L. **A construção da Política de Medicamentos**. São Paulo: Editora Hucitec e Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 1997.
30. CENTRAL DE MEDICAMENTOS. **I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, Centro de Convenções, Brasília, DF, 30/8 a 1/9/1988 : (relatório final)**. (S.I.): Central de Medicamentos, 1988.
31. ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.
32. BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Editora Hucitec e Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 1999.
33. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução CFF nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o Regulamento Técnico das Boas Práticas de Farmácia, nos termos do Anexo "I", "II" e "III" desta Resolução, constantes de boas práticas de farmácia, ficha de consentimento informado e ficha de verificação das condições do exercício profissional, respectivamente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 abr 2001.
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Série C – Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 40.
35. BRASIL. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2004.
36. MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde, 2006. 336 p.
37. CORRER, C. J. et al. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev. Pan-Amaz Saude**, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

38. BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1971.
39. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência farmacêutica no SUS: para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. Coleção Progestores, v. 7. 2011.
40. PORTELA, A. S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetórias e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 1, p. 9-14, 2010.
41. OLIVEIRA, L. C. F. et al. Assistência farmacêutica no sistema único de saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3561-3567, 2010.
42. BRASIL. Decreto nº 71.205, de 4 de outubro de 1972. Consolida as disposições dos Decretos ns. 68.806, de 25 de junho de 1971, e 69.451, de 1 de novembro de 1971, referentes à Central de Medicamentos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1972.
43. BRASIL. Decreto nº 69.451, de 1 de novembro de 1971. Altera disposições do Decreto nº 68.806, de 25 de julho de 1971 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1971.
44. SANT'ANA, J. M. B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 138-144, 2011.
45. BRASIL. Decreto nº 72.552, de 30 de Julho de 1973. Dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos e dá outros providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1973.
46. PEREIRA, A.A. **Produção descentralizada de medicamentos essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico estratégico de sua implementação**. 1995. 166 p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas/EBAP, Rio de Janeiro. 1995.
47. BRASIL. Decreto nº 74.000, de 1 de maio de 1974. Dispõe sobre a vinculação de entidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1974.
48. BRASIL. Decreto nº 91.439, de 16 de julho de 1985. Dispõe sobre a transferência da Central de Medicamentos (CEME), do Ministério da Previdência Assistência Social para o Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1985.
49. GOMES, C. A. P. **A assistência farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, (s.d.). p. 1-15.
50. BERMUDEZ, J. **Remédio: saúde ou indústria?** A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 124.
51. COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 171-182, jan./mar. 2000.
52. KORNIS, G. E. M. et al. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 85-99, jan./mar. 2008.

53. NEGRI, B. **Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 44 p.
54. BERMÚDEZ, J. A. Z.; POSSAS, C. A. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 119, n. 3, p. 270-277, 1995.
55. GODOY, M. R. et al. **O Controle de Preços na Indústria Farmacêutica no Brasil**. Anais - Área 3: Estado e Regulação. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil, Escritório Técnico de Estudos Econômicos do Nordeste (ETENE), 2004.
56. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Farmácia básica – Programa 1997/1998**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. p. 1-17.
57. COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil**. 2000. 366 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
58. BRASIL. Decreto 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**, Brasília, DF, 1997.
59. BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996.
60. KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Z. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2008). **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 85-99, 2008.
61. DIAS, C. R. C.; ROMANO-LIEBER, N. S. Processo de implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1661-1669, 2006.
62. VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no Sistema Público de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 2, p. 149+, fev. 2010.
63. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Medicines Strategy – Countries at the core: 2004-2007**. Geneva: World Health Organization, 2004.
64. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Formulação de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Incentivo à assistência farmacêutica básica: o que é e como funciona**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.
65. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relatório de Gestão: Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica 2009-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

66. BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 154 p.
67. BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **12 Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca: saúde, um direito de todos e dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos**. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 232.
68. BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004.
69. MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Programa Farmácia Popular do Brasil. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
70. SANTOS-PINTO, C. D. B. et al. Quem acessa o programa farmácia popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2963+, 2011. 2011.
71. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Nota Informativa nº18/2017. Informa sobre o encerramento da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília: CONASEMS, 2017.
72. BRASIL. Portaria Interministerial MS-GM nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008.
73. CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – SÃO PAULO. Assistência farmacêutica no SUS. **SUS no Estado de São Paulo: atualização para gestores municipais**. SES/SP e COSEMS/SP: São Paulo, 2013. p. 165-182.
74. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.
75. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 43-51, 23 fev 2006.
76. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007.
77. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009.

78. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.
79. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007.
80. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. .
81. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.
82. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.001, de 3 de agosto de 2017. Altera a Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.
83. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 2.848, de 6 de Novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007.
84. BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.
85. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 210 p.
86. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.
87. OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Policy change and the National Essential Medicines List development process in Brazil between 2000 and 2014: has the essential medicine concept been abandoned? **Basic Clin Pharmacol Toxicol**, 2017.
88. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 25, de 31 de agosto de 2017. Estabelece as diretrizes de atualização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.
89. ARAUJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, 2017.

90. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **A assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 20 p. Ministério da Saúde: Brasília, DF. p. 20.
91. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **A assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
92. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução CFF nº 578, de 26 de julho de 2013. Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.
93. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução CFF nº 585, de 26 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.
94. MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. 56 p.
95. LAVRAS, C. Assistência farmacêutica nas redes de atenção a saúde. **VI Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília, DF: (S.n.), 2011.
96. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Gestão da assistência farmacêutica – Relatório anual 2011: diagnósticos, realizações e propostas de estruturação**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2012.
97. BRASIL. Lei 13.201, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.
98. ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 137-146, jan./mar. 2006.
99. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.

CAPÍTULO 3: MÉTODO

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A caracterização da pesquisa quanto ao tema, problema de pesquisa, objeto e delimitação do estudo é apresentada no Quadro 3-1.

Quadro 3-1. Caracterização da pesquisa quanto ao tema, problema de pesquisa, objeto e delimitação do estudo.

Componente	Descrição
Tema	Responsabilidades compartilhadas pelos entes federativos quanto a Assistência Farmacêutica no SUS
Problema de pesquisa	“É de responsabilidade dos três entes federados promover a estruturação da Assistência Farmacêutica e garantir o acesso universal e gratuito da população aos medicamentos padronizados no SUS, promovendo seu uso racional, em conformidade com as normas sanitárias e pactuações vigentes” (1). É possível elaborar um modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS a partir do arcabouço legal, inovando na abordagem da Assistência Farmacêutica como responsabilidade sanitária da União, Estados e Municípios?
Objeto de estudo	Modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS
Delimitação do estudo	<ul style="list-style-type: none"> Direcionamento do estudo a um estado da federação partindo-se do pressuposto da existência de especificidades estaduais relativas à Assistência Farmacêutica no SUS, resultantes de decisões dos gestores estaduais e municipais, muitas vezes diferentes das adotadas em outros estados do país. A ênfase ao Estado de São Paulo se deve a: <ol style="list-style-type: none"> Representatividade em âmbito nacional: <ul style="list-style-type: none"> É a unidade federativa mais populosa do Brasil, com 45.094.866 habitantes, equivalente a 22% da população brasileira (2); O SUS é o principal sistema responsável pelo atendimento da população, sendo 55,5% da população paulista exclusivamente SUS dependente (3). Magnitude em termos de Assistência Farmacêutica: <ul style="list-style-type: none"> Representa o maior gasto público federal em Assistência Farmacêutica, correspondendo a 31% (R\$ 605.234.750,12) dos repasses nacionais fundo-a-fundo para o Bloco de Assistência Farmacêutica realizados em 2016 (4); Em âmbito estadual, os medicamentos corresponderam a 9,86% do total efetivamente de gasto com saúde no período de 2002 a 2016 (5) e ocuparam o 5º lugar no <i>ranking</i> de produção ambulatorial no ano de 2014 (3). Pioneirismo na implantação de políticas relacionadas a medicamentos em âmbito estadual (6, 7). Escassez de pesquisas relacionadas à Assistência Farmacêutica neste Estado.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao método, trata-se de um estudo descritivo (8), de abordagem qualitativa (9). Quanto às técnicas de pesquisa, foram empregadas a documentação indireta (10), ou seja, pesquisa documental e pesquisa bibliográfica, e a técnica Delphi de validação de conteúdo (11).

A documentação indireta foi empregada para construção do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS, e posteriormente, para caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo quanto as responsabilidades e produtos esperados da gestão estadual, a partir dos componentes do modelo lógico.

Na pesquisa documental, foram consideradas fontes de dados primárias, obtidas a partir de arquivos públicos, com destaque aos documentos oficiais, e fontes estatísticas, elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. A pesquisa bibliográfica fundamentou-se em dados secundários, de imprensa escrita (jornais e revistas), entre outras publicações (livros, dissertações e teses, relatórios de pesquisa) (10).

A técnica Delphi foi empregada para validação do modelo lógico inicialmente proposto por especialistas (11). Neste processo, foi usada escala tipo Likert e estatística descritiva para avaliação do grau de consenso entre os especialistas.

3.2. ELABORAÇÃO DO MODELO LÓGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Quanto aos aspectos conceituais, considerou-se “modelo lógico” como uma representação esquemática ou um esquema visual, que apresenta uma política ou um programa (principais componentes e objetivos) e quais são os resultados esperados (produtos e impacto), em um determinado contexto político e organizacional (12-14).

Como política de saúde, utilizou-se do conceito proposto por Paim e Teixeira (2006) (15).

“Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy).” (15)

E para assistência farmacêutica a definição apresentada na PNAF (2004) (16) (vide item 2.2 desta tese).

Para construção do modelo lógico, utilizou-se como base as responsabilidades interfederativas expressas em documentos oficiais e a literatura relacionada a assistência farmacêutica no SUS (17-24).

Além disso, foram considerados os elementos do modelo de avaliação da assistência farmacêutica (Figura 3-1) proposto por Cosendey, Hartz e Bermudez (2003) (20), adaptados para o objeto de estudo.

Figura 3-1. Modelo lógico do Programa Farmácia Básica.

Fonte: (20)

Desta forma, o modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS foi estruturado a partir de seis elementos:

1. Componente(s): compreendido como os aspectos essenciais da assistência farmacêutica (16, 18, 19);
2. Objetivo(s): finalidade de cada componente, o que se pretende alcançar com a implementação dos aspectos essenciais da assistência farmacêutica (25);
3. Responsabilidade(s) individual(is) e/ou solidária(s): responsabilidade ou atribuição das esferas de gestão do SUS relativas a assistência farmacêutica para cada componente, expressas na legislação vigente (25, 26);
4. Responsável(is): esfera(s) de gestão do SUS responsável(is) por desempenhar determinada atribuição; nível(is) desencadeador(es) de cada produto – Federal, Estadual e Municipal (26);
5. Produto(s): bem ou serviço ofertado como resultado do cumprimento das atribuições de cada esfera de gestão, ou seja, das responsabilidade(s) individual(is) e/ou solidária(s) (27).
6. Resultado(s) – consequência da atuação conjunta das esferas de gestão na implementação da Política de Saúde (13).

3.2.1. Coleta de dados

Os documentos oficiais foram obtidos a partir de Informes Eletrônicos de Legislação em Saúde (IELS) (28), publicados pela SES de São Paulo (SES/SP), de maio de 2006 a novembro de 2015.

Os IELS são publicações eletrônicas diárias, de caráter informativo, com atos normativos atualizados de saúde e áreas afins, de âmbito federal, do Estado de São Paulo e do Município de São Paulo, com *links* para o texto na íntegra. O material é disponibilizado no Portal da SES de São Paulo

(<http://www.saude.sp.gov.br/ses/legislacao/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude/>) e enviado por e-mail a quem manifestar interesse (28).

O primeiro IELS disponível é datado de 16 de maio de 2006, fundamentando o início do período de coleta de dados.

No período considerado, foram publicados pela SES/SP 2.311 IELS, contendo 38.514 legislações, as quais foram coletadas integralmente e resultaram na construção de um banco de dados utilizando-se o Software Microsoft Excel®.

Para organização do banco, as legislações foram classificadas quanto ao ano de publicação (2006 a 2015); à origem (legislação federal, estadual ou municipal), conforme sua publicação nos respectivos Diários Oficiais da União, do Estado de São Paulo e do Município de São Paulo; e tipo de publicação, realizando-se o agrupamento de publicações a partir de características comuns – Apêndice A.

A seleção dos documentos oficiais para composição da amostra foi realizada em três etapas:

- Etapa 1: seleção preliminar, a partir da origem dos documentos oficiais (n = 36.254, Apêndice B);
- Etapa 2: seleção preliminar, a partir da leitura das ementas dos documentos oficiais (n= 1.305, Apêndice C);
- Etapa 3: seleção final, a partir da leitura das ementas dos documentos oficiais (n= 178, Apêndice D).

Etapas 1: Seleção preliminar, a partir da origem dos documentos oficiais

- **Critérios de inclusão:** Tratar de legislação federal ou estadual.
- **Critérios de exclusão:** Tratar de legislação do Município de São Paulo, devido a limitações metodológicas e as especificidades do documento.

Em relação às limitações metodológicas, embora o Estado de São Paulo seja composto por 645 municípios, com autonomia política e

administrativa, os IELS incluem apenas documentos oficiais publicados pela SMS de São Paulo (28). Quanto às características do documento, a legislação municipal considera o princípio do predomínio do interesse local, isto é, as peculiaridades e as necessidades imediatas do município (29). Assim, a utilização exclusiva da legislação do Município de São Paulo para o desenvolvimento do modelo lógico poderia limitar sua utilização pelos diferentes atores.

Destaca-se que os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS são firmados na CIT e CIB, compostas, respectivamente, por representantes federais, estaduais e municipais (30). As pactuações interfederais são publicadas na forma de documentos oficiais federais (Diário Oficial da União) e estaduais (Diário Oficial do Estado de São Paulo) (30). Assim, a presença de publicações da CIT e da CIB na amostra minimizam o impacto da ausência de legislações municipais.

Etapas 2: Seleção preliminar, a partir da leitura das ementas dos documentos oficiais

- **Critérios de inclusão:**

- a) Todas as publicações relativas a medicamentos;
- b) Tratar de qualquer processo relativo à assistência farmacêutica;
- c) Tratar de documentos referentes à estruturação do Sistema de Saúde, que fornecem diretrizes para a organização das atividades nos níveis federal, estadual ou municipal;
- d) Tratar de publicações dos Conselhos Federal e Regional de Farmácia;
- e) Conter, na ementa, os termos “assistência farmacêutica”, “medicamento”, “remédio”, “farmácia”, “farmacêutico(a)”, “fármaco”, “planta(s) medicinal(is)”; “fitoterápico”, “droga(s) vegetal(is)”, “quimioterapia”, “Programa Dose Certa”; “Fundação para o Remédio Popular”.

- f) Tratar de “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)”, “Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT)” e “Normas Técnicas”, os quais norteiam a assistência à saúde.

- **Critérios de exclusão:**

- a) Propostas e projetos de legislação, bem como consultas públicas, porque ainda não estavam efetivadas;
- b) Convênios de gestão, porque estes se referem a contratos de ações específicas com organizações sociais de saúde para realização de serviços de relevância pública;
- c) Atualizações da Lista de Denominação Comum Brasileira;
- d) Tratar de medicamentos (vacinas, soros, imunobiológicos especiais) e insumos relacionados aos Programas de Imunização, compreendidos como parte das ações de Vigilância do SUS.

Etapas 3: Seleção final, a partir da leitura das ementas dos documentos oficiais

- **Critérios de inclusão:**

Tratar de legislação federal ou estadual vigente, referentes a(ao):

- a) Estruturação do SUS, fornecendo diretrizes para a organização das atividades nos níveis federal, estadual ou municipal.
- b) Processos relativos à medicamentos e à assistência farmacêutica;
- c) Papel do farmacêutico no SUS;
- d) PCDT, DDT e normas técnicas, os quais norteiam a assistência à saúde no âmbito do SUS.

- **Critérios de exclusão:**

- a) Legislação revogada, republicada ou existência de nova pactuação entre os entes federativos;
- b) Tratar de revogação de norma técnica ou portaria;
- c) Tratar de repasse de recursos financeiros; comissão, comitê, conselho, força de trabalho, grupo de trabalho, grupo executivo, grupo técnico;

credenciamento ou habilitação de serviço de saúde; planos de trabalho; atualização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS; decisão de incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, PCDT e DDT; outros assuntos relacionados a medicamentos e assistência farmacêutica.

Ao banco de legislações obtido pela estratégia de busca, foram acrescentadas cinco políticas de saúde relacionadas a medicamentos, anteriores à disponibilidade de IELS: LOS (1988), PNM (1998), PNAF (2004), Política Estadual de Medicamentos de São Paulo (2001) e Política Nacional de Práticas Complementares e Integrativas no SUS (2006) – Apêndice C (7, 15, 24, 31, 32).

Portanto, a amostra de estudo foi composta por 183 documentos oficiais, conforme representado na Figura 3-2.

Figura 3-2. Pesquisa documental – seleção da amostra de estudo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com a leitura integral dos 183 documentos oficiais selecionados, realizou-se o fichamento de 304 trechos que tratavam das responsabilidades interfederativas quanto à assistência farmacêutica no SUS, os quais foram transcritos integralmente em formulário específico, conforme Quadro 3.2.

Quadro 3-2. Modelo de formulário para fichamento de documentos oficiais.

Nº	Descrição do Documento	Trecho	Fonte

Fonte: Elaborado pelo autor.

A leitura e o fichamento das legislações foram compartilhadas entre três pesquisadores, sendo que dois – Pesquisadores A e B – ficaram responsáveis por metade da amostra (91 e 92 respectivamente) e um – Pesquisador C – pela totalidade das legislações selecionadas. Os trechos transcritos foram validados, mediante consenso, por pares (Pesquisador 1 e 3 ou Pesquisador 2 e 3).

3.2.2. Tratamento de dados

O Quadro 3.3 apresenta as etapas de tratamento de dados que resultaram na obtenção dos elementos do modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS.

Quadro 3-3. Etapas de tratamento de dados para obtenção dos elementos do modelo lógico.

O que?	Como?
Componente(s)	<p>Categorização dos trechos extraídos dos documentos oficiais que tratavam de responsabilidades interfederativas quanto à assistência farmacêutica no SUS, de acordo com os componentes do Ciclo da Assistência Farmacêutica, proposto por Marin et al (2006) (18) e adaptado pelo pesquisador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seleção; 2. Financiamento; 3. Programação e aquisição; 4. Logística; 5. Utilização (prescrição, dispensação e adesão); 6. Gestão; 7. Educação; 8. Pesquisa.
Objetivo(s) do(s) componente(s)	Consulta a literatura e a documentos oficiais publicados por instituições nacionais e internacionais, em especial da Organização Mundial da Saúde, OPAS, CFF e Escola Nacional de Saúde Pública (17-24).
Responsabilidade(s) individual(is) e/ou solidária(s)	<p>Construção de uma matriz de responsabilidades interfederativas a partir da síntese dos trechos das legislações, com a identificação das responsabilidades sanitárias dos gestores federal, estadual e municipal e respectivos produtos.</p> <p>Produtos similares foram agrupados para representação no modelo lógico.</p>
Responsável(is)	
Produto(s)	
Resultado(s)	<p>Consulta a pactuação tripartite sobre responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS (Resolução CIT nº 4/2012) (1):</p> <p>“Promover a estruturação da Assistência Farmacêutica, e garantir o acesso universal e gratuito da população aos medicamentos padronizados no SUS, promovendo seu uso racional, em conformidade com as normas sanitárias e pactuações vigentes”.</p>

O Apêndice E exemplifica o processo de construção da matriz de responsabilidades interfederativas a partir da síntese dos trechos dos documentos oficiais.

3.3. VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Os elementos do modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS foram validados por um grupo de especialistas. A técnica de consenso utilizada foi o método Delphi.

O método Delphi consiste em uma estratégia metodológica de pesquisa, que tem por objeto obter consenso de um grupo de especialistas sobre um determinado tema, quando a unanimidade de opinião não existe em virtude da falta de evidências científicas ou quando há informações contraditórias (11).

Esta técnica de consenso é aplicável e tem sido amplamente utilizada na pesquisa em saúde (11, 33). No Brasil, no âmbito da assistência farmacêutica, existem estudos em que o método Delphi foi empregado para validação de critérios de utilização e custo-efetividade de medicamentos (34, 35), construção de critérios para avaliação de serviços de farmácia hospitalar e da satisfação de pacientes com a dispensação de medicamentos (36, 37), e para investigação de qual seria a estrutura ideal para farmácias escola (38).

De acordo com Vergara (2008), não existe uma quantidade ideal de participantes do método Delphi, dependendo do escopo da pesquisa e da disponibilidade dos participantes (39). Sendo assim, neste estudo definiu-se pela abordagem de até 10 pessoas para participação nesta etapa.

Os participantes foram selecionados pelo critério de intencionalidade, considerando seu envolvimento e experiência na temática explorada (40), e constituíram um grupo de especialistas.

Conforme proposto por Deslandes et al (2010), considerou-se o conceito de especialista numa perspectiva ampliada, incluindo desde a *expertise* acadêmica até profissionais cujas vivências eram significativas para a questão em foco (41). Assim, foram convidados para participação nesta etapa profissionais atuantes na educação, gestão e assistência farmacêutica

no SUS, que trabalham ou já trabalharam no Ministério da Saúde e/ou na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e de municípios paulistas.

O convite foi enviado via correio eletrônico em 09 de novembro de 2015 (Apêndice F). Sete dos dez profissionais convidados aceitaram participar do estudo – Quadro 3-4.

Os aspectos éticos constam no item 3.3.3 deste Capítulo.

Quadro 3-4. Caracterização dos especialistas, sujeitos da pesquisa.

Especialista	Sexo	Idade	Profissão	Tempo de formação, em anos	Local de trabalho quando da participação na pesquisa	Local e período de experiência no Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estado de São Paulo e/ou Municípios
E1	Feminino	34	Farmacêutico	22	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (1996 até a data da pesquisa)
E2	Feminino	27	Farmacêutico	10	Universidade Federal de São Paulo	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Fundação Faculdade de Medicina (2007-2012)
E3	Feminino	30	Farmacêutico	5	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2011 até a data da pesquisa)
E4	Feminino	54	Farmacêutico	9	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2012 até a data da pesquisa)
E5	Feminino	43	Farmacêutico	33	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (1985-1988); Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (1988 até a data da pesquisa)
E6	Feminino	29	Farmacêutico	20	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (1997 até a data da pesquisa)
E7	Feminino	44	Farmacêutico	6	Secretaria Municipal de Saúde de Vinhedo	Ministério da Saúde (2010 a 2015); Prefeitura Municipal de Vinhedo (Março 2015 até a data da pesquisa)

3.3.1. Coleta de dados

As características desejadas de um método de consenso são facilidade de aplicação, permitir igualmente a participação de todos os envolvidos e estimular ampla discussão das questões-objetivo (42).

A principal característica do método Delphi é a inexistência de contato presencial entre os participantes, o que o torna um método acessível, que permite a participação de um grupo de pessoas no estudo, mesmo que estejam geograficamente distantes (11, 42). Os questionários são preenchidos de forma anônima entre o grupo (11). Assim, interação entre os membros se dá por meio da circulação das respostas dos indivíduos, sistematizadas sob a forma de resumo, por meio de “rounds” ou rodadas (11, 42).

Neste estudo, para a coleta de dados foram empregados dois questionários estruturados, de autopreenchimento, disponibilizados *online*, e desenvolvidos na ferramenta Google Forms®.

O link para acesso aos questionários foi encaminhado via correio eletrônico aos participantes, sendo dado um prazo máximo de 16 dias para retorno das respostas a cada rodada.

Com relação a descrição dos instrumentos:

- **Questionário 1 – Caracterização profissional:**

Teve por objetivo traçar o perfil dos especialistas quanto a área e tempo de formação, local de trabalho e experiência em assistência farmacêutica no SUS.

- **Questionário 2 – Avaliação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS**

Inicialmente, apresenta considerações sobre o modelo lógico proposto, permitindo a compreensão de cada um de seus elementos, e

orientações para preenchimento do questionário. Após as orientações, traz um roteiro para avaliação dos seguintes elementos do modelo lógico:

- Componente(s);
- Objetivo(s) do(s) componente(s);
- Produto(s).

A avaliação de cada um dos elementos se baseou em uma escala tipo Likert (43), com quatro pontos:

1. Discordo plenamente;
2. Discordo;
3. Concordo;
4. Concordo plenamente;

Nos casos em que as opções “1- Discordo plenamente” e “2- Discordo” eram selecionadas, havia um campo livre para comentários e propostas de adequação do texto pelo especialista.

Os questionários 1 e 2 são apresentados nos Apêndices G e H, respectivamente.

3.3.2. Tratamento de dados

Os dados tabulados foram exportados da ferramenta Google Forms® em documento compatível com o *software* Microsoft Excel®.

Na sequência, os resultados foram avaliados quanto ao grau de consenso (11). Para tanto, para cada item avaliado foi calculado o percentual de respostas:

- “1- Discordo plenamente” e “2- Discordo”;
- “3- Concordo” e “4- Concordo plenamente”.

Foram considerados “aprovados por consenso” os elementos que resultaram em pelo menos 60% das respostas “3- Concordo” e “4- Concordo plenamente” (11).

Quando o grau aceitável de consenso era obtido, o processo era cessado com resultados finais retroalimentados aos participantes. Caso contrário, eram realizadas quantas rodadas fossem necessárias até a obtenção do grau de consenso (11).

Os comentários e sugestões dos especialistas foram analisados a partir de leitura reflexiva e fundamentaram a reformulação dos elementos do modelo lógico ao final do tratamento de dados (44).

3.3.3. Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (COEP/FSP/USP) – CAAE nº 48473915.3.0000.5421, em 23 de setembro de 2015 (Anexo B).

Todos os participantes da etapa de validação do modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS foram previamente informados em relação aos objetivos e natureza da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo COEP/FSP/USP, juntamente com o pesquisador (Apêndice I).

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, suas contribuições foram identificadas pela letra E, seguida de um número: E#.

3.4. CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

A caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo foi realizada a partir do modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS.

Foram consideradas as 23 responsabilidades sanitárias envolvendo o gestor estadual, e seus respectivos produtos, das quais 06 eram exclusivas e 17 eram compartilhadas com os demais entes federativos, sendo 02 com a esfera federal, 04 com a esfera municipal e 11 pelas três esferas de gestão.

Optou-se pela abordagem mista, contemplando informações quantitativas e qualitativas, “isto porque, ao mesmo tempo em que se complementam, permitem [compreender] diferentes facetas de um mesmo fenômeno” – Tanaka e Melo (2004) *apud* (8, 45).

A definição dos aspectos considerados neste processo se deu a partir da pesquisa bibliográfica. Foram empregadas referências consagradas e amplamente utilizadas em avaliação da assistência farmacêutica (18, 19, 46-48).

Uma vez que as referências consultadas não atenderam na integralidade os produtos esperados da gestão estadual, outras informações foram acrescentadas a partir dos resultados da pesquisa documental.

No Quadro 3-5 são detalhados os aspectos considerados para caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo, por componente do modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS.

Quadro 3-5. Aspectos considerados para caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo.

Seleção
<ul style="list-style-type: none"> - Institucionalização da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais por meio de norma e atualização periódica (18, 19) - Composição da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (*) - Consideração da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e das recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS como norteadores da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (18) - Critérios adotados para seleção de medicamentos essenciais e cobertura do perfil epidemiológico (24)
Financiamento
<ul style="list-style-type: none"> - Pactuação bipartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (*) - Percentual de recursos financeiros pactuados repassados aos municípios (*) - Cumprimento do cronograma de repasses bipartite (*) - Percentual da despesa com medicamentos na despesa total de saúde (49) - Orçamento destinado a aquisição de medicamentos da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e da relação complementar de medicamentos (*) - Investimento na implementação de Políticas de Saúde relacionadas a medicamentos (*)
Programação e Aquisição / Logística
<ul style="list-style-type: none"> - Regulamentação do Sistema de Registro de Preços por meio de norma (*) - Participantes das atas de registro de preço (*) - Disponibilidade de medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas de saúde (%) (46) - Tempo médio de desabastecimento em unidades públicas de saúde (46)
Utilização (Prescrição, Dispensação e Adesão)
<ul style="list-style-type: none"> - Existência de diretrizes para prescrição e dispensação de medicamentos, instituídas por meio de norma (*) - Ações de promoção da adesão a RESME pelos prescritores (24) - Processos educativos relacionados ao Uso Racional de Medicamentos (24) - Implementação da atenção farmacêutica nos serviços de saúde (*) - Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (*)

Quadro 3-5. Aspectos considerados para caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo (cont.).

Utilização (Prescrição, Dispensação e Adesão)
<ul style="list-style-type: none"> - Proporção entre a população atendida pelas Farmácias de Medicamentos Especializados e a população abrangida por região (47) - Dados de faturamento, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (*)
Gestão
<ul style="list-style-type: none"> - Política Estadual de Medicamentos está institucionalizada por meio de norma (*) - Existência de manual de boas práticas de Assistência Farmacêutica (24) - Existência de investimento em infraestrutura em serviços de Assistência Farmacêutica nos últimos quatro anos, nas seguintes situações <ol style="list-style-type: none"> 1. Reforma ou ampliação de Farmácia de unidade de saúde; 2. Reforma ou ampliação do almoxarifado; 3. Informatização da rede; 4. Aquisição de equipamentos e mobiliários (18). - Implementação da rastreabilidade de medicamentos, conforme legislação vigente (*) - Transmissão de informações à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços de Assistência Farmacêutica, conforme cronograma pactuado (*) - Integração da Assistência nas instâncias de controle social, compreendendo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e aprovação da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais; 2. Discussão sobre questões que alteram a organização dos serviços; 3. Discussão sobre novos projetos na área (18). - Inclusão da Assistência Farmacêutica nos instrumentos de gestão do SUS (**) - Participação da Assistência Farmacêutica de Comissões Interfederativas (*) - Pactuações bipartite firmadas (*) - Existência de um sistema de monitoramento e avaliação das ações de assistência farmacêutica (24)
Educação
<ul style="list-style-type: none"> - Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica (24)
Pesquisa
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa realizadas ou promovidas (*) - Forma de disseminação de experiências e informações técnico-científicas (*)

(*) Proposto pelos autor.

(**) PlanejaSUS: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão; Plano Plurianual; Leis orçamentárias: Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA); SISPACTO; Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).

3.4.1. Coleta de dados

A utilização de dados secundários obtidos de bases de dados existentes é recomendada em virtude da disponibilidade de informações, do custo, da rapidez na obtenção de resultados e do potencial de impacto nos serviços de saúde (45).

Assim, realizou-se a organização e análise crítica de toda documentação disponível e em vigência até novembro de 2017, referente a Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo, obtida a partir das seguintes fontes:

1. Sítios eletrônicos de consulta livre: Ministério da Saúde (49) e CONITEC (50), SES/SP (51, 52), Instituto de Saúde da SES/SP (53), Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SPG) (54);
2. Sistemas do Ministério da Saúde de consulta livre: Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS) (55), Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (SIOPS) (48) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – Informações em Saúde (TABNET) (56);
3. Informes Eletrônicos de Legislação em Saúde (IELS) (28), publicados pela SES/SP;
4. Consulta ao Sistema Integrado de Informações ao Cidadão (SIC) (57), instituído pela Lei de Acesso a Informação em São Paulo – protocolos 692331710057 (Anexo C) e 692331710057 (Anexo D).

Realizou-se também o levantamento de informações quantitativas:

- **Percentual da despesa com medicamentos na despesa total de saúde**

Esta informação foi gerada automaticamente pelo SIOPS (51), com base nas informações transmitidas pelos entes federativos até novembro/2017, a partir dos seguintes filtros:

1. Estados e Distrito Federal;
2. Série história de indicadores;
3. Linha: UF;
4. Coluna: Ano;
5. Conteúdo: 2.3 %D.Medicamt/DT;
6. Períodos disponíveis: 2002 a 2016;
7. UF: Todas as categorias.

Sua fórmula de cálculo é:

$$\frac{\text{Total de despesas com medicamentos}}{\text{Despesa total com saúde}} \times 100$$

- **Percentual de recursos financeiros pactuados repassados aos municípios**

Relação matemática entre os recursos financeiros repassados e transferidos aos Fundos Municipais de Saúde para financiamento de medicamentos e insumos para APS (Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF).

$$\frac{\text{Total de recursos financeiros repassados a municípios para financiamento do CBAF}}{\text{Total de recursos financeiros pactuados para financiamento do CBAF}} \times 100$$

As informações para fórmula de cálculo foram obtidas a partir do Portal Financeiro do Gestor (52) da Coordenadoria de Gestão Orçamentária

e Financiamento da SES/SP. Para tanto, foram utilizados os seguintes filtros:

1. Ano: 2013, 2014 e 2015;
2. Programa:
 - Dose Certa: consulta aos valores referentes ao financiamento de medicamentos;
 - Glicemia: consulta aos valores referentes aos insumos para pacientes insulín dependentes.

- **Disponibilidade de medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas de saúde (%) e tempo médio de desabastecimento em unidades públicas de saúde**

Conforme recomendações da OMS/OPAS, as informações foram obtidas com base em uma “lista de medicamentos principais”, selecionados a partir da RENAME versão 2017 (47, 58).

Pelas especificidades deste estudo, outros três critérios foram considerados para construção da lista:

1. Indicação para morbidades frequentes;
2. Aquisição dos medicamentos pela SES/SP, no caso da avaliação do componente “programação e aquisição”, e fornecimento dos medicamentos pelo Ministério da Saúde, em que cabe a SES/SP o armazenamento e a distribuição em âmbito estadual, para avaliação do componente “logística”;
3. Disponibilidade de informações oficiais da SES/SP.

A “lista de medicamentos principais” para avaliação dos componentes “Programação e Aquisição” e “Logística” foi composta por 40 medicamentos, indicados para as dez morbidades mais frequentes dos pacientes atendidos pelas Farmácias de Medicamentos Especializados (FME): esquizofrenia, dislipidemia, asma, glaucoma, doença de alzheimer, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal crônica, artrite reumatóide, órgãos e outros tecidos transplantados e doença de parkinson (60).

Os dados foram extraídos de informes semanais publicados pela SES/SP no período de 31/10/2016 a 05/05/2017 (n=182 dias), em que constam os principais problemas de abastecimento nas FME, intervenções realizadas e previsão para regularização.

Foram utilizadas as seguintes fórmulas de cálculo:

$$\text{Disponibilidade de medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas de saúde (\%)} = \frac{\text{Número de medicamentos principais disponíveis nas unidades}}{\text{Número de medicamentos principais da lista}} \times 100$$

Considerou-se como disponível nas farmácias de unidades públicas o medicamento que não constava nos informes semanais publicados pela SES/SP.

$$\begin{aligned} \text{Tempo médio de desabastecimento em unidades públicas de saúde} &= \\ &= \frac{\text{Soma do número de dias de desabastecimento}}{\text{por ano de todos os medicamentos}} \\ &\text{Número de medicamentos principais cobertos.} \end{aligned}$$

Em que:

$$\begin{aligned} \text{Número de dias de desabastecimento por ano} &= \\ &= \frac{\text{Número de dias de desabastecimento de cada medicamento} \times 365}{\text{Número de dias cobertos na revisão de cada medicamento (n=182)}} \end{aligned}$$

Neste caso, cada apontamento nos informes semanais publicados pela SES/SP representou sete dias de falta do medicamento, devido a frequência semanal de divulgação destes documentos.

- **Proporção entre a população atendida pelas FME e a população abrangida por região**

Relação matemática entre o número de pacientes cadastrados nas FME em junho de 2017 e a estimativa de população do IBGE referente a 2015 (51, 53).

As informações são apresentadas considerando a divisão administrativa da SES/SP, por Departamento Regional de Saúde (DRS) (51).

$\frac{\text{População atendida pela Farmácias de Medicamentos Especializados}}{\text{População abrangida pela região}} \times 100$

3.4.2. Tratamento de dados

As informações coletadas foram tratadas em forma de quadros, tabelas e figuras, por meio dos *softwares* Microsoft Word® e Microsoft Excel®, sendo analisadas através de estatística descritiva.

A apresentação dos dados teve como opção metodológica uma narrativa, com a perspectiva de interpretação e análise crítica dos autores a partir dos dados levantados na pesquisa documental (30).

3.5. REFERÊNCIAS¹⁴

1. BRASIL. Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins da transição entre o Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2012, p. 54-64.
2. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (Brasil). Resolução nº 4, de 28 de agosto de 2017. Divulga as estimativas da

¹⁴ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

- população para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 ago. 2017, p. 58.
3. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/outros-destaques/plano-estadual-de-saude-2016-2019-sessp>. Acesso em: 15 set 2017.
 4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde com transparência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portalttransparencia/index.jsf>. Acesso em: 20 nov 2017.
 5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde**. Brasília, DF: Departamento de Informática do SUS, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 set. 2017.
 6. COSENDEY, M. A. E; BERMUDEZ, J. A. Z; REIS, A. L. A; SILVA, H. F.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V.L. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados Brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 171-182, 2000.
 7. São Paulo. Lei nº 10.938, de 19 de outubro de 2001. Dispõe sobre a Política Estadual de Medicamentos, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 24 jan. 2001. p. 3.
 8. CRESWELL, J. W. **Research design**. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 3. ed. Califórnia: SAGE, 2009. p. 259.
 9. VOLPATO, G. L. O método lógico para redação científica. **Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde**. v. 9, n. 1, p. 1-14, 2015.
 10. MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 315.
 11. Revorêdo, L. S.; Maia, R. S.; Torres, G. T.; Maia, E. M. C. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 2, p. 16-21, 2015.
 12. MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DASILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 41-64.
 13. BURKE, M. **Tips for Developing Logic Models**. 135th Annual Meeting of the American Public Health Association. Washington, DC: RTI International, nov. 2007.
 14. HYNDMAN, B. et al. **Logic Models Workbook**. Toronto, ON: The Health Communication Unit (THCU), Centre for Health Promotion, University of Toronto, 2001.
 15. PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 73-78, 2006.
 16. BRASIL. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2004.

17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos**, n. 5, set. 2002. 6p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/5.html#Js4874s.5>>. Acesso em: 20 jun. 2013.
18. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS**: diretrizes para ação. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia; 2015. 298 p.
19. MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde, 2006. 336 p.
20. COSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 395-406, 2003.
21. BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, jun. 2010.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 68p.
23. FRAGA, F.N.R. **A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal**. 2005. 157 p. Dissertação (Mestrado profissionalizante) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
24. 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 básico de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 74 p.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Série C – Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 40.
26. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2006.
27. CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
28. Informe Eletrônico de Legislação em Saúde (Internet). São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006 – (citado em 21 nov. 2017). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/legislacao/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude/acessar-os-informes-eletronicos/>.
29. LENZA, P. Direito Constitucional Esquematizado. 14. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2010. Pág. 368.
30. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização

- do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.
31. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 20 set 1990.
 32. BRASIL. Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006 - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.
 33. LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. Introduction. *In*: H. A. Linstone & M. Turoff (orgs.). **The Delphi method**. Techniques and applications. Reading: Addison-Wesley, 1975.
 34. NOBLAT, L; OLIVEIRA, M. G. G., SANTOS-JESUS R.; NOBLAT A. C. B.; BADARÓ, R. Validation of criteria for nosocomial use of amikacin in Brazil with the Delphi technique. **Braz J Infect Dis**. 2006;10(3):173-8.
 35. FONSECA, M; ARAÚJO, G. T. B.; SAAD, E. D. Cost-effectiveness of anastrozole, in comparison with tamoxifen, in the adjuvant treatment of early breast cancer in Brazil. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 4, p. 410-415, 2009.
 36. MAGARINOS-TORRES, R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1791-1802, 2007.
 37. ESHER, A.; SANTOS, E.M; MAGARINOS-TORRES, R; AZEREDO, T.B. Construindo critérios de julgamento em avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 203-14, 2012.
 38. SATURNINO, L. T. M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. A Farmácia Escola no Brasil: estado da arte e perspectivas. **Rev. Bras. Farm.**, v. 90, n. 3, p. 204-210, 2009.
 39. VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.
 40. HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. Research guidelines for the Delphi technique. **Journal of Advanced Nursing**, v. 32, n. 4, p. 1008-1015, 2000.
 41. DESLANDES, S; MENDES, C. H. F.; LIMA, J. S.; CAMPOS, D. S. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1633–45, 2011.
 42. JEREMY, J; DUNCAN, H. Usando o Delfos e a técnica do grupo nominal na pesquisa em saúde. *In*: Pope C, Mays N, organizadores. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2005. p. 51-60.
 43. VIEIRA, K. M.; DALMORO, M. Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados? *In*: XXXII Encontro da ANPAD, 2008. Rio de Janeiro. **Anais do EnANPAD**.

- Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. Disponível em: <http://www.anpad.org.br>. Acesso em: 21 nov. 2017.
44. MEDEIROS, R. K. S. et al. M. Validação de conteúdo de instrumento sobre a habilidade em sondagem nasogástrica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 2, p. 278-89, 2015.
 45. TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n.4, p. 821-828, 2012.
 46. MARIN, J. N.; IVAMA, A.M.; BARBANO, D. B. A.; SANTOS, M. R. C.; LUIZA, V. L., org. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Série Medicamentos e Outros Insumos Essenciais para a Saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde, 2005.
 47. SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.6, p. 2963-2973, 2011.
 48. Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde. Brasília, DF (Brasil): Departamento de Informática do SUS. 2017. [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>
 49. Portal do Ministério da Saúde [Internet]. Brasília, DF (Brasil): Ministério da Saúde. 2017 – [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: www.saude.gov.br.
 50. Portal da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS [Internet]. Brasília, DF (Brasil): Ministério da Saúde (Brasil). 2017 – [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: www.conitec.gov.br.
 51. Portal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Ícones "Medicamentos" e "Comissão de Farmacologia" [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Brasil). 2017 – [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br>.
 52. Portal Financeiro do Gestor [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Estado da Saúde. 2017. [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.portalfinanceirodogestor.saude.sp.gov.br/inicio.asp>.
 53. Portal do Instituto de Saúde, Ícone "Acesso Rápido - Programa CurSUS" [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Brasil). 2017 – [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/>.
 54. Orçamentos 2003-2017 [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Planejamento e Gestão. 2017. [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.orcamento.planejamento.sp.gov.br/orcamento>.
 55. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão [Internet]. Brasília, DF (Brasil): Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2017. [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus>.
 56. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília, DF (Brasil): Departamento de Informática do SUS. 2017. [citado em 20 nov. 2017]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

57. Sistema Integrado de Informações ao Cidadão [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Governo. 2017. [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.sic.sp.gov.br/>.
58. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 210 p.
59. CASARINI, A. M. F., HEIMANN, L.S. Atendimento preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: uma proposta de critérios. **BIS**, v.15, supl.: 32-38, 2014.

CAPÍTULO 4: PHARMACEUTICAL SERVICES AS SHARED RESPONSIBILITY IN SUS – A LOGICAL FRAMEWORK PROPOSAL

Artigo submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva (Anexo C).

ABSTRACT

Objectives: To present a Logical Framework (LF) of Pharmaceutical Services (PS) in Unified Health System (SUS, Brazil).

Methods: The LF results from the legislation synthesis and experts' consultation. Delphi methodology was used to create and quantify consensus between specialists.

Results: Legislation selected (n= 183) were published mostly by Federal Level (88%), between 2010 and 2015 (91%). The legislation contained 304 sections that addressed inter-federal responsibilities, contemplating eight components of PS (selection, financing, programming and acquisition, logistics, utilization, management, education and research), and an array of 54 responsibilities and 73 products in charge of Federal, State and Municipal Governments, which support PS expected outcomes: access to essential drugs, rational use of medicines and structuring of PS.

Conclusions: PS is under shared responsibility by the three levels of government, thus, the successful implementation of this public policy depends on the joint effort. The LF allows a broader understanding of the role of SUS managers, can be useful to define strategies to implement PS in Health Care Networks, and above all provides a reference for the construction of theoretical evaluation models addressing PS as a shared responsibility in SUS.

Key words: Pharmaceutical Services; Unified Health System; Health Policy

4.1. INTRODUCTION

The Federal Constitution (1998) inserted health in the role of Brazilian citizens' social rights, establishing co-responsibility and co-operative action among the three levels of government as a prerequisite for the implementation of the health policy(1). The Organic Health Law, on the other hand, specified Unified Health System (SUS/Brazil) attributions and organization and delimited competencies of the three levels of government, basing its implementation at national level(2).

Thus, SUS implementation, based on universality, equity and integrality principles, requires inter-operative articulation, consensual management mechanisms and health responsibilities well defined(2,3,4).

In SUS legislation, responsibility refers to the functions that each level of government should play, the division of competences between Federal, State and Municipal Governments(2,5,6).

For analytical and management purposes, health responsibility may be classified in micro and macro-health responsibility. Micro-health responsibility depends on work organization at all health-care levels and aims the constitution of solid therapeutic linkages between health professionals and patients and their families. In this perspective, it's up to health teams the comprehensive approach of each case on their level of competence. On the other hand, macro-health responsibility turns to SUS regionalization, seeking of "what is in charge of who", clarifying each entity role. Within states and municipalities, defining activities under responsibility of health-care facilities, and responsibility delimitation as basis for financing agreements and for access management too(5).

In Brazil, the Health Pact (2006) set up macro-health responsibilities, defining individual and shared responsibilities by the three levels of government(6).

Pharmaceutical Services (PS) comprises a set of activities designed to complement and support health care actions at all complexity levels(2,7,8). It's

one of the key elements for structuring health care networks, contributing to increase the solvability of the health system and legitimize the lines of care(9).

Under shared responsibility in SUS(6), the coordination of PS in networks implies the development of structuring actions. Access to medicine must take place with strategies for rational use in order to provide the best therapeutic response for patients at the lowest cost to health system. One should seek to improve service quality and management processes. Ultimately, there must be synergy between management levels' actions to achieve concrete results and to improve population's quality of life(8,10,11).

Assessment practices add to strengthen PS management, providing useful information to answer to problems faced by managers and to support public policy formulation, implementation and reorientation processes(12).

The evaluation of PS in Brazil is a priority in health research(13), and the construction of instruments that consider it a shared responsibility in SUS, as the Health Pact determines, is needed(14).

A fundamental step in evaluation models design is the development of Logical Frameworks (LF)(15). A LF is a schematic representation or a visual scheme, which presents a policy or a program (main components and objectives) and their expected results (products and impact) in a given political and organizational context (16).

Based on literature review, Esher et al (2011) infers that the use of LF is relatively simple and can be a helpful tool for evaluation, allowing the program or policy to be treated in depth, valuing its plurality, and explicitly specifying its effects(15).

Some authors have already used LF to build PS evaluation models in Brazil. Despite the differences in the evaluation process focus, the studies emphasize on specific programs(17-21) or processes(22), at state or municipal levels(23-25).

The purpose of this article is to present a LF of PS in SUS, clarifying technical components, purposes, inter-federal responsibilities, and expected products required for achieving the main goals of the public policy, in a comprehensive manner.

4.2. METHODS

It was conducted a search of legislation database (Informe Eletrônico de Legislação em Saúde), published by São Paulo State (SP) Health Department, from May/2006 to November/2015, to explore inter-federal responsibilities related to PS in SUS. The availability of electronic reports defined data collection period.

It was selected current legislation, from Federal and SP Governments, disposing about the structure of health system, processes relating to drugs and PS, pharmacist's role in SUS, and treatment guidelines, which support activities organization at all levels and guide PS in Brazil. In addition, Brazilian health policies before 2006 and other publication on PS from national and international organizations were also collected.

São Paulo is the most populous state in Brazil and 55,5% of its population is SUS dependent; economically, it's responsible for the largest federal spending on drugs. It has also been pioneer in the development of state-level drug policies. Therefore, the inclusion of SP legislation was strategic to understand how regional publications influence PS Policy.

The LF was prepared considering six elements, adapted from Cosendey, Hartz and Bermudez (2003) (18), as shown in Table 4.1.

Table 4-1. Logical framework elements: what and how.

LF Element	What (Definition)	How?
Component(s)	Essential aspects of pharmaceutical services in Unified Health System.	From the complete reading of the selected legislation, it was identified the sections related to inter-federal responsibilities regarding Pharmaceutical Services in Unified Health System. The categorization of these sections according to Pharmaceutical Services cycle resulted in the components of the Logical Framework.
Objective(s)	Purposes of each component	Legislation and literature from World Health Organization, Pan American Health Organization, Ministry of Health, Federal Council of Pharmacy and National School of Public Health supported the definition of components' purposes.
Individual or shared responsibilities	List of responsibilities in charge of each level of government, expressed in current legislation	Construction of an array of inter-federal responsibilities for Pharmaceutical Services in Unified Health System, by the synthesis of legislation sections, with the identification of health responsibilities, related management level and outputs. Similar responsibilities and products were clustered for the representation in the Logical Framework.
Level in charge	Related management level (Federal, State and/or Municipal)	
Product(s)	Good or service offered as a result of the individual and / or shared responsibilities	
Result(s)	Expected outcome of the three levels of government joint effort in the implementation Pharmaceutical Services in SUS.	Based on the agreement on health responsibilities in Unified Health System(11).

A specialist panel, composed of seven pharmacists, enrolled in education, management or health care, and with previous experience in SUS (Federal, State or Municipal Levels), validated the LF drafted by the researchers. Delphi methodology was used to create and quantify consensus between the specialists.

An online structured questionnaire, designed with Google Forms®, was used to collect data. In the evaluation of each element of the LF with a Likert scale, the specialists could (1) strongly disagree, (2) disagree, (3) agree, or (4) fully agree with researcher's proposal. They could also comment and suggest text modification, when options (1) or (2) were chosen.

The results were evaluated by the degree of consensus. The elements that resulted in at least 60% of the answers (3) and (4) were considered approved by experts.

Specialists' comments and suggestions were analyzed from a reflexive perspective and based the reformulation of LF elements.

The development of this study was within Research Program for SUS (PPSUS), with the partnership of the Coordination of Science, Technology and Strategic Inputs, SP Health Department.

Ethics Committee of School of Public Health, Universidade de São Paulo (FSP/USP), approval CAAE number was 48473915.3.0000.5421, on September 23, 2015.

4.3. RESULTS AND DISCUSSION

According to Dallari (2003), social activity expresses in official documents what government must do(26). Drug National Policy (1998) was the first publication to systematize individual responsibilities related to PS(7). PS National Policy (2004) included as a strategic axis the delimitation of inter-federal responsibilities, in order to overcome PS fragmentation(8). The Health Pact (2006) strengthened PS as shared responsibility in SUS(6).

After Health Pact, the Ministry of Health, State and Municipal Health Secretaries have published thousands of legislation every year in order to structure SUS, give transparency to public health actions and clarify the role of each level of government. Consequently, to comprehend macro-health responsibilities, one should look for many official documents, available at different data sources.

Aiming to implement health policies, a broader understanding of SUS managers' role is the basis for an efficient organization of the work process.

Therefore, this article answers to the need to systematize fragmented legislation, regarding inter-federal responsibilities and PS in SUS.

In the legislation database consulted, 2.311 electronic reports were available, containing 38.514 legislation from May/2006 to November/2015. Considering the including criteria, 178 current legislation were selected. With the addition of health policies before 2006, the study sample resulted in 183 documents (Table 4-2).

Table 4-2. Distribution of legislation about pharmaceutical services, according to origin and year of publication.

Origin	Legislation Number								
	Year (*)								Total
	Before 2006	2006 - 2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Federal Legislation	4	7	27	11	20	43	27	22	161
São Paulo State Legislation	1	5	2	2	1	1	1	9	22
Total	5	12	29	13	21	44	28	31	183

(*) Column "Before 2006" includes legislation published in 1990 (Lei nº 8.080 - Health Organic Law), 1998 (Portaria nº 3.916 - Drug National Policy), 2001 (Lei nº 10.938 - Drug State Policy/São Paulo), e 2004 (Resolução nº 338 - PS National Policy) and May 3th, 2006 (Portaria nº 971 - National Policy of Integrative and Complementary Practices). Columns "2006" to "2015" includes legislation published from May 16, 2006 to November 30, 2015.

The legislation that based LF construction were normative documents, as laws, ordinances, resolutions, deliberations and technical standards, published mostly by the Federal Level (88%), between 2010 and 2015 (91%).

Highlights that selected legislation are concentrated in the last five years of data collection period. Then, the 10-year period that based data collection was enough to understand the development process and conformation of PS in SUS.

Regarding the central issue, legislation distribution was as follows: treatment guidelines (n=109), processes relating to drugs and PS (n=56), structure of health system (n=10), pharmacist's role in SUS (n=3), and health policies before 2006 (n=5).

Moreover, 304 sections addressed shared responsibilities in SUS, contemplating eight main components of PS: selection, financing, programming and acquisition, logistics, utilization, management, education and research (Table 4-3). The legislation usually covers more than one component of PS in their different sections.

Table 4-3. Distribution of legislation sections according to origin and related components of pharmaceutical services.

Components of Pharmaceutical Services	Legislation section number		
	Origin		Total
	Federal Legislation	São Paulo State Legislation	
Selection	9	3	12
Financing	11	3	14
Programming and acquisition	45	8	53
Logistics	27	1	28
Utilization	105	4	109
Management	73	5	78
Education	2	3	5
Research	3	2	5
Total	275	29	304

The synthesis of these sections resulted in an array of 54 responsibilities and 73 products of PS, in charge of Federal, State and Municipal Governments. Responsibilities relating to drug utilization (prescription, dispensing and adherence) were the most common, followed by management and activities to promote drugs availability (programming and acquisition and logistics). Research and education were the least frequent issues addressed in government publications.

With respect to the origin, shared responsibilities on PS in SUS were mostly defined in Federal legislation, suggesting that the Ministry of Health has been the main inducer of PS reorientation in Brazil in the past ten years.

It was expected that SP legislation would bring up regional specificities related to stakeholder's decisions on public health services management, often different from those adopted elsewhere in the country. They were focused, however, on strategies to implement and operationalize PS at state level, based on federal guidelines, Brazilian health policies and nationwide inter-federal agreements.

State legislation were available in smaller number and less significant to LF development, since they do not modify government responsibilities previously defined in federal documents, but add regional characteristics. Therefore, despite the LF has been based on PS in SUS/SP, the tool may be applicable nationwide.

This study did not consider municipal legislation because of methodological reasons and document characteristics. Regarding methodological limitations, although SP has 645 municipalities, with political and administrative autonomy, the database includes only legislation published by São Paulo Municipal Health Department. Concerning document characteristics, municipal legislation consider the principle of local interest predominance, that is, the peculiarities and the immediate needs of the municipality. Thus, the consideration of municipal legislation to LF development could limit its use by different stakeholders.

It's worth to mention that operational, financial and administrative aspects of SUS shared management are agreed under Tripartite (CIT) and Bipartite (CIB) Commissions composed, respectively by municipal, state and federal or municipal and state representatives. Inter-federal agreements are published as state and federal official documents(10), thus their presence minimize the impact of municipal legislation absence.

Relative to the validation process with Delphi methodology, the rates of answers (3) and (4) ranged from 71 to 100% in the first round of questions, reaching the degree of consensus for all LF elements. Experts' comments and suggestions were helpful to improve the proposal in six aspects – two objectives, two outputs and two individual or shared responsibilities (Table 4-4, Apêndice J).

Figure 4-1 shows the LF of PS in SUS. This proposal is the first to explore Federal, State and Municipal responsibilities and to represent the rationale behind PS Policy in a comprehensive manner.

Table 4-4. Results of the validation process of the logical framework of pharmaceutical services in Unified Health System, Brazil, with Delphi methodology.

Elements of the logical framework	Evaluation of the logical framework model: % of the answers (3) agree and (4) fully agree								Changes due to comments and suggestions
	Selection	Financing	Programming and acquisition	Logistics	Utilization	Management	Education	Research	
Components	100%	86%	71%	100%	86%	100%	100%	100%	—
Objectives	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Text Improvement in financing and utilization objectives
Products (Outputs)	71 a 100%	86 a 100%	71 a 100%	100%	86 a 100%	71 a 100%	71%	86 a 100%	<ul style="list-style-type: none"> • Change in one output from the component utilization (from “pharmacotherapeutic follow-up” to “pharmaceutical care” • Detail of one output from the component management (Technical standards and guidelines)
Individual or Shared Responsibilities (**)	Not rated								<ul style="list-style-type: none"> • Update in one item from the component programming and acquisition, due to legislation repeal during data collection and • Redundancy eliminated in one item of the component utilization (exclusion of the phrase "for free", since Unified Health System is a universal system).
Responsible (**)	Not rated								—
Impact (***)	Not rated								—

(**) Already defined on legislation.

(***) Based on the agreement on health responsibilities in SUS, between three federal levels.

Figure 4-1. Logical framework of pharmaceutical services in Unified Health System, Brazil.

Components	Individual or Shared Responsibilities	Level in Charge	Products (Outputs)
Selection	To develop and update essential medicines lists.	F	National Essential Medicines List (RENAME) National Medicinal Plants and Herbal Medicines List (RENAFITO) National Medicines List for Indigenous Health Health Technology Assessment processes finished on time
		S	State Essential Medicines List (RESME)
		M	Municipal Essential Medicines List (REMUME)
	To develop and update Clinical Guidelines and the Therapeutic Formulary	F	Clinical Guidelines Therapeutic Formulary (FTN)
Financing	To finance essential medicines and supplies, by fund to fund transfer: CBAF – per capita/year	F, S	Financial resources to acquire medicines and supplies
	To finance essential medicines, by fund to fund transfer: CEAF – according to SUS Procedures Table	F	
	To finance medicines, additional to RENAME, according to CIB and Municipal Council of Health definition	S, M	
	To finance procedures involving medicines, by fund to fund transfer: Home ambulatory and hospital care – according to SUS Procedures Table	F	Financial resources to offer procedures
	To finance the qualification of Pharmaceutical Services, by fund to fund transfer: Structuring of warehouses and pharmacies and education	F	Financial resources to qualify Pharmaceutical Services
	To finance the implementation of Health Policies related to medicines	F, S, M	Financial resources to implement National Policies related to medicines
Programming and acquisition	To regulate drug prices.	F	Medicines Price List – CMED (Drug Market Regulation Chamber)
	To manage the System of Drug Prices Registration.	S	Drug Prices Registration available at municipal level and health-care facilities.
	To purchase and provide essential medicines to State and Municipal Health Secretaries: CBAF – insulin, contraceptives, National Medicines List for Indigenous Health; CESAF – epidemic diseases control, antiretroviral drugs, blood products, vaccines, sera and immunoglobulin CEAF – Group 1 Anti-neoplastic medicines	F	Availability of medicines at State and Municipal Warehouses, Special Indigenous Health Districts, and health-care facilities.
	To purchase and provide essential medicines to Municipal Health Secretaries and Health Facilities: CBAF – RESME and State Medicines List to Prison Health-Care CEAF – Group 1	S	
	To purchase and provide essential medicines to Health Facilities: CBAF	M	
	To purchase and provide medicines, additional to RENAME, according to CIB and Municipal Council of Health definition	S, M	
	To receive, store and distribute medicines purchased by the Ministry of Health to Municipal Health Secretaries and Health Facilities.	S	Availability of medicines at Municipal Warehouses and health-care facilities.
Logistics	To receive, store and distribute medicines received from the State Health Secretary to Health Facilities.	M	Availability of medicines at health-care facilities.

Figure 4-1. Logical framework of pharmaceutical services in Unified Health System, Brazil (cont.).

Components	Individual or Shared Responsibilities	Level in charge	Products (Outputs)
Utilization (prescription, dispensing and adherence)	To prescribe, dispense and support quality use of medicines, according to Clinical Guidelines and meeting sanitary standards.	F, S, M	Access to medicines Education initiatives for patients and health professionals
	To execute CEAF: request, dispensing and treatment renewal.	S, M	Pharmaceutical care
	To offer procedures involving medicines, at all levels of care, according to SUS Procedures Table.	F, S, M	Access to medicines Procedure codification, authorization and registration, according to SUS Procedures Table.
	To execute CEAF: evaluation and authorization steps	S	
	To provide medicines and supplies to patient through "Farmácia Popular do Brasil" Program.	F	Access to medicines, at low cost (co-payment scheme) or free of charge
Management	To develop Drug Policies	F, S	National and State Drug Policies
	To implement Drug, Pharmaceutical Services and other Health Policies	F, S	Technical cooperation to State and Municipal Governments
		F, S, M	Health Policies implemented
	To coordinate PS at national, state or municipal level.	F, S, M	Technical standards and guidelines Warehouses and pharmacies implemented Health Policies implemented
	To participate in the development and monitoring of SUS management tools: PlanejaSUS; plurianual plans and budget legislation; SISPACTO and COAP	F, S, M	PS integrated in SUS management tools Essential medicines lists and shared and individual responsibilities related to PS defined in COAP
	To join Inter-Federative Commissions.	F, S, M	Agreement for the provision of PS: access criteria, reference services, patient care flows, shared and individual responsibilities
	To ensure the availability of incorporated medicines.	F, S, M	Incorporated medicines available for dispensing in 180 days.
	To implement Drug Traceability, meeting sanitary standards.	F, S, M	Drug Traceability
	To transmit information to National Database of Pharmaceutical Services and Actions in SUS.	S, M	Agreed information on essential medicines transmitted regularly to the National Database.
	To monitor and evaluate Pharmaceutical Services.	F, S, M	Pharmaceutical Services performance indicators Drug use indicators
Education	To define and implement guidelines and strategies to provide education and training in Pharmaceutical Services.	F, S, M	Trained health professionals
Research	To promote research in Pharmaceutical Services.	F, S, M	Research lines and studies in Pharmaceutical Services Dissemination of experiences and technical information
↓ ↓ ↓			
Expected Results			
To promote the structuring of Pharmaceutical Services, free access and the rational use of essential medicines, in accordance with sanitary standards and existing agreements.			

SUS – Unified Health System

F – Federal Government; S – State Government; M – Municipal Government

CBAF: Basic Component of PS; CEAF: Specialized Component of PS; CESAF: Strategic Component of PS

CIB: Comissão Intergestores Bipartite or Bipartite Commission

PlanejaSUS: System Health Plans, Annual Health Program, Annual Management Report; PPA: Mutiannual Plan; Budget Legislation: Budget Guidelines Law - LDO and Annual

Budget Law - LOA; SISPACTO: instrument for filling in and recording the agreement

of priorities, objectives, goals and indicators of the Health Pact; COAP: Organizational Contract of Public Action

The LF of PS in SUS proposes eight components – selection, financing, programming and acquisition, logistics, utilization, management, education and research and its purposes; individual and shared responsibilities by Federal, State and Municipal Governments, and related expected products.

Cosendey, Hartz and Bermudez (2003)(18), Oliveira *et al.* (2002)(19) and Luiza (2003)(23) represented similarly pharmacist's activities focused on quality and access to medicines, including the components selection, programming and acquisition and logistics in the LF. Medicine utilization was also considered a key component of PS by Oliveira *et al.* (2002)(19), Osorio-de-Castro *et al.* (2009)(21) and Luiza (2003)(23), entitled “utilization control”, “prescription, dispensing and adherence”, and “dispensation and promotion of Rational Use of Medicines (RUM)”, respectively. Cosendey, Hartz and Bermudez (2003)(18) and Luiza (2003)(23) were the only authors to consider, respectively, management or education as a component of PS. Financing and research were never mentioned in literature, although they are essential to structure PS in SUS(15, 17-25).

SUS management levels have independent operating structures, with relative autonomy, and their coordinated action depends on the development of agreed and relayed activities, but not necessarily simultaneous and coincident. Thus, the review of PS tasks included the identification of individual responsibilities of each entity and shared responsibilities by the levels of government.

The LF presented focus on the understanding of PS in a comprehensive manner. Activity flows, resources (inputs) and connections among activities, resources (inputs) and products (outputs) were not included, because at first they are not necessary to understand macro-health responsibilities in SUS.

The three main expected outcomes of PS in SUS were understood as the comprehensive result of all components in the LF. They are free access to essential medicines, promotion of RUM and structuring of PS(11).

Access to essential medicines is the "relationship between the need for drugs and the supply of the same (...)"(23). Ensuring access to essential medicines requires a coordinated set of actions, including rational selection

and use, sustainable financing systems and reliable health and supply of medicines(27). Therefore, selection, financing, programming and acquisition, and logistics are the components that enable access to medicines in SUS.

The selection of safe and effective drugs for priority diseases is essential to PS Policy implementation, once access to medicines with these characteristics helps to improve therapeutic resolution and to promote RUM(28).

The National Essential Medicines Lists (RENAME) comprises the selection of medicines for health-care in SUS, including medicines for outpatient and hospital care, as well as plants and herbal medicines(9,10). It's a guiding tool for the definition of State and Municipal Essential Medicines Lists and, the National Medicines List for Indigenous Health(9, 29).

Therapeutic Formularies and clinical guidelines are complementary instruments to support drug utilization at all health-care levels, and should be considered by SUS managers to implement the lines of care(9, 28). They are the cornerstone of rational drug therapy.

The Ministry of Health is responsible for RENAME and clinical guidelines nationwide, assisted by the National Committee for Health Technology Incorporation (CONITEC). Administrative procedures for incorporation and exclusion of medicines in RENAME must finish within 180 days, and figures as one expected product of the component selection(2).

SUS financing is a shared responsibility by the three levels of government(2,10,11). The financial responsibility for the delivery of medicines or procedures are defined in CIT and CIB(9).

Federal funds for health are organized in funding blocks. PS block comprises resources for drug supply, especially to outpatient. The financing of medicines for hospital care or antineoplastic treatment are integrated into procedures costs, according to SUS Procedures Table. SUS Management Financing block contains resources for PS qualification. State and Municipal Governments are also involved with the financing of medicine and actions to strengthen PS in SUS(9).

Due to the increasing technological innovation and health care situation profile, characterized by aging, the increase of life expectation and an epidemiological transition, with the existence of a triple burden of diseases (infectious diseases, external causes and chronic diseases), the representativeness of medicines in government spending tend to growth(29). Undoubtedly, it's necessary a major concern and to monitor PS financing, due to its impact to public budget.

In reference to the implementation of PS health policies, it's stressed the need for tripartite composition of funding, but the responsibilities are not clearly defined in the legislation.

Programming, acquisition and logistics give concreteness to the availability of selected drugs at municipal level and health-care facilities. The main goal of these components is to ensure continuous supply of drugs, in adequate quantities and quality, timely, compatible with available resources, to meet needs of the population(9,28).

Since these are competences of the three levels of government, according to the type of medicines, the synergy between management levels' is a key point to ensure continuous drug supply in SUS.

RUM requires patients to receive medications appropriate to their clinical needs, in doses that meet their individual requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost to them and their community(28). Thus, it's a process comprising appropriate prescription; correct dispensation, including information on prescribed medicines; adherence by patient; and monitoring drug therapy(9,28,29).

In fact, the eight components of PS in SUS contribute to RUM, but the main importance of component "utilization" rests on the interaction of the three key players of medication process: prescribers, dispensers and patients(28). Furthermore, its products are directly related to the provision of comprehensive care, as defined in Organic Health Law: (1) the dispensation of medicines, attending to prescriptions in accordance with Essential Medicines Lists and clinical guidelines, and (2) the provision of therapeutic procedures – home, ambulatory and hospital care – according to SUS Procedures Table(2,9,28).

In addition, given the PS National Policy priorities and considering Brazilian health care situation, it's worth highlighting the need to support RUM with the integration of pharmaceutical care into healthcare process(8,9,29).

The third expected outcome of PS in SUS is the structuring of PS as a qualification strategy to access to drugs and RUM(9). Twenty-five years after SUS construction, it remains a challenge for federative entities, and management, continuing education and research can help face it.

Management is the activity and the responsibility for running a health system through the coordination, articulation, negotiation, planning, monitoring, control, evaluation and audit(9). The management of PS is the ability to formulate, articulate and create conditions for implementation and sustainability of PS, in a decentralized and shared manner at federal, state and municipal levels(30).

Drug and PS National Policies (1998 and 2004) establish the guidelines for the structuring of PS in SUS, defining inter-federal responsibilities(7,8).

Aiming to make health policies come true, from an analysis of health situation, available resources, priorities and strategies of a particular management level, government commitments and initiatives to improve PS can be defined. They are expressed in SUS management tools, an important product of the component management(8,9,28).

The structuring of health care networks demands the integration of actions and services at the three levels to ensure comprehensive care(10,29). Thus, a regional list of medicines, access criteria to PS, reference services and patient care flows are part of inter-federative negotiation within Inter-Regional Commissions (CIR) and CIB. Recent regulation of technology incorporation process in SUS, which states a maximum of 180 days to make available incorporated medicines(9), also implies the need for strengthening inter-federative bonds.

The structuring of warehouses and pharmacies is another key management intervention. It's necessary to have appropriate physical area, equipment, furniture and human resources, ensuring physical-chemical integrity of medicines and an appropriate environment to the development of

PS. Seen pharmacies as health-care facilities, conditions to welcome patients with dignity, respect and humanization and to enable the dialogue between pharmacists and patients are essential too(9,28).

Aiming to gather information for monitoring and evaluation Drug and PS Policies and to promote patient safety, some initiatives related to the formulation and implementation of technological innovation focused on PS management have been instituted in SUS.

In 2013, the Ministry of Health created the National Database of PS in SUS to the transmission of data related to medicine inputs, outputs and dispensations carried out by state and municipal health-care facilities. That same year, Brazilian Health Surveillance Agency (ANVISA) set out mechanisms to drug traceability. Both initiatives are in legislation, but concrete implementation is medium to long-term.

It's also a shared responsibility the promotion of education and research.

PS management is guided by the need for professionals' technical training, together with the development of strategic and political skills. Continuing education is essential to qualify professional practices and figures as one driver to public policies implementation(7-9). That is why the LF proposes education as one component of PS in SUS.

Research is another strategic ally to management. It's advisable the use of scientific knowledge in policy formulation and decision-making in health. Thereby, PS is one of the priorities sub-agendas of health research in Brazil, and two major areas are stressed: development and evaluation of medicines; and evaluation of policies, programs and services(13).

4.4. FINAL CONSIDERATIONS

The LF of PS in SUS is a useful tool to clarify technical components and its purposes, inter-federal responsibilities and expected products required for achieving the main goals of this Public Policy.

Selection, financing, programming and acquisition, logistics, utilization, management, education and research are PS components under shared responsibilities by the three levels of government. These components support the three main expected outcomes of PS in SUS: free access to essential medicines, RUM and structuring of PS.

Resulting from legislation synthesis and experts' consultation, the LF allows a broader understanding of SUS managers' role, in a comprehensive manner. Since it clarifies inter-federal responsibilities and related expected products of their actions, it can be useful for the definition of strategies to implement and operationalize PS in the context of Health Care Networks.

The successful implementation of PS as a public policy depends on the joint effort of SUS managers, driven by health standards and existing inter-federative agreements. Therefore, inter-federal cooperation is a premise to achieve the common purpose to qualify and overcome PS challenges in SUS.

Finally, highlight that the LF also provides a reference for the construction of theoretical evaluation models addressing PS as a shared responsibility in SUS.

4.5. REFERENCES¹⁵

1. Acervo (Internet). Brasília, DF (Brazil): Presidência da República. 2017. (cited 20 oct 2017). Available from: <http://www2.planalto.gov.br/acervo>.
2. Brazil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet. (Internet) 2011; Série no Brasil 1:11-31.
4. Santos, L. S. Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos? in Oliveira, N. A.– Org. Direito Sanitário. Oportuna discussão via coletânea de textos do 'blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania'. 1 ed. Brasília, DF: ANVISA, CONASEMS, CONASS, 2012. p. 289-290.
5. Campos, GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(2):301-306.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Medicamentos. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: MS; 2001. 40p.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União 2004.
9. Brasil. Conselho Federal de Farmácia (CFF). O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação. Brasília: CFF; 2015. 298 p.
10. Brazil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011.
11. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite). Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins da transição entre o Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP. Diário Oficial da União 2012.

¹⁵ De acordo com os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores da revista.

12. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Jr Mr, Bezerra LCA, Calvo MCM, Miranda AS. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciênc. saúde colet.* 2012;17(4):839-49.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: MS; 2011. 68 p.
14. Medeiros AL, Romano-Lieber N, Tanaka OY. Produção científica relacionada à avaliação de políticas e serviços de Assistência Farmacêutica no Brasil. *J. Bras. Econ. Saúde* 2015;7(Supl 2):46-47.
15. Esher A, Santos EM, Azeredo TB, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Oliveira MA. Logic models from an evaluability assessment of pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS. *Ciênc. saúde colet* 2011;16(12):4833-4844.
16. Medina, MG et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz, Z. M. A.; Vieira-da-Silva, L. M. (Org.). Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 41-64.
17. Pimenta-de-Souza P, Miranda ES, Osorio-de-Castro CGS. Preparação da assistência farmacêutica para desastres: um estudo em cinco municípios brasileiros. *Ciênc. saúde colet* 2014; 19(9):3731-3742.
18. Cosendey MAE, Hartz ZMA, Bermudez JAZ. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(2):395-406.
19. Oliveira MA, Esher AFSC, Santos EM, Cosendey MAE, Luiza VL, Bermudez JAZ. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2002;18(5):1429-1439.
20. Rover, MRM.; Vargas-Pelaez, CM; Manzini, F; Mendes, SJ; Farias, MR; Leilte, SN. Modelo teórico e lógico para avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* 2016; 7(1):191-210.
21. Osorio-de-Castro CGS, Chaves GC, Ruiz AM, Miranda ES, Campos MR, Suárez-Mútis MC, et al. A proposal for an evaluation model of pharmaceutical services for malaria. *Cad. Saúde Pública* 2009;25(9):2075-2082.
22. Sartor V, Freitas S. Modelo para avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica à saúde. *Rev. Saúde Pública* 2014;48(5):827-836.
23. Luiza VL. Acesso a medicamentos essenciais no Rio de Janeiro (pHD thesis). (Rio de Janeiro, Brazil): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2003. 227 p.
24. Fraga FNR. A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal (dissertation). (Porto Alegre, RS, Brazil): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005. 157 p.

25. Pereira N, Luiza VL, Cruz MM. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. *Saúde debate*, 2015;39(105):451-468.
26. Dallari, SG. Direito Sanitário. In: *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*, 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 39-58.
27. WHO. WHO Medicines Strategy-countries the core: 2004-2007. Geneva: WHO; 2004.
28. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, editors. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: Organização Pan-americana de Saúde/OMS; 2006. 336 p.
29. Mendes, EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.
30. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(6):1207-20.

CAPÍTULO 5: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO: RESPONSABILIDADE DOS TRÊS ENTES FEDERATIVOS DO SUS

E-book registrado junto a Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-923656-0-8

Indexado à Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME:
<http://ses.sp.bvs.br/vhl/outras-fontes-de-informacao/biblioalerta-saude/centro-de-documentacao/>

CAPÍTULO 6: CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Este artigo não foi submetido até a data de depósito da tese.

RESUMO

Objetivo: caracterizar a assistência farmacêutica no Estado de São Paulo quanto as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor estadual. **Método:** estudo descritivo, baseado em pesquisa documental, com a caracterização dos componentes seleção, financiamento, programação e aquisição, logística, utilização, gestão, educação e pesquisa. **Resultados:** a participação dos medicamentos na despesa com saúde, a contrapartida para atenção básica e os repasses aos municípios eram superiores aos nacionais; em média havia 83,5% de disponibilidade e 59,5 dias/ano de desabastecimento de medicamentos nas Farmácias de Medicamentos Especializados, que atendiam 3,09% da população; a Política Estadual de Medicamentos foi instituída em 2006 e havia integração da assistência farmacêutica nos instrumentos de gestão; identificou-se a necessidade de reorientação da seleção de medicamentos e da promoção do uso racional, integração ao controle social e maior investimento em monitoramento/avaliação, capacitação e pesquisa. **Conclusão:** existem avanços e desafios na implementação da assistência farmacêutica pelo gestor estadual.

Palavras-chave: assistência farmacêutica, Sistema Único de Saúde, governo estadual, gestão em saúde.

6.1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A direção do SUS se dá em cada esfera de governo, sendo exercida no âmbito dos Estados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (1).

Às SES competem a responsabilidade geral de formulação e coordenação da política de saúde no Estado, a gestão e regulação da assistência médica de maior complexidade, de caráter estadual ou regional, e a prestação de serviços de saúde no âmbito da rede sob sua gerência. Além disso, deve realizar a interlocução com o Ministério da Saúde, mediar as relações intermunicipais no que se refere a assistência à saúde nas regiões de saúde e prestar cooperação técnica a todos os municípios de sua área de abrangência, compreendendo a supervisão, a capacitação, o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelos municípios (2).

Por figurar um componente essencial do sistema de saúde em todos os níveis de complexidade (1), as políticas de assistência farmacêutica são integrantes da política de saúde (3-5). Assim, no processo de gestão do SUS, a estruturação da Assistência Farmacêutica, a promoção do acesso e do uso racional de medicamentos correspondem a responsabilidades solidárias dos três entes federativos (6).

Devido a sua relevância em termos sanitários e econômicos (7), e por se tratar de uma prioridade de pesquisa em saúde no país (8), nos últimos anos verifica-se um aumento na produção bibliográfica referente à caracterização e à avaliação de políticas e serviços de Assistência Farmacêutica no Brasil, em especial no âmbito da Atenção Primária à Saúde (9, 10).

Por outro lado, são escassas as publicações relacionadas a gestão estadual da Assistência Farmacêutica. Neste aspecto, além do estudo da

situação farmacêutica brasileira conduzido pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) e pelo Ministério da Saúde (11), em que alguns indicadores para avaliação nos serviços foram aplicados a cinco estados brasileiros, destaca-se a pesquisa de Rieck (2008) (12), envolvendo 19 estados do país, em que se realizou a análise da assistência farmacêutica quanto à seleção, logística (programação, aquisição e distribuição) e a gestão (institucionalização, financiamento, intersetorialidade e recursos humanos). Ambas as iniciativas foram realizadas há dez anos e não contemplam o Estado de São Paulo (11, 12).

Ressalta-se, ainda, a inexistência de estudos que contemplem a Assistência Farmacêutica frente às responsabilidades sanitárias dos entes federativos no SUS (9), conforme prevê a pactuação tripartite vigente (6).

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo caracterizar a assistência farmacêutica no Estado de São Paulo quanto as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor estadual.

6.2. MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de estudo descritivo (8), destinado à caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo a partir do “Modelo Lógico da Assistência Farmacêutica no SUS”, proposto por Medeiros, Romano-Lieber e Tanaka (2017) (13).

Este modelo lógico é composto por oito componentes (seleção, financiamento, programação e aquisição, logística, utilização, gestão, educação e pesquisa) e seus objetivos, desmembrados em uma matriz de responsabilidades individuais e compartilhadas pelos gestores federal, estadual e municipal, e respectivos produtos, cujo impacto seria a estruturação da Assistência Farmacêutica, a promoção do acesso a

medicamentos essenciais e do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do SUS (13).

Neste estudo foram consideradas as 23 responsabilidades sanitárias envolvendo o gestor estadual, e seus respectivos produtos, das quais 06 eram exclusivas e 17 eram compartilhadas com os demais entes federativos, sendo 02 com a esfera federal, 04 com a esfera municipal e 11 pelas três esferas de gestão (13).

Para caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo optou-se pela abordagem mista, contemplando informações quantitativas e qualitativas, “isto porque, ao mesmo tempo em que se complementam, permitem [compreender] diferentes facetas de um mesmo fenômeno” – Tanaka e Melo (2004) *apud* (14).

A definição dos aspectos considerados neste processo se deu a partir da pesquisa bibliográfica, sendo empregadas referências consagradas e amplamente utilizadas em avaliação da assistência farmacêutica (11,15-18).

Local de estudo

O Estado de São Paulo foi escolhido para este estudo de caso, uma vez que é a unidade federativa mais populosa do Brasil, com 45.094.866 habitantes, equivalente a 22% da população brasileira (19). Abrange 645 municípios, dos quais a maioria de pequeno porte (508 municípios < 50 mil habitantes), entretanto, 75% da população se concentra em 78 municípios com mais de 100 mil habitantes (20).

Neste Estado, o SUS é o principal responsável pelo atendimento da população, sendo 55,5% da população paulista exclusivamente SUS dependente. Para implementação das ações públicas de saúde, foram constituídas 63 regiões de saúde, distribuídas em 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde, com suficiência na atenção básica, média complexidade e parte da alta complexidade (20).

Em relação a sua magnitude, representa o maior gasto público federal em Assistência Farmacêutica, correspondendo a 31% (R\$ 605.234.750,12) dos repasses nacionais fundo-a-fundo para o Bloco de Assistência

Farmacêutica realizados em 2016 (21). Ainda, foi um dos Estados pioneiros na implantação de políticas relacionadas a medicamentos em âmbito estadual (22, 23).

Coleta e tratamento de dados

Realizou-se a organização e análise crítica de toda documentação disponível e em vigência até novembro de 2017, referente a Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo, obtida a partir das seguintes fontes:

1. Sítios eletrônicos de consulta livre: Ministério da Saúde (24) e Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (25), SES/SP (26, 27), Instituto de Saúde da SES/SP (28), Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SPG) (29);
2. Sistemas do Ministério da Saúde de consulta livre: Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS) (30), Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (SIOPS) (31) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – Informações em Saúde (TABNET) (32);
3. Informes Eletrônicos de Legislação em Saúde (IELS) (33), publicados pela SES/SP;
4. Consulta ao Sistema Integrado de Informações ao Cidadão (SIC) (34), instituído pela Lei de Acesso a Informação em São Paulo – protocolos 692331710057 e 692331710057.

As informações coletadas foram tratadas em forma de quadros, tabelas e figuras, por meio dos *softwares* Microsoft Word® e Microsoft Excel®, sendo analisadas através de estatística descritiva.

A apresentação dos dados teve como opção metodológica uma narrativa, com a perspectiva de interpretação e análise crítica dos autores a partir dos dados levantados na pesquisa documental (35).

Aspectos éticos

O trabalho foi dispensado de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as recomendações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e 510/2016, uma vez que os dados para a pesquisa foram obtidos por meio de pesquisa documental e bibliográfica.

6.3. RESULTADOS

Pela pesquisa bibliográfica foram identificados aspectos essenciais para caracterização de sete dos oito elementos do modelo lógico. As referências consultadas não atendiam na integralidade os produtos esperados da gestão estadual (11, 15-18), assim, outras informações foram acrescentadas a partir dos resultados da pesquisa documental.

A Tabela 6-1 apresenta a caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo. As informações estão organizadas por componente do modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS. Além das responsabilidades sanitárias, dos produtos esperados do gestor estadual e dos aspectos considerados para caracterização de cada um dos elementos, também são detalhadas as fontes de obtenção dos dados que fundamentaram a análise crítica.

Tabela 6-1. Caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo frente as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor, segundo os componentes do modelo lógico – Estado de São Paulo, 2017 (13)

SELEÇÃO		
Responsabilidades individuais e compartilhadas	Responsáveis	Produtos
1- Promover a elaboração e a atualização das relações de medicamentos essenciais.	E	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME)
Aspectos considerados	Fonte de obtenção dos dados	Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo
- Institucionalização da RESME por meio de norma e atualização periódica (16, 18)	- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30)	A RESME não estava institucionalizada por meio de norma. Entretanto, sua implementação constava como prioridades para os anos de 2016 e 2017.
- Composição da RESME (*) - Consideração da RENAME e das recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS como norteadores da RESME (18)	- Requerimento da RESME ao SIC (33) - Comparação da RENAME frente a RESME (24) - Comparação das recomendações da CONITEC frente a relação suplementar de medicamentos (25)	A RESME possuía 483 medicamentos e 16 produtos nutricionais, além de vacinas, soros e correlatos. Dentre os medicamentos: 449 (93%) constavam na RENAME, 09 (2%) eram fornecidos pelo Ministério da Saúde para oncologia e 25 (5%) compunham a relação suplementar de medicamentos (36). Da relação suplementar de medicamentos, 05 (20%) medicamentos foram avaliados pela CONITEC e um recomendado para incorporação ao SUS (37-40) A dispensação dos medicamentos suplementares a RENAME era, em sua maioria, regulamentada por protocolos estaduais e pactuações no âmbito da CIB. Tais regulamentações eram anteriores a constituição da Comissão de Farmacologia (41-48)
- Critérios adotados para seleção de medicamentos essenciais e cobertura do perfil epidemiológico (15)	- Publicação do regimento interno da Comissão de Farmacologia no DOE (26, 33) - Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30) Publicação de deliberação CIB no DOE, referente a pactuação do CBAF no Estado de São Paulo (33)	A Comissão de Farmacologia foi instituída em 2012 com o objetivo de assessorar na formulação de diretrizes para seleção e padronização de medicamentos (49,50). Dentre os critérios adotados para seleção de medicamentos considerava-se: registro no país; necessidade segundo aspectos clínicos e epidemiológicos; valor terapêutico comprovado, com base na melhor evidência científica disponível; composição com única substância ativa, preferencialmente; informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas; adequação do medicamentos as condições de armazenamento e uso; menor custo tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardadas segurança, efetividade e qualidade de vida; viabilidade de atendimento e sustentabilidade dos programas do SUS (50). A demanda por medicamentos não padronizados à Comissão de Farmacologia, por meio de solicitações por paciente, era crescente, indicando a necessidade de avaliação sobre a cobertura do perfil epidemiológico, bem como de revisão da RESME.

Tabela 6-1. Caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo frente as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor, segundo os componentes do modelo lógico – Estado de São Paulo, 2017 (13) (cont.)

FINANCIAMENTO		
Responsabilidades individuais e compartilhadas	Responsáveis	Produtos
2- Financiar medicamentos e insumos essenciais, mediante o repasse fundo-a-fundo: Componente Básico da Assistência Farmacêutica – per capta/ano	F, E	Recursos financeiros para aquisição de medicamentos e insumos
3- Financiar medicamentos complementares a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, de acordo com o pactuado na Comissão Intergestores Bipartite	E, M	
4- Financiar a implantação de Políticas de Saúde relacionadas a medicamentos	F, E, M	Recursos financeiros para implementação de Políticas de Saúde relacionadas a medicamentos
Aspectos considerados	Fonte de obtenção dos dados	Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo
- Pactuação bipartite do CBAF (*)	- Publicação de deliberação CIB no DOE, referente a pactuação do CBAF no Estado de São Paulo (33)	<p>Em agosto de 1995 foi instituído o Programa Dose Certa, cuja finalidade era aperfeiçoar o acesso da população aos medicamentos no âmbito da atenção básica, por meio da manutenção do fornecimento de medicamentos para municípios com população inferior a 250 mil habitantes, os quais poderiam apresentar maiores dificuldades para sua aquisição (22, 48).</p> <p>O elenco do Programa Dose Certa era composto por 61 medicamentos, produzidos pelo laboratório oficial Fundação para o Remédio Popular “Chopin Tavares de Lima” (FURP) e/ou adquiridos pela SES/SP. O financiamento destes medicamentos se dava pela contrapartida estadual acrescida de uma parcela da contrapartida federal para medicamentos do CBAF (48).</p> <p>Para os municípios aderentes ao Programa Dose Certa, a contrapartida estadual para financiamento de medicamentos para APS era 36% superior a pactuada em nível nacional (mínimo de R\$ 2,53 hab./ano), sendo o per capta variável de acordo com critérios de vulnerabilidade: indicadores socioeconômicos “Índice de Desenvolvimento Humano” (IDH) e “Índice Paulista de Vulnerabilidade Social” (IPVS); porte populacional; e a presença de assentamentos rurais) (48,51).</p> <p>Em 2017, 571 (93%) dos 615 municípios com população inferior a 250 mil habitantes optaram pela adesão ao Programa Dose Certa (48,51).</p> <p>Para os demais municípios – 30 municípios com população superior a 250.000 habitantes e 44 municípios com população inferior a 250 mil habitantes, não aderentes ao Programa Dose Certa – respeitava-se a contrapartida mínima pactuada em âmbito nacional para financiamento de medicamentos do CBAF (R\$ 1,86 hab./ano) (48).</p> <p>A contrapartida estadual destinada à aquisição de insumos para insulino dependentes era R\$ 0,50 hab./ano para todos os municípios, conforme portaria no Ministério da Saúde (48).</p>
- Percentual de recursos financeiros pactuados repassados aos municípios (*) - Cumprimento do cronograma de repasses bipartite (*)	- Consulta aos repasses fundo-a-fundo realizados pela SES para o CBAF (27) - Atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (26)	<p>No período de 2014 a 2016, 99,5% (R\$ 198.076.076) dos recursos financeiros pactuados foram transferidos aos Fundos Municipais de Saúde para aquisição de medicamentos e insumos para Atenção Primária à Saúde – Figura 1.</p> <p>As atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite demonstram que houve atrasos nos repasses bipartite.</p>

Tabela 6-1. Caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo frente as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor, segundo os componentes do modelo lógico – Estado de São Paulo, 2017 (13) (cont.)

Aspectos considerados	Fonte de obtenção dos dados	Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo	
<ul style="list-style-type: none">- Percentual da despesa com medicamentos na despesa total de saúde (31)- Orçamento destinado a aquisição de medicamentos da RESME e da relação complementar de medicamentos (*)- Investimento na implementação de Políticas de Saúde relacionadas a medicamentos (*)	<ul style="list-style-type: none">- Série histórica do indicador “participação % da despesa com medicamentos na despesa total com saúde” no SIOPS (31)- Publicação do PPA e Leis Orçamentárias (LDO e LOA) no DOE (29,33)- Demonstrativos da utilização dos recursos, integrantes dos documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30)	<p>Os medicamentos corresponderam a 9,86% do total efetivamente de gasto com saúde no Estado no período de 2002 a 2016.</p> <p>As leis orçamentárias anuais referentes ao período de 2012 a 2017 contemplavam recursos para aquisição, produção e distribuição de medicamentos, os quais representaram entre 1,5 e 1,9 bilhões de reais ao ano, equivalente à 8 a 12% do orçamento da SES no mesmo período.</p> <p>Nas leis orçamentárias e nos demonstrativos da utilização dos recursos, os dados eram apresentados de forma global (“Assistência Farmacêutica”), não sendo possível identificar a quantia destinada a medicamentos de uso ambulatorial (da RESME ou da relação complementar de medicamentos) e hospitalar.</p> <p>Não constava no PPA ou nas leis orçamentárias recursos específicos para a implementação de Políticas de Saúde relacionadas a medicamentos ou para qualificação da Assistência Farmacêutica em âmbito estadual.</p>	
PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO / LOGÍSTICA			
Responsabilidades individuais e compartilhadas		Responsáveis	Produtos
5- Realizar a gestão do Sistema de Registro de Preços de medicamentos		E	Atas de registro de preço disponíveis aos municípios e serviços de saúde
6- Adquirir e fornecer medicamentos essenciais aos municípios e serviços de saúde: Relação Estadual de Medicamentos dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica		E	Disponibilidade de medicamentos nos municípios e serviços de saúde
7- Adquirir e fornecer medicamentos complementares a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais, de acordo com o pactuado na Comissão Intergestores Bipartite		E, M	
8- Receber, armazenar e distribuir os medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde aos municípios e serviços de saúde		E	
Aspectos considerados	Fonte de obtenção dos dados	Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo	
<p>Regulamentação do Sistema de Registro de Preços por meio de norma (*)</p> <ul style="list-style-type: none">- Participantes das atas de registro de preço (*)	<ul style="list-style-type: none">- Decreto de instituição da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica no DOE (26,33)- Decretos e resoluções estaduais referentes ao Sistema de Registro de Preços (33)	<p>O Sistema de Registro de Preços do Estado de São Paulo (SRP) era regulamentado por decretos estaduais. A Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da SES/SP era responsável pela gestão do SRP de medicamentos e produtos nutricionais (52).</p> <p>As atas de registro de preços eram utilizadas exclusivamente pelos serviços de saúde estaduais.</p>	

Tabela 6-1. Caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo frente as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor, segundo os componentes do modelo lógico – Estado de São Paulo, 2017 (13) (cont.)

Aspectos considerados		Fonte de obtenção dos dados		Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo	
- Disponibilidade de medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas de saúde (%) (11) - Tempo médio de desabastecimento em unidades públicas de saúde (11)		- Informes semanais contendo os principais problemas de abastecimento nas farmácias estaduais		A disponibilidade de medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas de saúde era de 82% para medicamentos adquiridos pela SES e de 85% para medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde. O tempo médio de desabastecimento em unidades públicas de saúde resultou em 65 e 54 dias por ano, respectivamente. Dentre as razões para o desabastecimento em unidades públicas de saúde, destaca-se dificuldades no processo de aquisição de medicamentos (33% das ocorrências), atraso nas entregas pelos fornecedores e pelo Ministério da Saúde (22% e 39% das ocorrências, respectivamente) e o parcelamento nas entregas de medicamentos pelo Ministério da Saúde (10% das ocorrências).	
UTILIZAÇÃO (PRESCRIÇÃO, DISPENSAÇÃO E ADESAO)					
Responsabilidades individuais e compartilhadas		Responsáveis		Produtos	
9- Prescrever, dispensar e promover o Uso Racional de Medicamentos, em conformidade com as diretrizes terapêuticas, respeitada a legislação sanitária vigente		F, E, M		Acesso à medicamentos Ações educativas para pacientes e profissionais de saúde	
10- Realizar a execução do Componentes Especializado da Assistência Farmacêutica – solicitação/renovação da continuidade do tratamento e dispensação		E, M		Atenção farmacêutica	
11- Realizar a execução do Componentes Especializado da Assistência Farmacêutica – avaliação e autorização		E		Acesso à medicamentos	
12- Ofertar procedimentos envolvendo medicamentos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, em conformidade com a tabela do SUS.		F, E, M		Codificação, autorização e registro adequados do procedimento, em conformidade com a tabela do SUS	
Aspectos considerados		Fonte de obtenção dos dados		Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo	
- Existência de diretrizes para prescrição e dispensação de medicamentos, instituídas por meio de norma (*)		- Publicação do regimento interno da Comissão de Farmacologia no DOE (26,33) - Publicação de diretrizes para prescrição e dispensação de medicamentos no DOE (26,33)		As diretrizes para prescrição e dispensação de medicamentos no Estado de São Paulo foram estabelecidas em 2013 (53) e 2015 (54). De acordo com estas normativas, a prescrição fora da relação de medicamentos preconizados pelo SUS deveria ser justificada pelo médico e corroborada pelo serviço de saúde ao qual o médico estivesse vinculado (50,53). Existiam regras específicas para solicitação à SES de medicamento ou nutrição enteral não disponibilizado pelo SUS, quando esgotadas todas as alternativas terapêuticas disponíveis (50). Entretanto, os custos de dispensação destes itens aos pacientes do SUS poderiam ser descontados do serviço público em que a prescrição foi emitida (53).	

Tabela 6-1. Caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo frente as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor, segundo os componentes do modelo lógico – Estado de São Paulo, 2017 (13) (cont.)

Aspectos considerados	Fonte de obtenção dos dados	Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo
- Ações de promoção da adesão a RESME pelos prescritores (15)	- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30) - Publicação de protocolos estaduais e deliberações CIB no DOE (26,33) - Guia de Orientações sobre Medicamentos da SES (26)	As principais ações realizadas pela SES visando à promoção da adesão à RESME e aos protocolos clínicos identificadas foram: 1. Estabelecimento de diretrizes para prescrição e dispensação de medicamentos SUS (53,54); 2. Publicação do Guia de Orientações sobre Medicamentos, destinado a divulgação do elenco estadual de medicamentos, bem como orientação quanto ao seu acesso e uso racional (26); 3. Instituição do Programa ACESSA SUS, mediante parceria da SES, Tribunal de Justiça, Ministério Público e Defensoria Pública do Estado de São Paulo, o qual tinha por objetivo promover o Uso Racional de Medicamentos e reintegrar os pacientes aos programas de assistência farmacêutica do SUS, evitando ações judiciais desnecessárias.
- Processos educativos relacionados ao Uso Racional de Medicamentos (15) - Implementação da atenção farmacêutica nos serviços de saúde (*)	- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30)	Eram conduzidos processos educativos isolados, voltados a determinados medicamentos, como os indicados para o tratamento da Hepatite Viral C e Coinfecções, e/ou realizados em serviços específicos. O cuidado farmacêutico não era uma prática consolidada em âmbito estadual.
- Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (*) - Proporção entre a população atendida pelas Farmácias de Medicamentos Especializados e a população abrangida por região (17) (***) - Dados de faturamento, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (*)	- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30) - Guia de Orientações sobre Medicamentos da SES (26) - Documentos técnicos da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (28) - Produção Ambulatorial do SUS para o subgrupo 0604 (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica): quantidade e valor apresentados e aprovados por procedimento e ano/mês processamento (32)	As Farmácias de Medicamentos Especializados (n=37) eram as unidades de referência para dispensação de medicamentos contempladas em Protocolos do Ministério da Saúde e da SES. Estas farmácias realizavam o atendimento presencial de pacientes de 54 municípios de grande porte da região metropolitana e do interior de Estado, onde tradicionalmente estavam instalados os Departamentos Regionais de Saúde; a distribuição dos medicamentos para o restante de municípios; e a avaliação e autorização da dispensação dos medicamentos para 100% dos pacientes (55). Apesar de não haver pactuação firmada na CIB, a solicitação/renovação da continuidade do tratamento e a dispensação dos medicamentos do CEARF estavam descentralizadas junto a 591 (92%) municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte, representando 49,86% dos pacientes atendidos no programa. A população atendida pelas Farmácias de Medicamentos Especializados era de 722.333 hab. A proporção entre a população atendida pelas Farmácias de Medicamentos Especializados e a população abrangida por região era heterogênea entre os Departamentos Regionais de Saúde, variando de 0,4 (Presidente Prudente) a 10,1 (Baixada Santista), sendo a média estadual de 3,09 – Apêndice K. Em 2016 foram apresentados no SIASUS 366.421.029 procedimentos (unidades farmacêuticas) de medicamentos do CEARF, dos quais 366.367.857 (99,99%) tiveram o faturamento aprovado pelo Ministério da Saúde. Dos procedimentos aprovados pelo Ministério da Saúde, 43.753.117 se referiam a medicamentos do Grupo 1B, financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pela SES/SP, representando o faturamento de R\$ 330.420.811,30 naquele ano. Em números de procedimentos (unidades farmacêuticas), o faturamento de 2016 foi 55% superior ao de 2010 (202.132.019), entretanto, em termos financeiros, houve significativa redução (-28%) no repasse federal para financiamento de medicamentos do Grupo 1B no mesmo período (R\$ 456.017.642,10 em 2010).

Tabela 6-1. Caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo frente as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor, segundo os componentes do modelo lógico – Estado de São Paulo, 2017 (13) (cont.)

GESTÃO		
Responsabilidades individuais e compartilhadas	Responsáveis	Produtos
13- Promover a formulação de políticas de medicamentos	E	Política Estadual de Medicamentos
14- Promover a implantação das Políticas de Saúde envolvendo medicamentos	F, E	Cooperação técnica aos Municípios
	F, E, M	Políticas de Saúde implantadas
15- Coordenar a Assistência Farmacêutica no seu âmbito	F, E, M	Diretrizes e normas técnicas relativas à Assistência Farmacêutica Almoxarifados e Farmácias implantados Políticas de Saúde implantadas
16- Participar da elaboração e monitoramento dos instrumentos de gestão em sua esfera de atuação (*)	F, E, M	Assistência Farmacêutica integrada aos instrumentos de gestão do SUS Relações de medicamentos essenciais e correspondentes responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos constantes no Contrato Organizativo de Ação Pública
17- Participar de Comissões Interfederativas	F, E, M	Pactuação quanto a oferta, os critérios e os fluxos de acesso as ações e serviços de Assistência Farmacêutica e respectivas responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos
18- Garantir a disponibilidade dos medicamentos incorporados	F, E, M	Medicamentos incorporados disponíveis para dispensação em até 180 dias
19- Implantar a rastreabilidade de medicamentos, em conformidade com a legislação sanitária	F, E, M	Rastreabilidade de medicamentos
20- Transmitir informações à Base Nacional de Dados das Ações e Serviços da AF no SUS	E, M	Informações pactuadas transmitidas regularmente
21- Monitorar e avaliar a Assistência Farmacêutica em seu âmbito	F, E, M	Indicadores de desempenho da Assistência Farmacêutica Indicadores de uso de medicamentos
Aspectos considerados	Fonte de obtenção dos dados	Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo
- Política Estadual de Medicamentos está institucionalizada por meio de norma (*)	- Publicação da Política Estadual de Medicamentos no DOE (26)	A PEM foi institucionalizada em 2001 (23). As diretrizes da PEM eram: formulação e efetivação de um programa de Assistência Farmacêutica, em colaboração com os Municípios; promoção da capacidade de produção de medicamentos essenciais pela Fundação para o Remédio Popular (FURP); educação permanente para o URM; efetivação da vigilância à saúde e garantia da qualidade dos medicamentos, por meio dos laboratórios de saúde pública; estabelecimento da RESME; garantia de acesso aos medicamentos essenciais e aos cuidados farmacêuticos, em especial aos idosos, portadores de deficiência e grupos sociais vulneráveis; e a participação da sociedade civil na elaboração e monitoramento da PEM (23).
Existência de manual de boas práticas de Assistência Farmacêutica (15)	- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (35) - Decreto de instituição da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica no DOE (21, 31) - Notas técnicas da Assistência Farmacêutica (26)	A padronização dos processos da assistência farmacêutica nos níveis central e regional e nas unidades de serviços farmacêuticos permanecia um desafio no Estado de São Paulo. No período de 2012 a 2017 houve o desenvolvimento de procedimentos operacionais padrão para atividades específicas, entretanto, até a data da pesquisa não estava disponível um manual de boas práticas de Assistência Farmacêutica.

Tabela 6-1. Caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo frente as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor, segundo os componentes do modelo lógico – Estado de São Paulo, 2017 (13) (cont.)

Aspectos considerados	Fonte de obtenção dos dados	Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo
<p>Existência de investimento em infraestrutura em serviços de Assistência Farmacêutica nos últimos quatros anos, nas seguintes situações</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforma ou ampliação de Farmácia de unidade de saúde; - Reforma ou ampliação do almoxarifado; - Informatização da rede; - Aquisição de equipamentos e mobiliários (18). <p>- Implementação da rastreabilidade de medicamentos, conforme legislação vigente (*)</p> <p>- Transmissão de informações, conforme cronograma pactuado (*)</p>	<p>- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30)</p>	<p>No período de 2013 a 2016 houveram investimentos na infraestrutura das farmácias e na informatização da rede. Ainda, estavam em desenvolvimento iniciativas voltadas a ampliação da capacidade de armazenamento no almoxarifado central da SES, implantação da rastreabilidade de medicamentos nas farmácias estaduais e transmissão de informações a Base Nacional de Dados da Assistência Farmacêutica, previstas para serem concretizadas em médio prazo.</p>
<p>- Integração da Assistência nas instâncias de controle social, compreendendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão e aprovação da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais; 2. Discussão sobre questões que alteram a organização dos serviços; 3. Discussão sobre novos projetos na área (18). 	<p>- Identificação das comissões do Conselho Estadual de Saúde pelo SIC (33)</p> <p>- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30)</p>	<p>A Assistência Farmacêutica não estava integrada as instâncias de controle social. Não havia uma comissão específica do Conselho Estadual de Saúde para tratar de Assistência Farmacêutica, porém participação eventual da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica em reuniões plenárias ou das comissões, mediante solicitação.</p>

Tabela 6-1. Caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo frente as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor, segundo os componentes do modelo lógico – Estado de São Paulo, 2017 (13) (cont.)

Aspectos considerados	Fonte de obtenção dos dados	Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo	
Inclusão da Assistência Farmacêutica nos instrumentos de gestão do SUS (**)	<ul style="list-style-type: none">- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30)- Publicação do PPA e Leis Orçamentárias (LDO e LOA) no DOE (29,33)- Publicação de deliberação CIB no DOE, referente a pactuação das metas dos indicadores do SISPACTO e do COAP (33)	<p>A Assistência Farmacêutica estava inserida no PlanejaSUS, PPA, LDO e LOA, sendo estes os únicos instrumentos formais disponíveis para monitoramento e avaliação a Assistência Farmacêutica em âmbito estadual.</p> <p>Os indicadores do SISPACTO para Assistência Farmacêutica não tinham sido pactuados na CIB, entretanto, não eram obrigatórios. O COAP ainda não tinha sido firmado no Estado.</p> <p>Assim, a participação da Assistência Farmacêutica nas Comissões Interfederativas – Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Comissão Intergestores Bipartite (56) e Comissões Intergestores Regionais (57) – era essencial para discussão e pactuação da organização e do funcionamento das ações e dos serviços de Assistência Farmacêutica de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde.</p>	
<ul style="list-style-type: none">- Participação da Assistência Farmacêutica de Comissões Interfederativas (*)- Pactuações bipartite firmadas (*)	<ul style="list-style-type: none">- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30)- Publicação de deliberação CIB no DOE (28), referente a:<ol style="list-style-type: none">1. Composição da Comissões Intergestores Bipartite e Regionais;2. Pactuação de ações de Assistência Farmacêutica.		
<ul style="list-style-type: none">- Existência de um sistema de monitoramento e avaliação das ações de assistência farmacêutica (15)	<ul style="list-style-type: none">- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30)		
EDUCAÇÃO			
Responsabilidades individuais e compartilhadas		Responsáveis	Produtos
22- Estabelecer diretrizes e mecanismos para educação e capacitação em Assistência Farmacêutica		F, E, M	Profissionais de saúde capacitados
Aspectos considerados	Fonte de obtenção dos dados	Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo	
<ul style="list-style-type: none">- Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais que atuam na Assistência Farmacêutica (15)	<ul style="list-style-type: none">- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30)	<p>A promoção de educação continuada aos profissionais que atuam com Assistência Farmacêutica era uma prioridade da SES, porém, não havia uma programação permanente para tanto. As iniciativas eram resultantes de parcerias da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica com o Instituto de Saúde da SES, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).</p> <p>Um avanço recente foi a inserção da Assistência Farmacêutica em um Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS) em 2017, com capacitações voltadas ao URM, porém este era destinado apenas a uma região do Estado, com abrangência de sete municípios.</p>	

Tabela 6-1. Caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo frente as responsabilidades sanitárias e produtos esperados do gestor, segundo os componentes do modelo lógico – Estado de São Paulo, 2017 (13) (cont.)

PESQUISA		
Responsabilidades individuais e compartilhadas	Responsáveis	Produtos
23- Promover a pesquisa em Assistência Farmacêutica	F, E, M	Linhas de pesquisa e estudos em Assistência Farmacêutica Disseminação de experiências e informações técnico-científicas
Aspectos considerados	Fonte de obtenção dos dados	Características da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo
- Pesquisa realizadas ou promovidas (*) - Forma de disseminação de experiências e informações técnico-científicas (*)	- Documentos do PlanejaSUS disponíveis no SargSUS (30)	Foi identificada atuação tímida do órgão estadual voltada a promoção de pesquisas em Assistência Farmacêutica, com o apoio e/ou fornecimento de informações para estudos conduzidos por universidades, no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS e de Programas de Pós-Graduação. A disseminação de informações técnico-científicas se dava a partir da participação em atividades de capacitação e da apresentação de experiências exitosas em eventos científicos.

Legenda:

E – Exclusiva do gestor estadual; F, E – Compartilhada com o gestor federal; E, M – Compartilhada com o gestor municipal; F, E, M – Compartilhada pelas três esferas de gestão.

(*) Proposto pelos autores

(**) PlanejaSUS: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão; PPA: Plano Plurianual; Leis orçamentárias: Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA); SISPACTO: instrumento virtual para preenchimento e registro da pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores do Pacto pela Saúde; COAP: Contrato Organizativo de Ação Pública.

(***) População do Estado de São Paulo – IBGE 2015 = 44.396.484.

Além de informações qualitativas, foram empregadas as seguintes medidas quantitativas para caracterização da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo:

A. Componente “financiamento”:

- **Percentual da despesa com medicamentos na despesa total de saúde** = $(\text{Total de despesas com medicamentos} / \text{despesa total com saúde}) \times 100$ (31)
- **Percentual de recursos financeiros pactuados repassados aos municípios** = $(\text{Total de recursos financeiros repassados aos municípios para financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica} / \text{Total de recursos financeiros pactuados para financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica}) \times 100$

B. Componentes “programação e aquisição / logística”:

- **Disponibilidade de medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas de saúde (%)** = $(\text{Número de medicamentos principais disponíveis nas unidades} / \text{número de medicamentos principais da lista}) \times 100$ (11)
- **Tempo médio de desabastecimento em unidades públicas de saúde** = Soma do número de dias de desabastecimento por ano de todos os medicamentos / número de medicamentos principais cobertos, em que “nº de dias de desabastecimento por ano” corresponde ao $(\text{nº de dias de desabastecimento de cada medicamento} \times 365) / \text{nº de dias cobertos na revisão de cada medicamento}$ (11).

C. Componente “utilização”:

- **Proporção entre a população atendida pelas Farmácias de Medicamentos Especializados e a população abrangida por região** = $(\text{População atendida pelas Farmácias de Medicamentos}$

Especializados / população abrangida por região) X 100 (Adaptado de 17).

Na Figura 6-1 é apresentada a série histórica do “percentual da despesa com medicamentos na despesa total de saúde”, para o Estado de São Paulo e para os demais estados brasileiros, com exceção ao Distrito Federal, no período de 2002 a 2016 (31).

Figura 6-1. Série história do “percentual da despesa com medicamentos na despesa total de saúde”, no período de 2002 a 2016.

Fonte: Adaptado de (31).

O percentual de recursos financeiros pactuados e transferidos aos municípios para financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no período de 2012 a 2014 consta na Figura 6-2.

Figura 6-2. Recursos financeiros pactuados e repassados aos municípios pelo gestor estadual para financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no período de 2014 a 2016.

Fonte: Adaptado de (27)

Conforme recomendações da OPAS/OMS, o cálculo da “disponibilidade de medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas de saúde (%)” e do “tempo médio de desabastecimento em unidades públicas de saúde” foi realizado com base em uma “lista de medicamentos principais”, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente (11). Pelas especificidades deste estudo, outros três critérios foram considerados para construção da lista:

1. Indicação para morbidades frequentes;
2. Aquisição dos medicamentos pela SES/SP, no caso da avaliação do componente “programação e aquisição”, e fornecimento dos medicamentos pelo Ministério da Saúde, em que cabe a SES/SP o armazenamento e a distribuição em âmbito estadual, para avaliação do componente “logística”;
3. Disponibilidade de informações oficiais da SES/SP.

A “lista de medicamentos principais” para avaliação dos componentes “programação e aquisição” e “logística” foi composta por 40 medicamentos, indicados para as dez morbidades mais frequentes dos pacientes atendidos

pelas Farmácias de Medicamentos Especializados (FME): esquizofrenia, dislipidemia, asma, glaucoma, doença de alzheimer, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal crônica, artrite reumatóide, órgãos e outros tecidos transplantados e doença de parkinson (55).

Os dados foram extraídos de informes semanais publicados pela SES/SP no período de 31/10/2016 a 05/05/2017 (n=182 dias), em que constam os principais problemas de abastecimento nas FME, intervenções realizadas e previsão para regularização.

Foi considerado “disponível nas farmácias de unidades públicas” o medicamento que não constava nestes documentos. Com relação ao tempo médio de desabastecimento em unidades públicas de saúde, cada apontamento representou sete dias de falta do medicamento, devido a frequência semanal de divulgação dos informes. Os resultados são apresentados na Tabela 6-2.

Tabela 6-2. Disponibilidade de medicamentos principais (%) e tempo médio de desabastecimento nas Farmácias de Medicamentos Especializados – Estado de São Paulo, 2017.

Item		Medicamentos	
		Adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde (*)	Fornecidos pelo Ministério da Saúde e distribuídos pela Secretaria de Estado da Saúde (**)
Número de medicamentos principais disponíveis nas unidades		16	17
Número de medicamentos principais da lista		20	20
Disponibilidade de medicamentos principais nas farmácias de unidades públicas de saúde (%)		82%	85%
Soma do nº de dias de desabastecimento por ano de todos os medicamentos (***)		1.306	1.081
nº de dias de desabastecimento (**)	Medicamento 1	0	28
	Medicamento 2	0	0
	Medicamento 3	14	211
	Medicamento 4	197	0
	Medicamento 5	140	28
	Medicamento 6	70	56
	Medicamento 7	70	0
	Medicamento 8	0	126
	Medicamento 9	126	84
	Medicamento 10	42	28
	Medicamento 11	154	0
	Medicamento 12	0	112
	Medicamento 13	126	126
	Medicamento 14	168	0
	Medicamento 15	0	0
	Medicamento 16	112	197
	Medicamento 17	0	14
	Medicamento 18	0	0
	Medicamento 19	14	42
	Medicamento 20	70	28
Número de medicamentos principais cobertos		20	20
Tempo médio de desabastecimento em unidades públicas de saúde		65 dias por ano	54 dias por ano

Legenda:

(*) **Relação de medicamentos adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde:** (1) ácido nicotínico 500 mg - comprimido de liberação prolongada; (2) atorvastatina 20 mg – comprimido; (3) azatioprina 50 mg – comprimido; (4) bezafibrato 400 mg - comprimido de desintegração lenta; (5) brimonidina 2,0 mg/mL - solução oftálmica, frasco de 5 ml; (6) brinzolamida 10 mg/mL - suspensão oftálmica, frasco de 5 ml; (7) budesonida 400 mcg - cápsula inalante; (8) ciclosporina 100 mg – cápsula; (9) ciprofibrato 100 mg – comprimido; (10) dorzolamida 20 mg/mL - solução oftálmica, frasco de 5 ml; (11) fenofibrato 200 mg – cápsula; (12) fenoterol 100 mcg/dose - aerossol, frasco com 200 doses; (13) formoterol + budesonida 12 mcg + 400 mcg - cápsula inalante; (14) formoterol 12 mcg - frasco com 60 doses; (15) genfibrozila 600 mg - comprimido; (16) metotrexato 2,5 mg – comprimido; (17) naproxeno 500 mg – comprimido; (18) pravastatina 20 mg – comprimido; (19) salmeterol 50 mcg - pó inalante ou aerossol, frasco com 60 doses; (20) timolol 5 mg/mL - solução oftálmica - frasco com 5 ml.

(**) **Relação de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde e distribuídos pela Secretaria de Estado da Saúde:** (1) abatacepte 250 mg - injetável, frasco ampola; (2) adalimumabe 40 mg - injetável, seringa preenchida; (3) alfaepoetina 4.000 UI - injetável, frasco-ampola; (4) certolizumabe pegol 200 mg/mL - injetável, seringa preenchida; (5) clozapina 100 mg – comprimido; (6) donepezila 10 mg – comprimido; (7) etanercepte 50 mg - injetável, frasco-ampola ou seringa preenchida; (8) everolimo 1 mg - comprimido; (9) infliximabe 10 mg/mL - injetável, frasco-ampola com 10 ml; (10) leflunomida 20 mg – comprimido; (11) micofenolato de mofetila 500 mg – comprimido; (12) micofenolato de sódio 360 mg – comprimido; (13) olanzapina 10 mg – comprimido; (14) pramipexol 0,25 mg - comprimido; (15) quetiapina 200 mg – comprimido; (16) rituximabe 500 mg - injetável, frasco-ampola com 50 ml; (17) rivastigmina 3 mg – cápsula; (18) sevelâmer 800 mg – comprimido; (19) tacrolimo 1 mg - cápsula; (20) tacrolimo 5 mg – cápsula.

(***) **nº de dias de desabastecimento** = (nº de dias de desabastecimento de cada medicamento X 365) / nº de dias cobertos na revisão de cada medicamento; em que “nº de dias cobertos na revisão de cada medicamento” = 182 dias, equivalente ao período de 31/10/2016 a 05/05/2017.

6.4. DISCUSSÃO

A utilização do modelo lógico como imagem-objeto para definição dos aspectos utilizados para caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo evidenciou a necessidade de se investir na construção de novos instrumentos e parâmetros para avaliação da assistência farmacêutica, abarcando as responsabilidades e interfaces dos gestores do SUS, em especial no que refere ao financiamento de medicamentos, a execução dos componentes da assistência farmacêutica e a implementação das políticas públicas.

A utilização de dados secundários obtidos de bases de dados existentes é recomendada em virtude da disponibilidade de informações, do custo, da rapidez na obtenção de resultados e do potencial de impacto nos serviços de saúde (14). Tais aspectos justificam a caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo a partir de pesquisa documental.

Verificou-se ampla disponibilidade de informações em *sites*, base de dados sistemas de consulta livre. Ainda, a consulta ao SIC se demonstrou uma alternativa para obtenção de informações não disponíveis livremente em curto prazo. Assim, o método empregado pode ser facilmente reproduzido em outros estados da federação.

Na proposta de instrumentos de avaliação, diversos autores apontam para a necessidade de se compreender a gestão da assistência farmacêutica como um processo, em diferentes estágios de evolução para cada aspecto considerado (15, 58, 59). Assim, a Tabela 6-1 aponta os avanços na implementação da assistência farmacêutica pelo gestor estadual e os desafios que se fazem presentes para atingir a imagem-objetivo representada no modelo lógico no Estado de São Paulo.

A orientação legal é que o processo de seleção de medicamentos, entendido como base estrutural da assistência farmacêutica, aconteça nas diferentes esferas governamentais (60). Rieck (2008) identificou que a

Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica estava instituída em apenas metade dos estados participantes da pesquisa (12). Este achado é coerente com a realidade de São Paulo, em que a Comissão de Farmacologia da SES foi criada apenas em 2012.

O aperfeiçoamento deste processo é fundamental no cenário atual, caracterizado pelo envelhecimento populacional e por uma transição epidemiológica, manifestada pela coexistência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas degenerativas (7); pelo incremento anual dos registros de medicamentos junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (61); e por um *boom* da judicialização e de solicitações administrativas de medicamentos (62).

Embora fossem postas em prática pela SES estratégias voltadas à promoção da adesão a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME), a demanda por medicamentos fora da lista padronizada no Estado de São Paulo aumentava ano a ano. Toma e colaboradores (2017) identificaram que em 2015 o número de ações judiciais foi quase o dobro de 2010, respectivamente 18.045 e 9.385. Quanto ao atendimento administrativo, triplicou o número de demandas de 2010 a 2013 (de 7.688 para 22.675), seguido de uma redução em torno de 25% em 2015 (62).

Dentre as oportunidades, destaca-se a aproximação à Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REPATS) – que congrega os Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) do Estado de São Paulo, integra a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias (REBRATS) e conta com profissionais aptos para elaboração de pareceres técnico científicos e diretrizes terapêuticas – visando à submissão de propostas de incorporação de tecnologias em saúde junto à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC (63, 64).

Num cenário de restrições orçamentárias e em virtude da recente fixação de um limite anual para as despesas do governo federal nos próximos 20 anos, a análise crítica do financiamento do SUS ganha maior relevância para sustentabilidade da assistência farmacêutica (65).

Com relação à alocação de recursos financeiros para a aquisição de medicamentos pelos Estados, com base nas informações transmitidas pelos entes federativos até novembro/2017, é possível afirmar que a participação dos medicamentos na despesa com saúde no Estado de São Paulo foi superior às dos demais estados brasileiros no período de 2002 a 2016 (26).

É importante mencionar que a transmissão de dados por meio do SIOPS é de natureza declaratória e não obrigatória, e que os entes federativos podem, a qualquer tempo, transmitir ou corrigir os dados relativos a um exercício financeiro. Desta forma, existem duas limitações com relação a este dado, relativas à natureza e operação do SIOPS: os valores apresentados podem estar subestimados, ainda que em pequenas proporções, e as comparações de valores resultantes de buscas em diferentes momentos são limitadas (66).

A compreensão das responsabilidades do gestor estadual quanto ao financiamento de medicamentos pode contribuir para o entendimento dos resultados obtidos por meio do SIOPS (66).

O primeiro aspecto a ser considerado se refere à pactuação bipartite do CBAF. No Estado de São Paulo, para os municípios aderentes ao Programa Dose Certa, o gestor estadual executa na integralidade a contrapartida sob sua responsabilidade e R\$ 2,05/habitante/ano dos R\$ 5,58 habitante/ano da contrapartida federal para o componente, fornecendo aos municípios medicamentos produzidos pela Fundação para o Remédio Popular “Chopin Tavares de Lima” (FURP) e adquiridos no mercado via processo licitatório (48, 51).

Também está sob responsabilidade estadual a execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), incluindo o cofinanciamento e o gerenciamento da aquisição de uma parcela da relação de medicamentos (73).

Dos medicamentos adquiridos pela SES/SP (n = 190), 56 (29%) eram financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pela SES/SP (30). Em 2014, estes medicamentos representavam 7% do faturamento ambulatorial do SUS, ocupando o 5º lugar

no *ranking* de produção ambulatorial do Estado (30). Em 2016, o faturamento médio do Estado de São Paulo foi superior a 27,5 milhões de reais por mês em 2016, enquanto a média dos demais estados brasileiros foi de 1,3 milhões no mesmo ano (32).

Por outro lado, a participação dos medicamentos na despesa com saúde no Estado de São Paulo vem diminuindo desde 2009 e o orçamento anual para assistência farmacêutica na SES/SP foi mantido na casa de 1,8-1,9 bilhões no período de 2013 a 2017 (24), na contramão da tendência para o setor (67).

Inferese que este comportamento seja resultante, principalmente, das modificações quali-quantitativas na relação de medicamentos do CEAF, com centralização da aquisição de medicamentos pelo Ministério da Saúde (66), e da implantação de ações de otimização das despesas de custeio implantadas pelo Governo do Estado de São Paulo (68).

Os medicamentos do CEAF que tiveram a aquisição centralizada têm preço unitário elevado e no geral apenas um fabricante no país (66), como consequência, houve diminuição em 28% na transferência de recursos financeiros ao Fundo Estadual de Saúde para aquisição de medicamentos do Grupo 1B (32). Com relação às intervenções do Governo do Estado de São Paulo, é necessário elucidar, a partir de novos estudos, o impacto das medidas adotadas na eficiência das compras públicas e no acesso a medicamentos no Estado de São Paulo, em especial devido a competição de orçamento para financiamento dos medicamentos não padronizados (demandas judiciais e administrativas) (62).

A Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – Serviços, revelou que em 2014/2015 54% dos municípios brasileiros adotavam o regime de descentralização parcial na forma de pactuação da execução dos recursos do CBAF (70). No Estado de São Paulo, em 2017 a taxa de adesão ao Programa Dose Certa foi de 93% (88,5% dos municípios paulistas). Além da dificuldade de aquisição de medicamentos pelos municípios, a contrapartida estadual aos municípios aderentes ao programa pode ter influenciado positivamente a decisão do

gestor, por ser superior a pactuada em nível nacional e variável segundo critérios de vulnerabilidade.

Ao avaliar aspectos relacionados a assistência farmacêutica em relatórios de fiscalização da Controladoria Geral da União (Brasil), Vieira (2008) identificou que as SES não cumpriram com a contrapartida pactuada em 12,5% dos municípios em que foi constatada falta de medicamentos (69). Desta forma, o monitoramento fundo-a-fundo para financiamento de medicamentos na Atenção Primária à Saúde é fundamental.

Os resultados globais indicam elevado cumprimento dos repasses para financiamento do CBAF pela SES/SP quando comparados as demais regiões do país – aplicação média de 71,2% do valor total pactuado (70), porém é necessário estudo pormenorizado da situação individual dos municípios, uma vez que pode ter havido discrepâncias. Por outro lado, as atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) demonstram que houve atrasos na execução dos repasses, sendo importante compreender a frequência e suas consequências a nível local.

Com relação a sistema de abastecimento de medicamentos, em média havia 83,5% de disponibilidade e 59,5 dias/ano de desabastecimento de medicamentos principais nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

Apesar de estarem disponíveis dados de disponibilidade de medicamentos em farmácias de unidades básicas de saúde (73%) e em drogarias (89%) dos Estados do Espírito Santo, Goiás, Pará, Rio Grande do Sul e Sergipe, a comparação não é pertinente, em virtude do lapso de tempo (2005) e de método (local de estudo). Os referenciais de tempo médio de desabastecimento das centrais de abastecimento municipais (74,2 dias por ano) e estaduais (127,5 dias por ano) também não servem como referenciais comparativos, pois sua interpretação depende da compreensão do modelo de distribuição empregado, bem como da avaliação da existência de equivalentes terapêuticos na relação de medicamentos padronizados (11).

As razões para o desabastecimento dos medicamentos no Estado de São Paulo indicam a necessidade de maior agilidade nos processos de aquisição de medicamentos, maior rigor nas sanções administrativas

aplicadas aos fornecedores em virtude do atraso na entrega de medicamentos, bem como intervenções em âmbito federal visando o cumprimento do cronograma previsto na legislação.

A existência de diretrizes para prescrição e dispensação de medicamentos em São Paulo é um aspecto positivo, uma vez norteiam as práticas profissionais. Entretanto, por si só, não são suficientes para garantir que tais processos sejam desempenhados de forma segura e racional (71).

No aspecto da utilização de medicamentos é necessária a revisão da atuação do gestor estadual, com o desenvolvimento de medidas educativas e o acompanhamento do processo de prescrição, qualificação da dispensação de medicamentos enquanto serviço clínico assistencial e desenvolvimento de iniciativas visando monitoramento e acompanhamento farmacoterapêutico (72,73).

Na execução do CEAF, destaca-se a expressiva ampliação no acesso a medicamentos no Estado de São Paulo (27), corroborando com evidências a nível nacional (66, 74). Por outro lado, há discrepâncias em relação a proporção entre a população atendida pelas FME e a população abrangida nas diferentes regiões do Estado, cujas razões não puderam ser esclarecidas.

As estratégias para promoção do acesso a medicamentos no Brasil contemplam a adoção da relação de medicamentos essenciais, o aumento da capacidade aquisitiva - sendo um exemplo a Política de Medicamentos Genéricos, a disponibilidade oportuna, aliada à organização dos recursos médicos e dos serviços existentes, bem como promoção do Uso Racional de Medicamentos (3,75).

Além de compreender como se deu implementação de tais estratégias em âmbito estadual, seria apropriada a construção de um modelo avaliação que contemplasse as dimensões de acesso propostas por Penchansky & Thomas (1981) – disponibilidade (availability), acessibilidade geográfica (accessibility), adequação (accommodation), capacidade aquisitiva (affordability) e aceitabilidade (acceptability) (75, 76).

Como principal desafio da gestão estadual na execução do CEAF, destaca-se a pactuação da descentralização do CEAF junto aos municípios.

Apesar de esta prática estar instituída no Estado, carece de formalização, a exemplo do de Santa Catarina, cuja parceria foi firmada em Deliberação CIB (58).

Em relação a gestão da assistência farmacêutica, Rieck (2008) identificou que poucos Estados realizavam um processo de discussão da Política Estadual de Medicamentos (PEM), manifestando publicamente um conjunto de diretrizes para promoção do acesso e o Uso Racional de Medicamentos, por meio de documento formal, diferentemente do Estado de São Paulo, cuja PEM foi formalizada a mais de 15 anos (12).

A inserção da assistência farmacêutica na gestão do SUS contribui no processo de decisão e planejamento de forma autônoma, participativa e transparente (59). Entretanto é necessário compreender se tratava de mera formalidade para garantir o financiamento de medicamentos ou um resultado de um processo de planejamento estruturado, com diretrizes, objetivos e metas alinhadas às necessidades de saúde da população e uma programação anual coerente à situação atual e viável política e administrativamente (12).

Quanto ao controle social, destacam-se as recomendações de Mendes (2013), uma vez que seria fundamental para a assistência farmacêutica no Estado de São Paulo seu reconhecimento como aliado e como uma relação estratégica para fortalecer e inovar, para que, de fato, a população reconheça o acesso aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos como um direito (77).

O monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica, a capacitação de recursos humanos e a promoção de pesquisas na área também são elementos críticos, pouco priorizados pelo gestor estadual, de forma semelhante ao observado por Rieck (2008) em âmbito estadual (12) e em municípios dos estados do Amazonas (78), Rio Grande do Sul (79) e Sergipe (80).

As limitações do estudo estão relacionadas à técnica de pesquisa empregada e a escassez de estudos relacionadas a gestão estadual da Assistência Farmacêutica.

Existem aspectos que constam como (co)responsabilidade do gestor estadual no modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS (13) que não puderam ser caracterizados ou esclarecidos pela pesquisa documental:

- Estrutura física e regularidade sanitária das farmácias e almoxarifados estaduais;
- Fatores que justificam as diferenças regionais quanto ao acesso a medicamentos;
- Oferta de medicamentos por procedimentos em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar;
- Cooperação técnica promovida pelo Estado aos municípios para implementação da Assistência Farmacêutica;
- Tempo que os medicamentos incorporados no SUS levam para serem efetivamente disponibilizados para dispensação.

A elucidação destas questões exige o levantamento de informações primárias, por meio de pesquisas de campo, a exemplo do estudo nível II da situação farmacêutica no país, realizado pela OPAS/MS (11), da proposta de Manzini e colaboradores (2016) para avaliação da assistência farmacêutica no contexto municipal (81), e da PNAUM (69, 76), promovida pelo Ministério da Saúde.

Em virtude da inexistência para parâmetros e referenciais comparativos a nível estadual, bem como do lapso de tempo entre os estudos disponíveis (11, 12), optou-se pela abordagem descritiva, sem julgamento de valor.

6.5. REFERÊNCIAS¹⁶

1. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.
2. MENDES, J. D. V. Repensando a CPS à luz do novo papel do Gestor Estadual no Sistema Único de Saúde – SUS. **Planejamento da saúde: conhecimento & ações**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Planejamento em Saúde, 2006. p. 7-21.
3. Ministério da Saúde (Brasil). **Política Nacional de Medicamentos**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF (Brasil): Ministério da Saúde; 2001. 40p.
4. BRASIL. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2004.
5. BRASIL. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.
6. BRASIL. Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins da transição entre o Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.
7. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.
8. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, 2011.
9. MEDEIROS AL., ROMANO-LIEBER N., TANAKA, O.Y. Produção científica relacionada à avaliação de políticas e serviços de assistência farmacêutica no Brasil. In: III Fórum Brasileiro sobre Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, 2015, Bahia. **J Bras Econ Saúde**, 2015. v. 7, supl. 2., p. 46-47.
10. AKERMAN, M; FREITAS, O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos

¹⁶ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

- serviços de atenção farmacêutica primária. **Rev Saude Publica**, v. 51, supl 2, 1s-5s, 2017.
11. MARIN, J. N.; IVAMA, A.M.; BARBANO, D. B. A.; SANTOS, M. R. C.; LUIZA, V. L., org. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Série Medicamentos e Outros Insumos Essenciais para a Saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde, 2005.
 12. RIECK, E. B. **Análise da gestão estadual da Assistência Farmacêutica a partir do pensamento complexo**. 2008. 144 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008.
 13. MEDEIROS, A. L.; ROMANO-LIEBER, N. S.; TANAKA, O. Y. Pharmaceutical services as shared responsibility in SUS: a logical framework proposal. Submetido à apreciação da Rev. Ciência & Saúde Coletiva em 03 de dezembro de 2017.
 14. TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n.4, p. 821-828, 2012.
 15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejar é preciso**. Uma proposta de método para aplicação a assistência farmacêutica. Serie B – Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.
 16. MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, 2006. 336 p.
 17. SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.6, p. 2963-2973, 2011.
 18. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília (DF): Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p.
 19. BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Resolução nº 4, de 28 de agosto de 2017. Divulga as estimativas da população para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.
 20. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. 228 p.
 21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde com transparência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>. Acesso em: 20 nov 2017.
 22. COSENDEY, M. A. E; BERMUDEZ, J. A. Z; REIS, A. L. A.; SILVA, H. F.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V.L. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados Brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 171-182, 2000.

23. SÃO PAULO. Lei nº 10.938, de 19 de outubro de 2001. Dispõe sobre a Política Estadual de Medicamentos, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2001.
24. Portal do Ministério da Saúde [Internet]. Brasília, DF (Brasil): Ministério da Saúde. 2017 – [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: www.saude.gov.br.
25. Portal da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS [Internet]. Brasília, DF (Brasil): Ministério da Saúde (Brasil). 2017 – [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: www.conitec.gov.br.
26. Portal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Ícones "Medicamentos" e "Comissão de Farmacologia" [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Brasil). 2017 – [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br>.
27. Portal Financeiro do Gestor [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Estado da Saúde. 2017. [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.portalfinanceirodogestor.saude.sp.gov.br/inicio.asp>.
28. Portal do Instituto de Saúde, Ícone "Acesso Rápido - Programa CurSUS" [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Brasil). 2017 – [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/>.
29. Orçamentos 2003-2017 [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Planejamento e Gestão. 2017. [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.orcamento.planejamento.sp.gov.br/orcamento>.
30. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão [Internet]. Brasília, DF (Brasil): Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2017. [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus>.
31. Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde. Brasília, DF (Brasil): Departamento de Informática do SUS. 2017. [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>
32. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília, DF (Brasil): Departamento de Informática do SUS. 2017. [citado em 20 nov. 2017]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
33. Informe Eletrônico de Legislação em Saúde [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Brasil). 2006 – [citado 20 de Setembro de 2017]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/legislacao/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude/acessar-os-informes-eletronicos/>.
34. Sistema Integrado de Informações ao Cidadão [Internet]. São Paulo (Brasil): Secretaria de Governo. 2017. [citado em 29 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.sic.sp.gov.br/>.
35. GRIMM, S. C. A.; TANAKA, O. Y. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 3, p. 585-594, 2016.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos**

- Essenciais:** RENAME 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 210 p.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 5 de março de 2013. Torna pública a decisão de não incorporar o medicamento ácido ursodesoxicólico para o tratamento da doença hepática relacionada à fibrose cística no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2013.
 38. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 35, de 6 de agosto de 2013. Torna pública a decisão de não incorporar o medicamento propionato de fluticasona para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2013.
 39. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 36, de agosto de 2013. Torna pública a decisão de não incorporar o medicamento brometo de tiotrópio para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2013.
 40. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 36, de 26 de outubro de 2016. Torna pública a decisão de incorporar a tobramicina inalatória para o tratamento da infecção crônica por *Pseudomonas aeruginosa* das vias aéreas em pacientes com fibrose cística, conforme Protocolo do Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2016.
 41. SÃO PAULO. Lei nº 11.250, de 4 de novembro de 2002. Dispõe sobre o fornecimento de medicamentos adequados ao tratamento da Fibrose Cística e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2002.
 42. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 278, de 26 de julho de 2007. Aprova o Protocolo para Tratamento dos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2007.
 43. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 336, de 27 de novembro de 2007. Aprova Protocolo Clínico para Normatização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2007.
 44. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 199, de 06 de outubro de 2010. Estabelece condições para dispensação de Imunoglobulina anti-D para prevenção da Isoimunização Rh em Gestantes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2010.
 45. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 200, de 06 de outubro de 2010. Estabelece condições para dispensação dos medicamentos para o tratamento da Toxoplasmose em Gestantes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2010.
 46. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Deliberação CIB nº 25, de 16 de junho de 2011. Aprova a pactuação para aquisição de medicamentos

- relacionados à Aids, às doenças sexualmente transmissíveis, as infecções oportunistas e a norma técnica que orienta o uso de cada medicamento. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2011.
47. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 71, de 24 de julho de 2015. Aprova a Nota Técnica para o tratamento da Leishmaniose Visceral no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado, no Estado de São Paulo, e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2015.
 48. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Deliberação CIB nº 47, de 1 de setembro de 2017. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2017.
 49. SÃO PAULO. Decreto nº 62.255, de 8 de novembro de 2016. Cria e organiza, na Secretaria da Saúde, a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2016.
 50. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2012.
 51. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Deliberação CIB nº 22, de 04 de maio de 2016. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2016.
 52. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 10, de 13 de março de 2017. Atribui à Coordenadoria de Assistência Farmacêutica a responsabilidade para a prática dos atos de controle e administração do Sistema de Registro de Preços de Medicamentos e dos produtos nutricionais que identifica, na qualidade de Órgão Gerenciador, e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2017.
 53. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 83, de 17 de agosto de 2015. Dispõe sobre a prescrição de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2015.
 54. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Deliberação CIB nº 72, de 20 de dezembro de 2013. Aprova as diretrizes para dispensação de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2015.
 55. CASARINI, A. M. F., HEIMANN, L.S. Atendimento preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: uma proposta de critérios. **BIS**, v.15, supl.: 32-38, 2014.
 56. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Deliberação CIB nº 24 de 26 de abril de 2017. Atualiza e aprova a composição dos membros titulares e suplentes da Câmara Técnica – CT e Comissão Intergestores Bipartite – CIB do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2017.

57. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Deliberação CIB nº 153/2007. Referenda o reconhecimento das regiões de saúde, com respectivos colegiados regionais e os 17 DRS, enquanto macrorregiões com respectivas Comissões Intergestoras de abrangência macrorregional. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2007.
58. ROVER, M.R.M; PELÁEZ, C. M. V.; FARACO, E. B; FARIAS, M. R.; LEITE, S.N. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2487-2499, 2017.
59. BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207-20, 2010.
60. BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.
61. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Medicamentos e Produtos Biológicos. Painel GGDMED 2016. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/2946504/Painel+GGMED+2016/5314748c-28a8-4675-94ba-fd02718bcd51>. Acesso em 02/12/2017.
62. TOMA, T.S.; SOARES, A. C.; SIQUEIRA, P. S. F.; DOMINGUES, R. Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, v. 6, n. 1, p. 35-54, 2017.
63. TRINDADE, E.; MARTINS, P.N.; ZAMBERLAN, A. G. O. N., et al. Experiência da rede paulista de ATS na parceria com a CONITEC. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, supl. 4, p. 3297-12, 2015.
64. TRINDADE, E.; ZAMBERLAN, A. G. O. N.; TOMA, T. S. et al. Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias de Saúde: primeiros passos. **BIS**, v. 14, n. 2, p. 151-157.
65. LARA, N. C. C.; MENDES, A. N. As políticas de regionalização do SUS: construção histórica e embate. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/>. Acesso em: 27 out. 2017.
66. VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Saúde e sociedade**, v. 22, n. 2, p. 73-84, 2013.
67. LUZ, T. C. B.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MAGARINOS-TORRES, R.; WETTERMARK, B. Trends in medicines procurement by the Brazilian federal government from 2006 to 2013. **PLoS One**, v. 12, n. 4, 2017.
68. SÃO PAULO. Decreto nº 61.131, de 25 de fevereiro de 2015. Estabelece diretrizes e providências para a redução e otimização das despesas de custeio no âmbito do Poder Executivo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2015.

69. VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.
70. FALEIROS, D.R; ACURCIO, F. A.; ÁLVARES, J.; NASCIMENTO, R. C. R. M.; COSTA, E. A; GUIBU, I.A., et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Publica**, v. 51, supl. 2:14s, 2017.
71. SANTI, L. Q. Prescrição: o que levar em conta? **Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**, vol. 1, n. 14, 12 p, 2016.
72. JUNIOR, J. M. N. Dispensação: dispensar e entregar não são sinônimos. **Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**, vol. 1, n. 16, 5 p, 2016.
73. CAPUCHO, H. C. Monitoramento e avaliação farmacoterapêutica: o medicamento faz efeito? Qual? **Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**, vol. 1, n. 20, 7 p, 2016.
74. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 166 p.
75. OLIVEIRA, M. A. e colaboradores. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/Aids no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1249-1439, 2002.
76. MANZINI, F. e colaboradores. Acesso a medicamentos pelos usuários da atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, 1s-10s, 2017.
77. MENDES, S. **Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense**. 2013. 239 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
78. MOURA, A. C. Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, p. 39-42, 2010.
79. BITTENCOURT, R. A.; SILVEIRAI, M. P. T.; GUTTIER, M. C. MIRANDA, F. F.; BERTOLDI, A. D. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Rev bras. epidemiol**, v. 20, n. 2, p. 310-323, 2017.
80. LYRA JUNIOR, D. P.; PORTO, J. G.; SOUZA, L.S. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 32, p 403-410, 2012.
81. MANZINI, F.; FARIAS, M. R.; ROVER, M. R. M.; MENDES, S. J. M.; LEITE, S. N. **Gestão da assistência farmacêutica**: proposta para avaliação no contexto municipal. Editora UFSC: Santa Catarina, 2016.

CAPÍTULO 7: CONCLUSÕES

Considerando-se os objetivos e os resultados obtidos no presente trabalho, apresentam-se, a seguir, as conclusões:

- O arcabouço legal do SUS quanto a assistência farmacêutica é vasto, sendo que para compreensão das responsabilidades compartilhadas por União, Estados e Municípios é necessário a leitura e interpretação de centenas de legislações (183 documentos no período avaliado), publicadas em disponíveis fontes.
- As responsabilidades compartilhadas por União, Estados e Municípios são tratadas em documentos normativos, como leis, decretos, portarias, resoluções e deliberações, publicados principalmente pela gestão nacional do SUS (88% no período avaliado), indicando que o Ministério da Saúde é o principal indutor da estruturação da assistência farmacêutica no SUS.
- Além das políticas de saúde já consolidadas, a fundamentação legal das responsabilidades compartilhadas quanto a assistência farmacêutica no SUS está baseada em legislações recentes (91% nos últimos cinco anos da amostra). Portanto, a atualização permanente dos profissionais de saúde é essencial para implementação da assistência farmacêutica no SUS.
- Os documentos dedicados a normatização da atenção à saúde (diretrizes terapêuticas) e dos processos de assistência farmacêutica concentram a divisão de responsabilidades dos gestores no SUS (165 documentos no período avaliado, correspondendo a 90% da amostra).
- As responsabilidades compartilhadas no âmbito do SUS são tratadas no corpo do texto das legislações, não havendo divisões específicas para

abordagem do tema na maior parte dos documentos oficiais. Assim, para apropriação do conteúdo pelo profissional de saúde é necessária leitura atenta e interpretação de texto (nesta amostra, 304 trechos), sendo esta uma possível barreira para disseminação das informações a profissionais com diferentes níveis de formação.

- As legislações estaduais não modificavam as responsabilidades relativas a assistência farmacêutica no SUS previamente definidas em documentos federais, apenas acrescentando características regionais destinadas a viabilizar a sua implementação no território estadual. Esta característica torna os resultados deste estudo passíveis de difusão para todo o país.

- O modelo lógico da assistência farmacêutica no SUS, resultante de pesquisa documental e bibliográfica e da consulta a especialistas, permite a compreensão do papel dos gestores do SUS na implementação desta política pública de forma abrangente. Ao apresentar, de forma integrada, seus componentes e objetivos, as responsabilidades e os produtos esperados dos gestores federal, estadual e municipal, tem o potencial de servir como referência para a definição de estratégias para implementação e operacionalização da assistência farmacêutica no SUS.

- Seleção, financiamento, programação e aquisição, logística, utilização, gestão, educação e pesquisa são os oito componentes da assistência farmacêutica sob responsabilidade compartilhada pelos três níveis de governo. A atuação conjunta das esferas de gestão, com a implementação de ações voltadas ao cumprimento de 54 responsabilidades sanitárias e obtenção de 73 produtos referentes a estes oito componentes, deve resultar na estruturação da assistência farmacêutica, na garantia do acesso universal e gratuito da população aos medicamentos padronizados no SUS e na promoção de uso racional de medicamentos, em conformidade com as normas sanitárias e pactuações vigentes.

- A pesquisa documental permitiu a caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo quanto aos oito componentes do modelo lógico, constituindo-se uma alternativa factível para utilização pelos gestores do SUS, devido ao baixo custo, a facilidade e a velocidade de obtenção das informações. Entretanto, não foi suficiente para caracterização da integralidade das responsabilidades sanitárias do gestor estadual. As lacunas remanescentes exigem o levantamento de informações primárias, por meio de pesquisa de campo. São elas:

- Estrutura física e regularidade sanitária das farmácias e almoxarifados estaduais;
- Fatores que justificam as diferenças regionais quanto ao acesso a medicamentos;
- Oferta de medicamentos por procedimentos em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar;
- Cooperação técnica promovida pelo Estado aos municípios para implementação da Assistência Farmacêutica;
- Tempo que os medicamentos incorporados no SUS levam para serem efetivamente disponibilizados para dispensação.

- Foram identificados avanços e desafios na implementação da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo.

No que se refere a seleção de medicamentos, a falta de institucionalização da RESME e a data da última revisão dos protocolos e normas técnicas estaduais indicam a necessidade de aperfeiçoamento do processo de seleção de medicamentos em âmbito estadual, com a implementação da Comissão de Farmacologia conforme previsto em seu regimento e a aproximação à REPATS, visando à submissão de propostas de incorporação de tecnologias em saúde junto à CONITEC.

Com relação à alocação de recursos financeiros para a aquisição de medicamentos pelos Estados, a participação dos medicamentos na despesa com saúde no Estado de São Paulo foi superior à dos demais estados brasileiros no período de 2002 a 2016, entretanto vem diminuindo desde 2009.

Considerando que a demanda por medicamentos fora da lista padronizada vêm aumentando ano a ano, a manutenção do orçamento estadual em 1,8-1,9 bilhões desde 2013 alerta para a sustentabilidade dos programas oficiais de assistência farmacêutica, sendo necessário elucidar, a partir de novos estudos, o impacto deste fenômeno no acesso a medicamentos essenciais pela população.

A contrapartida para atenção básica era superior a prevista na pactuação tripartite, sendo este um aspecto positivo da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. Verificou-se elevado cumprimento dos repasses para financiamento do CBAF pelo gestor estadual quando comparados às demais regiões do país, apesar de tais repasses nem sempre ocorrerem conforme cronograma pactuado. É importante mencionar que as responsabilidades dos gestores estadual e municipais quanto à execução dos demais componentes da assistência farmacêutica não estavam formalizadas por meio de pactuação bipartite, sendo este um possível fator limitante da implementação das políticas relacionadas à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo.

Com relação a programação, aquisição e logística de medicamentos, dois aspectos merecem destaque.

O primeiro se refere ao elenco considerado na avaliação. Em virtude da disponibilidade de informações sistematizadas, a relação de medicamentos principais foi composta exclusivamente por medicamentos dispensados nas Farmácias de Medicamentos Especializados, integrantes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e de Protocolos e Normas Técnicas Estaduais, o que torna os resultados de certa forma limitados.

Os indicadores revelaram que em média havia 83,5% de disponibilidade e 59,5 dias/ano de desabastecimento de medicamentos principais nas Farmácias de Medicamentos Especializados, indicando, de certa forma, dificuldade do gestor estadual em promover a disponibilidade oportuna dos medicamentos aos pacientes que deles necessitam. Neste quesito, os desafios a serem enfrentados são o aperfeiçoamento da

desempenho do processo de aquisição de medicamentos, maior rigor nas sanções administrativas aplicadas aos fornecedores em virtude do atraso na entrega de medicamentos, bem como intervenções em âmbito federal visando o cumprimento do cronograma previsto na legislação.

No campo da utilização de medicamentos, os resultados sugerem a necessidade de revisão da atuação do gestor estadual, com o desenvolvimento de medidas educativas e o acompanhamento do processo de prescrição, qualificação da dispensação de medicamentos enquanto serviço clínico assistencial e desenvolvimento de iniciativas visando monitoramento e acompanhamento farmacoterapêutico.

Quanto a gestão da Assistência Farmacêutica, os principais avanços são o pioneirismo do Estado de São Paulo na institucionalização de uma política de medicamentos e a integração da assistência farmacêutica nos instrumentos de gestão, pilares fundamentais para consolidação da assistência farmacêutica como política pública em âmbito estadual. Por outro lado, existem desafios importantes quanto a integração ao controle social e ao monitoramento/avaliação da assistência farmacêutica, sendo iminente a incorporação destas práticas para aperfeiçoamento do processo de gestão em âmbito estadual.

Identifica-se também a necessidade de maior investimento em capacitação de recursos humanos e promoção de pesquisas na área, pelo caráter transformador de tais ações.

- O emprego do modelo lógico como imagem-objeto para definição dos aspectos utilizados para caracterização da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo, demonstrou seu potencial para fundamentar a construção de modelos teóricos de avaliação da assistência farmacêutica como responsabilidade compartilhada no âmbito do SUS. Ainda, indicou a necessidade de novos instrumentos e parâmetros para avaliação das interfaces dos gestores do SUS, em especial quanto ao financiamento de medicamentos, a execução dos componentes da assistência farmacêutica e a implementação das políticas de assistência farmacêutica.

- A inexistência de parâmetros e referenciais comparativos no nível estadual, bem como do lapso de tempo entre os estudos disponíveis, limitou, de certa forma, o julgamento a respeito da assistência farmacêutica no Estado de São Paulo, reforçando a necessidade de geração de informação a respeito da organização da assistência farmacêutica no âmbito dos Estados e do papel desempenhado junto aos municípios. Com o modelo de descentralização adotado para estruturação do SUS, houve envolvimento crescente da instância local na prestação dos serviços farmacêuticos à população, representando novos desafios na gestão da saúde, entretanto, estudos demonstram que o apoio dos Estados aos municípios para implementação da assistência farmacêutica tem sido insuficiente¹⁷.

- Com esta pesquisa, contribuiu-se também para a capacitação de alunos de graduação e de profissionais que atuam na assistência farmacêutica no SUS:

1. Iniciação científica, desenvolvida por aluno do curso de Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo: “Revisão Sistemática: Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde”;
2. Trabalho de conclusão de curso, desenvolvido por aluno do curso de Graduação em Farmácia da Universidade de São Paulo: Avaliação da gestão compartilhada na assistência farmacêutica: um painel atual dos indicadores de desempenho.
3. Realização da oficina “Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo: responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios”, com a participação de 41 farmacêuticos atuantes no SUS, nas áreas de gestão ou assistência, em nível federal, estadual e municipal.

17

COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L.; NASCIMENTO JUNIOR J. M.; MENGUE S.S.; ÁLVARES J.; GUERRA JUNIOR A. A. et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Saúde Pública*, v. 51, Supl. 2, 2017.

MANZINI, F.; FARIAS, M. R.; ROVER, M. R. M.; MENDES, S. J. M.; LEITE, S. N. **Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal**. Editora UFSC: Santa Catarina, 2016.

- No âmbito do PPSUS, os resultados da pesquisa foram apresentados aos gestores da SES/SP no Seminário de Avaliação Final PPSUS-SP, realizado no Instituto de Saúde em 13 e 14 de novembro de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A. Caracterização dos documentos oficiais disponíveis nos Informes Eletrônicos de Legislação publicados no período de maio de 2006 a novembro de 2015.

Apêndice A 1. Distribuição de IELS e documentos oficiais, segundo ano de publicação (2006 – 2015).

Quantidade	Ano										Total
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
IELS	155	243	240	241	245	243	236	243	247	218	2.311
Documentos oficiais	1.934	3.737	3.284	3.384	3.487	3.593	4.541	4.682	5.763	4.109	38.514

Apêndice A 2. Distribuição dos documentos oficiais, segundo ano de publicação (2006 – 2015) e origem (legislação federal, estadual ou municipal).

Apêndice A 2. Distribuição dos documentos oficiais, segundo tipo de publicação.

Tipo de Publicação	Origem			Total
	Estadual	Federal	Municipal	
Documentos normativos	13.704	15.971	2.098	31.773
Propostas de documentos normativos	2.649	34	4	2.687
Documentos administrativos	1.735	56	55	1.846
Audiências e consultas públicas	14	1215	2	1.231
Contratos e Convênios	466	40	61	567
Editais	54	12	19	85
Ajuste complementar	—	70	—	70
Acordos de cooperação	47	16	5	68
Atos e documentos judiciais	29	25	—	54
Relatórios, pareceres e recomendações	25	10	—	35
Leis orçamentárias e demonstrações financeiras	29	1	—	30
Outros	15	28	25	58
Total	18.767	17.478	2.269	38.514

APÊNDICE B. Etapa 1: Seleção preliminar, a partir da origem dos documentos oficiais.

Apêndice B 1. Distribuição dos documentos oficiais selecionados, segundo ano de publicação (2006 – 2015) e origem (legislação federal ou estadual).

Apêndice B 2. Distribuição dos documentos oficiais selecionados, de acordo com os critérios de inclusão.

Legenda	Critérios de inclusão
	Tratar de legislação federal
	Tratar de legislação estadual

APÊNDICE C. Etapa 2: seleção preliminar, a partir da leitura das ementas dos documentos oficiais.

Apêndice C 1. Distribuição dos documentos oficiais selecionados de forma preliminar, segundo ano de publicação (2006 – 2015) e origem (legislação federal ou estadual).

Apêndice C 2. Distribuição dos documentos oficiais selecionados de forma preliminar, de acordo com os critérios de inclusão.

Legenda	Critérios de inclusão
A	Todas as publicações relativas a medicamentos
B	Tratar de qualquer processo relativo à Assistência Farmacêutica
C	Tratar de documentos referentes à estruturação do Sistema de Saúde, que fornecem diretrizes para a organização das atividades nos níveis federal, estadual ou municipal;
D	Tratar de publicações dos Conselhos Federal e Regional de Farmácia;
E	Conter, na ementa, os termos "Assistência Farmacêutica", "medicamento", "remédio", "farmácia", "farmacêutico(a)", "fármaco", "planta(s) medicinal(is)", "fitoterápico", "droga(s) vegetal(is)", "quimioterapia", "Programa Dose Certa"; "Fundação para o Remédio Popular".
F	Tratar de "Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)", "Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT)" e "Normas Técnicas", os quais norteiam a Assistência Médica e Farmacêutica no âmbito do SUS.

APÊNDICE D. Etapa 3: seleção final, a partir da leitura das ementas dos documentos oficiais.

Apêndice D 1. Distribuição dos documentos oficiais selecionados para composição da amostra, segundo ano de publicação (2006 – 2015) e origem (legislação federal ou estadual).

(*) Todos os documentos oficiais selecionados para leitura são documentos normativos.

Apêndice D 2. Distribuição dos documentos oficiais selecionados para composição da amostra, de acordo com os critérios de inclusão.

Legenda	Critérios de inclusão
A	Estruturação do SUS, fornecendo diretrizes para a organização das atividades nos níveis federal, estadual ou municipal.
B	Processos relativos à medicamentos e à Assistência Farmacêutica;
C	Papel do farmacêutico no SUS;
D	PCDT, DDT e normas técnicas, os quais norteiam a assistência à saúde no âmbito do SUS.
E	Políticas de saúde anteriores a 2006

Apêndice D 3. Distribuição dos documentos oficiais não selecionados para composição da amostra, segundo critérios de exclusão.

Crítérios de exclusão	Quantidade
Atualização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS	169
Decisão de incorporação / não incorporação de medicamentos	130
Legislação revogada, republicada ou existência de nova pactuação entre os entes federativos	118
Comissão, comitê, conselho, força de trabalho, grupo de trabalho, grupo executivo, grupo técnico	113
Repasse de recursos financeiros	73
Plano de trabalho	65
Credenciamento / habilitação de serviço de saúde	50
Registro de medicamentos	49
Controle de medicamentos (antimicrobianos e sujeitos a controle especial)	40
Revogação de Norma Técnica ou Portaria	16
Outros assuntos relacionados a medicamentos e Assistência Farmacêutica: D. Boas Práticas Farmacêuticas; E. Conselho Profissional (Regulamentação da profissão, educação farmacêutica e atividades administrativas); F. Farmacopeia Brasileira; G. Importação ou exportação de medicamentos; H. Legislação tributária; I. Registro de medicamentos; J. Regulação do mercado de medicamentos; K. Entre outros.	304
Total	1.127

APÊNDICE E. Exemplificação do processo de construção da matriz de responsabilidades interfederativas.

Apêndice E 1. Fichamento das legislações referentes ao componente “Seleção”.

Nº	Descrição do Documento	Trecho	Fonte
21942	Portaria MS-GM nº 533, de 28/03/12 DOU de 29/03/12 p.96 – seção 1 nº 62 – Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da RENAME no âmbito do SUS.	Art. 3. A incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME serão realizadas pelo Ministério da Saúde , assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).	D1
22626	Decreto nº 7.508, de 28/06/11 DOU de 29/06/11 p. 1 – seção 1 nº 123 - Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT. Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.	D2
22628	Decreto nº 7.646, de 21/12/11 DOU de 22/12/11 p.3 – seção 1 nº 245 – Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, e dá outras providências.	Art. 2. A CONITEC, órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.	D3
22727	Lei nº 12.401, de 28/04/11 DOU de 29/04/11 p.1 – seção 1 nº 81 – Altera a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.	Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde , assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. “Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias , contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.	D4
A	Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006 - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS	5. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS 5.1. GESTOR FEDERAL - Elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Medicinais, a Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Rename). - Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas Relações Nacionais. - Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS. - Elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos.	D5
B	Portaria nº 3.916/GM/MS, de 30 de novembro de 1998 - Aprova a Política Nacional de Medicamentos	5. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GOVERNO NO ÂMBITO DO SUS - 5.2. Gestor federal n. promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via Internet; o. promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;	D6

Apêndice E 2. Síntese dos trechos das legislações, com a identificação das responsabilidades sanitárias dos gestores federal, estadual e municipal e respectivos produtos, referentes ao componente “Seleção”.

COMPONENTE: Seleção		
Responsável (Nível desencadeador do processo)	Responsabilidade(s) individual(is) e/ou solidária(s)	Produto
Federal	Promover a revisão periódica e a atualização contínua da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (RENAFITO).	P1 – RENAME, RENAFITO
		P2- Processos administrativos de incorporação, exclusão e a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos concluídos no prazo (180 dias prorrogáveis por mais 90 dias).
Federal	Elaborar e manter atualizados, a cada dois anos, o Formulário Terapêutico Nacional e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.	P3- Formulário Terapêutico Nacional e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Fonte: Adaptado de (D1-D6)

Referências consultadas:

- D1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012.
- D2. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.
- D3. BRASIL. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.
- D4. BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.
- D5. BRASIL. Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006 - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.
- D6. BRASIL. Portaria nº 3.916/GM/MS, de 30 de novembro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998.

APÊNDICE F. Modelo de convite para participação na pesquisa.

Prezado (a),

Gostaríamos de convidá-lo (a) para colaborar num estudo que tem por objetivo desenvolver um painel de indicadores de desempenho para avaliação da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo, como responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios.

Sua contribuição consiste em participar como especialista no grupo que irá analisar e recomendar adequações no modelo lógico da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo, elaborado a partir da legislação sobre o tema.

Para o consenso entre os especialistas será usado o método Delphi, sua contribuição poderá ser necessária em mais de uma “rodada de respostas”.

Os formulários da 1ª RODADA estão disponíveis no Google Forms. O tempo estimado para preenchimento é de 30 minutos.

1. **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:** <http://goo.gl/forms/mQSLSwHE6F>
2. **Formulário para caracterização profissional:** <http://goo.gl/forms/ernPkIZJMC>
3. **1ª RODADA – Formulário para avaliação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo:** <http://goo.gl/forms/c4Sol5vv9K>

Aguardamos a sua resposta até 25 de novembro de 2015.

Ficamos a disposição para esclarecimentos por e-mail (almedeiros@usp.br ou nicolina@usp.br) ou pelo telefone (11-98126-8793). Desde já, agradeço a sua colaboração!

Adriane Lopes Medeiros
Nicolina Silvana Romano-Lieber
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública – USP

APÊNDICE G. Questionário 1 – Caracterização profissional

QUESTIONÁRIO 1 - CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

*Obrigatório

1- Nome *

Sua resposta

2- Profissão *

Ex.: Farmacêutico, Médico, Enfermeiro, Advogado

Sua resposta

3- Tempo de formação, em anos *

Ex.: 5, 7, 12, 20.

Sua resposta

4- Local de trabalho *

Sua resposta

5- Trabalha ou já trabalhou, é ou foi prestador de serviços no
Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito
Federal ou Municípios? *

☐ Sim

-

☐ Não

Caso tenha escolhido a opção "sim" no item 5, especificar o local e o período.

Ex.: Ministério da Saúde (1999 a 2007); Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2009 até a presente data).

Sua resposta

ENVIAR

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

APÊNDICE H. Questionário 2 – 1ª RODADA: Avaliação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo

1ª RODADA – Avaliação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS: Estado de São Paulo

CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO LÓGICO:

Um modelo lógico é uma representação esquemática da lógica ou racionalidade subjacente a uma política, programa ou projeto. Descreve seus principais componentes e como funcionam, em determinado contexto político e organizacional.

O modelo lógico da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo será composto por seis elementos:

1. Nível desencadeador do processo: Esfera gestora do SUS responsável por realizar determinada ação ou atividade;
2. Componente: Ações ou atividades que compõem a Assistência Farmacêutica;
3. Objetivo do componente: Aquilo que se pretende alcançar com as ações ou atividades de Assistência Farmacêutica;
4. Responsabilidade sanitária: Responsabilidade dos gestores do SUS quanto à Assistência Farmacêutica, expressas na legislação vigente;
5. Produto: Bem ou serviço ofertado como resultado do cumprimento das responsabilidades sanitárias;
6. Impacto: Resultado gerado pelos produtos de uma determinada política, programa ou projeto na sociedade.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO:

Nesta 1ª RODADA, você deverá analisar e recomendar adequações quanto aos seguintes elementos do modelo lógico:

- o Componente: proposto pelo pesquisador, a partir da categorização dos trechos extraídos das legislações de acordo com os componentes do Ciclo da Assistência Farmacêutica, adaptados de Marin et al (2006);
- o Produtos: propostos pelo pesquisador, a partir da síntese da legislação vigente; o
Objetivo do componente: proposto pelo pesquisador, a partir da interpretação da legislação vigente e da consulta bibliográfica.

Inclua um comentário, com a proposta de adequação do texto, quando selecionar as opções (1) Discordo plenamente e (2) Discordo.

Serão considerados APROVADOS, por consenso entre os painelistas, os elementos que resultarem em pelo menos 60% de respostas (3) Concordo e (4) Concordo plenamente.

Somente serão avaliados em uma próxima rodada os trechos em que houveram sugestões de alterações.

DÚVIDAS: Entrar em contato com Adriane Lopes Medeiros, almedeiros@usp.br, (11) 98126-8793.

***Obrigatório**

IDENTIFICAÇÃO DO PAINELISTA

1. Nome

SEÇÃO 01

Avalie a proposta de COMPONENTE e PRODUTOS, considerando conhecimentos prévios e a leitura do “nível desencadeador do processo” e da “responsabilidade sanitária”.

Componente (C)	Nível desencadeador do processo	Responsabilidade Sanitária	Produto (P)
C1- Seleção	Federal	Promover a revisão periódica e a atualização contínua da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (RENAFITO).	P1- RENAME, RENAFITO P2- Processos administrativos de incorporação, exclusão e a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos concluídos no prazo (180 dias prorrogáveis por mais 90 dias).
	Federal	Elaborar e manter atualizados, a cada dois anos, o Formulário Terapêutico Nacional e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.	P3- Formulário Terapêutico Nacional e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.
	Estadual	Promover a revisão periódica e a atualização contínua da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME).	P4- RESME
	Estadual	Elaborar e manter atualizados, a cada dois anos, o Guia Farmacoterapêutico do Estado de São Paulo.	P5- Guia Farmacoterapêutico do Estado de São Paulo
	Municipal	Promover a revisão periódica e a atualização contínua da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).	P6- REMUME

2. C1 - Seleção * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

3. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

4. P1- RENAME, RENAFITO * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

5. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

6. P2- Processos administrativos de incorporação, exclusão e a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos concluídos no prazo (180 dias prorrogáveis por mais 90 dias). * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

7. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

8. P3- Formulário Terapêutico Nacional e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

9. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

10. P4- RESME *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

11. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

12. P5- Guia Farmacoterapêutico do Estado de São Paulo *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

13. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

14. P6- REMUME * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

15. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Avalie a proposta de OBJETIVO DO COMPONENTE, considerando as “responsabilidades sanitárias” e “produtos” correspondentes.

Componente	Objetivo do componente
C1- Seleção	Selecionar os medicamentos essenciais que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população e orientar as escolhas terapêuticas para o uso de medicamentos.

16. Objetivo do componente C1- Seleção * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

17. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Ir para a pergunta 18.

SEÇÃO 02

Avalie a proposta de COMPONENTE e PRODUTOS, considerando conhecimentos prévios e a leitura do “nível desencadeador do processo” e da “responsabilidade sanitária”.

Componente	Nível desencadeador do processo	Responsabilidade Sanitária	Produto
C2- Financiamento	Federal	Financiar a aquisição de medicamentos da RENAME, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para o Estado e Municípios: • Componente Básico da Assistência Farmacêutica: Anexos I e IV da RENAME; • Componente Básico da Assistência Farmacêutica - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade: Anexos I e IV da RENAME; • Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: Grupo 1 B; • Tenecteplase.	P7- Recursos financeiros para aquisição de medicamentos e insumos
	Estadual	Financiar a aquisição de medicamentos da RENAME, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para os Municípios: • Componente Básico da Assistência Farmacêutica: Anexos I e IV da RENAME.	P8- Recursos financeiros para aquisição de medicamentos e insumos
	Estadual, Municipal	Financiar a aquisição de medicamentos complementares à RENAME, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.	P9- Recursos financeiros para aquisição de medicamentos
	Federal	Financiar a oferta de procedimentos terapêuticos envolvendo medicamentos, constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para o Estado e Municípios.	P10- Recursos financeiros para a oferta de procedimentos terapêuticos envolvendo medicamentos
	Federal	Apoiar a estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para o Estado e Municípios.	P11- Recursos financeiros para estruturação de serviços e organização de ações de Assistência Farmacêutica
	Federal, Estadual, Municipal	Financiar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, quanto às ações de Assistência Farmacêutica.	P12- Recursos financeiros para estruturação de Farmácias Vivas.
	Federal, Estadual, Municipal	Financiar a implantação das Políticas Nacional e Estadual de Medicamentos.	P13- Recursos financeiros para implantação das ações previstas nas Políticas Nacional e Estadual de Medicamentos.

18. C2- Financiamento * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

19. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

20. P7- Recursos financeiros para aquisição de medicamentos e insumos * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

21. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

22. P8- Recursos financeiros para aquisição de medicamentos e insumos * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

23. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

24. P9- Recursos financeiros para aquisição de medicamentos * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

25. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

26. P10- Recursos financeiros para a oferta de procedimentos terapêuticos envolvendo medicamentos *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

27. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

28. P11- Recursos financeiros para estruturação de serviços e organização de ações de Assistência Farmacêutica *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

29. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

- 30 P12- Recursos financeiros para estruturação de Farmácias Vivas. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

31. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

32. P13- Recursos financeiros para implantação das ações previstas nas Políticas Nacional e Estadual de Medicamentos. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

33. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Avalie a proposta de OBJETIVO DO COMPONENTE, considerando as “responsabilidades sanitárias” e “produtos” correspondentes.

Componente	Objetivo do componente
C2- Financiamento	Financiar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, considerando o fornecimento de medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento da população e o investimento na estruturação de serviços e organização de ações de Assistência Farmacêutica.

34. Objetivo do componente C2- Financiamento * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

35. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Ir para a pergunta 36.

SEÇÃO 03

Avalie a proposta de COMPONENTE e PRODUTOS, considerando conhecimentos prévios e a leitura do “nível desencadeador do processo” e da “responsabilidade sanitária”.

Componente	Nível desencadeador do processo	Responsabilidade Sanitária	Produto
C3- Programação e Aquisição	Federal	Adquirir e fornecer medicamentos e insumos ao Estado: • Componente Básico da Assistência Farmacêutica: Insulinas, contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher; • Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: Controle de endemias, antirretrovirais do programa DST/Aids, sangue e hemoderivados e imunobiológicos; • Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: Grupo 1 A; • Medicamentos antineoplásicos; Hidroxibalamina.	P14- Disponibilidade de medicamentos para distribuição aos Municípios e serviços de saúde, conforme cronograma pactuado.
	Federal	Adquirir e fornecer medicamentos aos Municípios: • Componente Básico da Assistência Farmacêutica: Contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher (Municípios maiores de 500.000 habitantes); • Medicamentos e insumos estratégicos em ocasião de desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo.	P15- Disponibilidade de medicamentos aos Municípios, conforme cronograma pactuado.
	Federal	Adquirir e fornecer medicamentos à população indígena.	P16- Disponibilidade de medicamentos nos Distritos Sanitários Especiais, de forma permanente e oportuna.
	Estadual	Adquirir e fornecer medicamentos aos Municípios: • Componente Básico da Assistência Farmacêutica - Medicamentos produzidos pela FURP e outros fornecedores (Municípios menores de 250.000 habitantes, aderentes ao Programa Dose Certa); • Medicamentos e insumos estratégicos em ocasião de desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo.	P17- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, conforme cronograma pactuado.
	Estadual	Adquirir e fornecer medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica ao Sistema Prisional: Anexos I e IV da RENAME.	P18- Disponibilidade de medicamentos nas unidades do Sistema Prisional, conforme cronograma pactuado.
	Estadual	Adquirir e fornecer medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica à população: Grupo 1B e Grupo 2.	P19- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna.
	Estadual	Adquirir e fornecer medicamentos e fórmulas alimentares de Protocolos e Normas Técnicas Estaduais à população: • Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; • Alergia à Proteína do Leite de Vaca; • Toxoplasmose Aguda na Gestação; • Prevenção de Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório; • Esquizofrenia; • Prevenção de Isoimunização RH em gestantes.	P20- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna.
	Estadual	Adquirir e fornecer medicamentos e nutrições enterais complementares à RENAME: • Solicitação de medicamento por Protocolo Clínico de Tratamento de Instituição Pública de Saúde; • Solicitação de medicamento ou nutrição enteral por paciente.	P21- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna.
	Municipal	Adquirir e fornecer medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica à população: Anexos I e IV da RENAME.	P22- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna.

36. C3- Programação e Aquisição * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

37. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

38. P14- Disponibilidade de medicamentos para distribuição aos Municípios e serviços de saúde, conforme cronograma pactuado. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

39. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

40 P15- Disponibilidade de medicamentos aos Municípios, conforme cronograma pactuado. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

41. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

42. P16- Disponibilidade de medicamentos nos Distritos Sanitários Especiais, de forma permanente e oportuna. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

43. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

44. P17- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, conforme cronograma pactuado. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

45. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.
-

46. P18- Disponibilidade de medicamentos nas unidades do Sistema Prisional, conforme cronograma pactuado. *
- Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

- 47 Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.
-

48. P19- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna. *
- Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

49. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.
-

50. P20- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

51. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.
-

52. P21- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

53. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.
-

- 54 P22- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

55. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.
-

Avalie a proposta de OBJETIVO DO COMPONENTE, considerando as “responsabilidades sanitárias” e “produtos” correspondentes.

Componente	Objetivo do componente
C3- Programação e Aquisição	Adquirir medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, em quantidades adequadas para garantia do acesso aos medicamentos pela população, ao menor custo possível.

56. Objetivo do componente C3-
Programação e Aquisição * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

57. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.
-

Ir para a pergunta 58.

SEÇÃO 04

Avalie a proposta de COMPONENTE e PRODUTOS, considerando conhecimentos prévios e a leitura do “nível desencadeador do processo” e da “responsabilidade sanitária”.

Componente	Nível desencadeador do processo	Responsabilidade Sanitária	Produto
C4- Logística	Estadual	Receber, armazenar e distribuir os medicamentos sob sua guarda aos Municípios e serviços de saúde: • Componente Básico da Assistência Farmacêutica: Insulinas, contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher; • Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: Controle de endemias, antirretrovirais do programa DST/Aids, sangue e hemoderivados e imunobiológicos; • Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: Grupo 1 A; • Medicamentos Antineoplásicos; Hidroxibalamina.	P23- Disponibilidade de medicamentos nos Municípios e serviços de saúde, conforme cronograma pactuado.
	Municipal	Receber, armazenar e distribuir os medicamentos sob sua guarda aos serviços de saúde.	P24- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna.

58. C4- Logística * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

59. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

60. P23- Disponibilidade de medicamentos nos Municípios e serviços de saúde, conforme cronograma pactuado. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

61. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

62. P24- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

63. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Avalie a proposta de OBJETIVO DO COMPONENTE, considerando as “responsabilidades sanitárias” e “produtos” correspondentes.

Componente	Objetivo do componente
C4- Logística	Garantir a disponibilidade de medicamentos nos Municípios e serviços de saúde, em quantidades adequadas para garantia do acesso aos medicamentos pela população, de forma oportuna, assegurada a qualidade dos medicamentos e insumos desde o recebimento até sua entrega.

64. Objetivo do componente C4-Logística * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

65. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Ir para a pergunta 66.

SEÇÃO 05

Avalie a proposta de COMPONENTE e PRODUTOS, considerando conhecimentos prévios e a leitura do “nível desencadeador do processo” e da “responsabilidade sanitária”.

Componente	Nível desencadeador do processo	Responsabilidade Sanitária	Produto
C5- Utilização (Prescrição, Administração e Uso)	Federal, Estadual e Municipal	Prescrever e dispensar medicamentos de forma gratuita à população, em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravamento à saúde a ser tratado, ou com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores Federal, Estadual ou Municipal do SUS, respeitadas as normas da ANVISA e legislação vigente.	P25- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.
	Federal, Estadual, Municipal	Ofertar procedimentos terapêuticos envolvendo medicamentos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.	P26- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso. P27- Codificação, autorização e registro adequados do procedimento, em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
	Municipal	Administrar medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde	P28- Acesso à medicamentos.
	Estadual	Realizar a execução dos Grupos 1 e 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - solicitação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento.	P29- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso. P30- Codificação, autorização e registro adequados do procedimento, em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
	Municipal	Realizar a execução dos Grupos 1 e 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento, mediante pactuação bipartite.	P31- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.
	Federal	Disponibilizar medicamentos e correlatos à população, de forma gratuita (medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma) ou subsidiada, por meio da rede própria (Farmácias Populares) e privada (Aqui tem Farmácia Popular) de farmácias e drogarias.	P32- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso. P33- Subsídio à população para aquisição de medicamentos e correlatos
	Federal, Estadual, Municipal	Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores	P34- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas P35- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso P36- Seguimento farmacoterapêutico

66 C5- Utilização (Prescrição, Administração e Uso) * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

67. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

68. P25- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

69. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

70. P26- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

71. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

72. P27- Codificação, autorização e registro adequados do procedimento, em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

73 Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

74. P28- Acesso à medicamentos. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

75. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

76. P29- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

77. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

78. P30- Codificação, autorização e registro adequados do procedimento, em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

79. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

80 P31- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

81. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

82. P32- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

83. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

84. P33- Subsídio à população para aquisição de medicamentos e correlatos * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

85. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

86. P34- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

87. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

88 P35- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

89. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

90. P36- Seguimento farmacoterapêutico * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

91. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Avalie a proposta de OBJETIVO DO COMPONENTE, considerando as “responsabilidades sanitárias” e “produtos” correspondentes.

Componente	Objetivo do componente
C5- Utilização (Prescrição, Administração e Uso)	Promover o acesso e o Uso Racional de Medicamentos pela população, por meio da prescrição apropriada, dispensação em condições adequadas, e consumo nas doses e posologias indicados, conforme orientação.

92. Objetivo do componente C5- Utilização * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

93. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Ir para a pergunta 94.

SEÇÃO 06

Avalie a proposta de COMPONENTE e PRODUTOS, considerando conhecimentos prévios e a leitura do “nível desencadeador do processo” e da “responsabilidade sanitária”.

Componente	Nível desencadeador do processo	Responsabilidade Sanitária	Produto
C6- Gestão	Federal, Estadual, Municipal	Coordenar a assistência farmacêutica no seu âmbito.	P37- Normas técnicas relativas à Assistência Farmacêutica publicadas P38- Diretrizes, critérios e fluxos de acesso as ações e serviços de Assistência Farmacêutica definidos
	Estadual, Municipal	Participar dos Colegiados de Gestão Regional, contribuindo com as discussões e pactuações relacionadas à Assistência Farmacêutica.	P39- Pactuação quanto a oferta, os critérios e os fluxos de acesso as ações e serviços de Assistência Farmacêutica e respectivas responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos.
	Federal, Estadual, Municipal	Participar da elaboração e monitoramento dos instrumentos de gestão em sua esfera de atuação: (1) SISPACTO - Diretrizes, objetivos, metas e indicadores relativos à Assistência Farmacêutica; (2) Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP); (3) Plano de saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.	P40- Diretrizes, objetivos, metas e indicadores relativos à Assistência Farmacêutica pactuados e registrados no sistema informatizado SISPACTO. P41- RENAME e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos constantes no COAP.
	Federal, Estadual, Municipal	Monitorar e avaliar as ações e serviços de Assistência Farmacêutica ofertados à população.	P42- Ações, serviços e recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constantes nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão)
	Federal, Estadual, Municipal	Garantir a disponibilidade dos medicamentos incorporados ou incluídos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.	P43- Ações, serviços e recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constantes nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão)
	Federal	Acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos.	P44- Medicamentos incorporados ou incluídos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas disponíveis para dispensação no prazo máximo de 180 dias.
	Estadual	Realizar a gestão do Sistema de Registro de Preços de medicamentos e dietas, na condição de Órgão Gerenciador das Atas de Registro de Preços.	P45- Lista de Preços de Medicamentos - CMED
	Estadual, Municipal	Investir na infraestrutura das centrais farmacêuticas.	P46- Atas de registro de preço disponíveis aos Municípios e serviços de saúde.
	Municipal	Investir na infraestrutura de farmácias dos serviços de saúde.	P47- Centrais farmacêuticas implantadas P48- Disponibilidade de medicamentos, em condições adequadas de conservação, nos Municípios e serviços de saúde P49- Farmácias implantadas nos serviços de saúde
			P50- Disponibilidade de medicamentos, em condições adequadas de conservação, nos serviços de saúde.

94. C6- Gestão *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

95. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

96. P37- Normas técnicas relativas à Assistência

Farmacêutica publicadas * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

97. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

98. P38- Diretrizes, critérios e fluxos de acesso as ações e serviços de Assistência

Farmacêutica definidos * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

99. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

100. P39- Pactuação quanto a oferta, os critérios e os fluxos de acesso as ações e serviços de Assistência Farmacêutica e respectivas responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

101. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

102. P40- Diretrizes, objetivos, metas e indicadores relativos à Assistência Farmacêutica pactuados e registrados no sistema informatizado SISPACTO. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

103. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

104. P41- RENAME e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos constantes no COAP. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

105 Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

106. P42- Ações, serviços e recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constantes nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

107. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

108. P43- Ações, serviços e recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constantes nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão) *
- Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

109. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

110. P44- Medicamentos incorporados ou incluídos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas disponíveis para dispensação no prazo máximo de 180 dias. *
- Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

111. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

112. P45- Lista de Preços de Medicamentos - CMED * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

113. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

114. P46- Atas de registro de preço disponíveis aos Municípios e serviços de saúde. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

115. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

116. P47- Centrais farmacêuticas implantadas * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

117. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

118. P48- Disponibilidade de medicamentos, em condições adequadas de conservação, nos Municípios e serviços de saúde. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

119 Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

120. P49- Farmácias implantadas nos serviços de saúde *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

121. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

122. P50- Disponibilidade de medicamentos, em condições adequadas de conservação, nos serviços de saúde. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

123. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Componente	Nível desencadeador do processo	Responsabilidade Sanitária	Produto
C6- Gestão (Continuação)	Estadual	Realizar a gestão das Farmácias Dose Certa.	P51- Farmácias Dose Certa implantadas
	Estadual, Municipal	Realizar a gestão das Farmácias Vivas, compreendendo o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficiais de plantas medicinais e fitoterápicos.	P52- Farmácias vivas implantadas
	Federal	Realizar a gestão das Farmácias Populares, em parceria com o Estado, Municípios e Hospitais Filantrópicos.	P53- Manual de Procedimentos Operacionais Padrão P54- Manual Básico
	Federal, Estadual, Municipal	Implantar os mecanismos e procedimentos para rastreamento de medicamentos na cadeia dos produtos farmacêuticos, em conformidade com a legislação vigente.	P55- Rastreabilidade de medicamentos
	Estadual e Municipal	Transmitir à base nacional de dados das ações e serviços da Assistência Farmacêutica no SUS as informações referentes às entradas, saídas e dispensações de medicamentos e insumos.	P56- Informações transmitidas, conforme cronograma pactuado.
	Federal, Estadual	Manter atualizado o "Cadastro de Usuários do Medicamento à Base de Talidomida" em sua área de abrangência.	P57- Usuários do Medicamento à Base de Talidomida cadastros
	Estadual	Promover a formulação e implantação da política estadual de medicamentos;	P58- Política Estadual de Medicamentos publicada. P59- Ações de Assistência Farmacêutica previstas na Política Estadual de Medicamentos implantadas.
	Federal, Estadual	Prestar cooperação técnica no desenvolvimento das atividades relativas às Políticas Nacional e Estadual de Medicamentos.	P60- Cooperação técnica ao Estado e Municípios P61- Ações previstas nas Políticas Nacional e Estadual de Medicamentos implantadas.
	Federal	Apoiar à implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.	P62- Banco de dados dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, das instituições de ensino e pesquisa, pesquisadores e resultados das pesquisas científicas em Práticas Integrativas e Complementares implantado. P63- Cooperação técnica ao Estado e Municípios
	Estadual, Municipal	Implantar as ações de Assistência Farmacêutica previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.	P64- Proposta de inclusão das ações de Assistência Farmacêutica previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, no âmbito do Estado ou Município, aprovada pelo Conselho de Saúde. P65- Ações de Assistência Farmacêutica previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS implantadas.

124 P51- Farmácias Dose Certa implantadas * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

125. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

126. P52- Farmácias vivas implantadas * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

127. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

128. P53- Manual de Procedimentos Operacionais Padrão * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

129. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

130. P54- Manual Básico * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
 - ☐ 2- Discordo
 - ☐ 3- Concordo
 - ☐
-

4- Concordo plenamente

131. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

132 P55- Rastreabilidade de medicamentos * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

133. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

134. P56- Informações transmitidas, conforme cronograma pactuado. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

135. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

136. P57- Usuários do Medicamento à Base de Talidomida cadastros * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

137. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

138. P58- Política Estadual de Medicamentos publicada. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

139. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

140 P59- Ações de Assistência Farmacêutica previstas na Política Estadual de Medicamentos implantadas. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
 - ☐ 2- Discordo
 - ☐ 3- Concordo
 - ☐
-

4- Concordo plenamente

141. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

142. P60- Cooperação técnica ao Estado e Municípios *
- Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

143. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

144. P61- Ações previstas nas Políticas Nacional e Estadual de Medicamentos implantadas. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

145. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

146. P62- Banco de dados dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, das instituições de ensino e pesquisa, pesquisadores e resultados das pesquisas científicas em Práticas Integrativas e Complementares implantado. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

147 Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

148. P63- Cooperação técnica ao Estado e Municípios *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

149. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

150. P64- Proposta de inclusão das ações de Assistência

Farmacêutica previstas na Política

Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, no âmbito do Estado ou

Município, aprovada pelo Conselho de Saúde. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

151. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

152. P65- Ações de Assistência Farmacêutica previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS implantadas. * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

153. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Avalie a proposta de OBJETIVO DO COMPONENTE, considerando as “responsabilidades sanitárias” e “produtos” correspondentes.

Componente	Objetivo do componente
C6- Gestão	Planejar, executar, acompanhar e avaliar a ações e serviços de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, de forma descentralizada e compartilhada por União, Estado e Municípios.

154. Objetivo do componente C6- Gestão * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

155. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Ir para a pergunta 156.

SEÇÃO 07

Avalie a proposta de COMPONENTE e PRODUTOS, considerando conhecimentos prévios e a leitura do “nível desencadeador do processo” e da “responsabilidade sanitária”.

Componente	Nível desencadeador do processo	Responsabilidade Sanitária	Produto
C7- Educação permanente	Federal, Estadual, Municipal	Estabelecer diretrizes e mecanismos para capacitação em Assistência Farmacêutica, visando ao cumprimento das responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS.	P66- Profissionais de saúde capacitados

156. C7- Educação Permanente * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

157. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

158. P66- Profissionais de saúde capacitados * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

159. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Avalie a proposta de OBJETIVO DO COMPONENTE, considerando as “responsabilidades sanitárias” e “produtos” correspondentes.

Componente	Objetivo do componente
C7- Educação permanente	Promover a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, por meio de processos de capacitação em Assistência Farmacêutica.

160. Objetivo do componente C7- Educação permanente *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

161. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

SEÇÃO 08

Avalie a proposta de COMPONENTE e PRODUTOS, considerando conhecimentos prévios e a leitura do “nível desencadeador do processo” e da “responsabilidade sanitária”.

Componente	Nível desencadeador do processo	Responsabilidade Sanitária	Produto
C8- Pesquisa	Federal, Estadual, Municipal	Promover a pesquisa e a disseminação de experiências e informações técnico-científicas na área farmacêutica.	P67- Linhas de pesquisa na área farmacêutica
			P68- Estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia
			P69- Pesquisas de desenvolvimento tecnológico

162. C8- Pesquisa * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

163. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

164. P67- Linhas de pesquisa na área farmacêutica * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

165. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

166. P68- Estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
- ☐ 2- Discordo
- ☐ 3- Concordo
- ☐ 4- Concordo plenamente

167. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

168. P69- Pesquisas de desenvolvimento tecnológico * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
 - ☐ 2- Discordo
 - ☐ 3- Concordo
 - ☐ 4- Concordo plenamente
-

169. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

Avalie a proposta de OBJETIVO DO COMPONENTE, considerando as “responsabilidades sanitárias” e “produtos” correspondentes.

Componente	Objetivo do componente
C8- Pesquisa	Captar, gerar, sistematizar e disseminar experiências e informações de natureza técnico-científicas na área farmacêutica.

170. Objetivo do componente C8- Pesquisa * Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Discordo plenamente
☐ 2- Discordo
☐ 3- Concordo
☐ 4- Concordo plenamente

171. Incluir um comentário, com proposta de adequação do texto, caso tenha escolhido as opções 1 e 2.

APÊNDICE I. Termo de consentimento livre e esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

1. Título da pesquisa: Desenvolvimento de painel de indicadores de desempenho para avaliação da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo como responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios
2. Avaliação de risco da pesquisa: risco mínimo
3. Duração: 06 meses
4. Objetivo: Desenvolver um painel de indicadores de desempenho para avaliação da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo como responsabilidade compartilhada da União, Estado e Municípios.

5. Procedimentos:

Sua participação consistirá em participar como especialista no grupo que irá analisar e recomendar adequações no modelo lógico da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo.

Os componentes do modelo lógico serão correlacionados a indicadores de desempenho. Assim, contribuirá também na análise e recomendação de potenciais indicadores para avaliação da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo como responsabilidade compartilhada da União, Estado e Municípios

Para coleta de dados será utilizado um instrumento online, disponível no Google Forms, não havendo contato presencial entre os participantes.

As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação e o seu nome como colaborador somente será divulgado junto com os resultados finais da pesquisa, mediante autorização prévia.

A divulgação das informações dos formulários de coleta de dados está condicionada a autorização prévia do pesquisador e orientador da pesquisa.

6. Informações dos responsáveis pela pesquisa para contato, caso necessário:

6.1. Pesquisador:

Adriane Lopes Medeiros; sexo feminino; RG 44.028.129-5; discente de Doutorado Direto no Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; sítio a Rua Suíça, 140, apartamento 12, Parque das Nações, CEP 09210-000, Santo André, SP – Telefone: (11) 98126-8793 – E-mail: almedeiros@usp.br.

6.2. Orientador da pesquisa:

Nicolina Silvana Romano-Lieber; sítio a Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 99843-5345 – E-mail: nicolina@usp.br.

6.3. Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sítio a Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061-7779 – e-mail: coep@fsp.ups.br.

*Obrigatório

Nome*

Número do documento de identidade*

Sexo*

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Data de nascimento*

Endereço*

(Ex.: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo) SP

Telefone, com DDD*

E-mail*

Declaro que concordo em participar desse estudo e me foi dada a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas*.

Para esclarecimento de dúvidas, contatar o pesquisador ou o orientador da pesquisa.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Data de preenchimento deste formulário*

Assinatura do sujeito de pesquisa*

Preencher com seu nome completo

Assinatura do pesquisador (clique na caixa de seleção*)

- ☐ Adriane Lopes Medeiros

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo.

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n			n	n		n	%		
C1- Seleção			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P1- RENAME, RENAFITO			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P2- Processos administrativos de incorporação, exclusão e a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos concluídos no prazo (180 dias prorrogáveis por mais 90 dias).		2	29%	5		71%	7	100%	APROVADO	—
P3- Formulário Terapêutico Nacional e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P4- RESME		1	14%	4	2	86%	7	100%	APROVADO	—
P5- Guia Farmacoterapêutico do Estado de São Paulo		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
P6- REMUME		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
Objetivo do componente C1 - Selecionar os medicamentos essenciais que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população e orientar as escolhas terapêuticas para o uso de medicamentos.			0%	1	6	100%	7	100%	APROVADO	—
C2- Financiamento		1	14%	2	4	86%	7	100%	APROVADO	—
P7- Recursos financeiros para aquisição de medicamentos e insumos			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P8- Recursos financeiros para aquisição de medicamentos e insumos			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P9- Recursos financeiros para aquisição de medicamentos		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
P10- Recursos financeiros para a oferta de procedimentos terapêuticos envolvendo medicamentos			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo (cont.).

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n	n		n	n		n	%		
P11- Recursos financeiros para estruturação de serviços e organização de ações de Assistência Farmacêutica		1	14%	2	4	86%	7	100%	APROVADO	—
P12- Recursos financeiros para estruturação de Farmácias Vivas			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P13- Recursos financeiros para implantação das ações previstas nas Políticas Nacional e Estadual de Medicamentos.			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
Objetivo do componente C2 - Financiar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, considerando o fornecimento de medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento da população e o investimento na estruturação de serviços e organização de ações de Assistência Farmacêutica.			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	Adequação do texto: Financiar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, visando o fornecimento de medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento da população e o investimento na estruturação de serviços e organização de ações de Assistência Farmacêutica.
C3- Programação e Aquisição		2	29%	3	2	71%	7	100%	APROVADO	—
P14- Disponibilidade de medicamentos para distribuição aos Municípios e serviços de saúde, conforme cronograma pactuado.		1	14%	4	2	86%	7	100%	APROVADO	—
P15- Disponibilidade de medicamentos aos Municípios, conforme cronograma pactuado.		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
P16- Disponibilidade de medicamentos nos Distritos Sanitários Especiais, de forma permanente e oportuna.			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P17- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, conforme cronograma pactuado.		1	14%	4	2	86%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo (cont.).

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n			n	n		n	%		
P18- Disponibilidade de medicamentos nas unidades do Sistema Prisional, conforme cronograma pactuado.			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P19- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna.			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P20- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna.		2	29%	5		71%	7	100%	APROVADO	Adequação da responsabilidade sanitária atrelada a este produto, em virtude da revogação das resoluções estaduais nº 321, de 30 de outubro de 2007 (Hipertensão Arterial Pulmonar) e Resolução SS-295, de 04/09/2007 (Esquizofrenia).
P21- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna.			0%	5	2	100%	7	100%	APROVADO	—
P22- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna.			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
Objetivo do componente C3 - Adquirir medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, em quantidades adequadas para garantia do acesso aos medicamentos pela população, ao menor custo possível.			0%	1	6	100%	7	100%	APROVADO	—
C4- Logística			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P23- Disponibilidade de medicamentos nos Municípios e serviços de saúde, conforme cronograma pactuado.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P24- Disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde, de forma permanente e oportuna.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo (cont.).

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n			n	n		n	%		
Objetivo do componente C4 - Garantir a disponibilidade de medicamentos nos Municípios e serviços de saúde, em quantidades adequadas para garantia do acesso aos medicamentos pela população, de forma oportuna, assegurada a qualidade dos medicamentos e insumos desde o recebimento até sua entrega.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
C5- Utilização (Prescrição, Administração e Uso)		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
P25- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	Adequação da responsabilidade sanitária atrelada a este produto, com a exclusão do trecho "de forma gratuita".
P26- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.		1	14%	2	5	100%	8	114%	APROVADO	—
P27- Codificação, autorização e registro adequados do procedimento, em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P28- Acesso à medicamentos.		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
P29- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.		1	14%	2	4	86%	7	100%	APROVADO	—
P30- Codificação, autorização e registro adequados do procedimento, em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P31- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.		1	14%	2	4	86%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo (cont.).

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n	n		n	n		n	%		
Objetivo do componente C4 - Garantir a disponibilidade de medicamentos nos Municípios e serviços de saúde, em quantidades adequadas para garantia do acesso aos medicamentos pela população, de forma oportuna, assegurada a qualidade dos medicamentos e insumos desde o recebimento até sua entrega.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
C5- Utilização (Prescrição, Administração e Uso)		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
P25- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	Adequação da responsabilidade sanitária atrelada a este produto, com a exclusão do trecho "de forma gratuita".
P26- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.		1	14%	2	5	100%	8	114%	APROVADO	—
P27- Codificação, autorização e registro adequados do procedimento, em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P28- Acesso à medicamentos.		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
P29- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.		1	14%	2	4	86%	7	100%	APROVADO	—
P30- Codificação, autorização e registro adequados do procedimento, em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P31- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.		1	14%	2	4	86%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo (cont.).

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n	n		n	n		n	%		
P32- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso.		1	14%	2	4	86%	7	100%	APROVADO	—
P33- Subsídio à população para aquisição de medicamentos e correlatos			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P34- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P35- Acesso à medicamentos com orientações para seu uso		1	14%	2	4	86%	7	100%	APROVADO	—
P36- Seguimento farmacoterapêutico		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	Adequação do produto para ATENÇÃO FARMACÊUTICA, em consonância com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica
Objetivo do componente C5 - Promover o acesso e o Uso Racional de Medicamentos pela população, por meio da prescrição apropriada, dispensação em condições adequadas, e consumo nas doses e posologias indicados, conforme orientação.			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	Complementação do texto: "conforme orientação de profissionais de saúde".
C6- Gestão			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P37- Normas técnicas relativas à Assistência Farmacêutica publicadas			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P38- Diretrizes, critérios e fluxos de acesso as ações e serviços de Assistência Farmacêutica definidos			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo (cont.).

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n	n		n	n		n	%		
P39- Pactuação quanto a oferta, os critérios e os fluxos de acesso as ações e serviços de Assistência Farmacêutica e respectivas responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P40- Diretrizes, objetivos, metas e indicadores relativos à Assistência Farmacêutica pactuados e registrados no sistema informatizado SISPACTO.			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P41- RENAME e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos constantes no COAP.			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P42- Ações, serviços e recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constantes nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão)			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P43- Ações, serviços e recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constantes nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão)			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P44- Medicamentos incorporados ou incluídos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas disponíveis para dispensação no prazo máximo de 180 dias.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P45- Lista de Preços de Medicamentos - CMED			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo (cont.).

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n			n	n		n	%		
P46- Atas de registro de preço disponíveis aos Municípios e serviços de saúde.		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
P47- Centrais farmacêuticas implantadas			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P48- Disponibilidade de medicamentos, em condições adequadas de conservação, nos Municípios e serviços de saúde.		1	14%	2	4	86%	7	100%	APROVADO	—
P49- Farmácias implantadas nos serviços de saúde			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P50- Disponibilidade de medicamentos, em condições adequadas de conservação, nos serviços de saúde.			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P51- Farmácias Dose Certa implantadas		1	14%	4	2	86%	7	100%	APROVADO	—
P52- Farmácias vivas implantadas		2	29%	3	2	71%	7	100%	APROVADO	—
P53- Manual de Procedimentos Operacionais Padrão			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P54- Manual Básico			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	Complementação do texto: "do Programa Farmácia Popular do Brasil".
P55- Rastreabilidade de medicamentos			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P56- Informações transmitidas, conforme cronograma pactuado.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P57- Usuários do Medicamento à Base de Talidomida cadastros			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P58- Política Estadual de Medicamentos publicada.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P59- Ações de Assistência Farmacêutica previstas na Política Estadual de Medicamentos implantadas.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo (cont.).

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n			n	n		n	%		
P46- Atas de registro de preço disponíveis aos Municípios e serviços de saúde.		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
P47- Centrais farmacêuticas implantadas			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P48- Disponibilidade de medicamentos, em condições adequadas de conservação, nos Municípios e serviços de saúde.		1	14%	2	4	86%	7	100%	APROVADO	—
P49- Farmácias implantadas nos serviços de saúde			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P50- Disponibilidade de medicamentos, em condições adequadas de conservação, nos serviços de saúde.			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P51- Farmácias Dose Certa implantadas		1	14%	4	2	86%	7	100%	APROVADO	—
P52- Farmácias vivas implantadas		2	29%	3	2	71%	7	100%	APROVADO	—
P53- Manual de Procedimentos Operacionais Padrão			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P54- Manual Básico			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	Complementação do texto: "do Programa Farmácia Popular do Brasil".
P55- Rastreabilidade de medicamentos			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P56- Informações transmitidas, conforme cronograma pactuado.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P57- Usuários do Medicamento à Base de Talidomida cadastros			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P58- Política Estadual de Medicamentos publicada.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P59- Ações de Assistência Farmacêutica previstas na Política Estadual de Medicamentos implantadas.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo (cont.).

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n			n	n		n	%		
P60- Cooperação técnica ao Estado e Municípios			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P61- Ações previstas nas Políticas Nacional e Estadual de Medicamentos implantadas.			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P62- Banco de dados dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, das instituições de ensino e pesquisa, pesquisadores e resultados das pesquisas científicas em Práticas Integrativas e Complementares implantado.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P63- Cooperação técnica ao Estado e Municípios			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P64- Proposta de inclusão das ações de Assistência Farmacêutica previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, no âmbito do Estado ou Município, aprovada pelo Conselho de Saúde.			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
P65- Ações de Assistência Farmacêutica previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS implantadas.			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
Objetivo do componente C6 - Planejar, executar, acompanhar e avaliar a ações e serviços de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, de forma descentralizada e compartilhada por União, Estado e Municípios.			0%	1	6	100%	7	100%	APROVADO	—
C7- Educação permanente			0%	2	5	100%	7	100%	APROVADO	—
P66- Profissionais de saúde capacitados		1	14%	2	4	71%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE J. Resultados do processo de validação do modelo lógico da Assistência Farmacêutica no SUS – Estado de São Paulo (cont.).

Item avaliado	Discordo plenamente	Discordo	%	Concordo	Concordo plenamente	%	Total		Resultado	Adequações do modelo lógico em virtude dos comentários e sugestões dos especialistas
	n	n		n	n		n	%		
Objetivo do componente C7 - Promover a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, por meio de processos de capacitação em Assistência Farmacêutica.			0%	4	3	100%	7	100%	APROVADO	—
C8- Pesquisa			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P67- Linhas de pesquisa na área farmacêutica			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—
P68- Estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
P69- Pesquisas de desenvolvimento tecnológico		1	14%	3	3	86%	7	100%	APROVADO	—
Objetivo do componente C8 - Captar, gerar, sistematizar e disseminar experiências e informações de natureza técnico-científicas na área farmacêutica.			0%	3	4	100%	7	100%	APROVADO	—

APÊNDICE K. Caracterização da dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo, por Departamento Regional de Saúde.

Departamento Regional de Saúde	Nº Farmácias de Medicamentos Especializados (23, 25)	Dispensação de medicamentos descentralizada ao município? (21)		População – 2015 (21)	População atendida pelas Farmácias de Medicamentos Especializado – 2017 (23)	Proporção entre a população atendida pelas Farmácias de Medicamentos Especializados e a população abrangida por região (*)
		Sim	Não			
DRS 1 - Grande São Paulo	16	17	22	21.090.791	291.856	1,4%
DRS 2 - Araçatuba	1	39	1	417.647	19.384	4,6%
DRS 3 - Araraquara	1	23	1	853.696	14.850	1,7%
DRS 4 - Baixada Santista	1	7	2	296.933	29.881	10,1%
DRS 5 - Barretos	1	18	0	166.371	12.754	7,7%
DRS 6 - Bauru	2	67	1	2.769.880	35.619	1,3%
DRS 7 - Campinas	1	41	1	2.763.396	68.752	2,5%
DRS 8 - Franca	1	21	1	1.599.697	17.012	1,1%
DRS 9 - Marília	2	60	2	1.744.292	27.905	1,6%
DRS 10 - Piracicaba	1	26	0	679.478	28.439	4,2%
DRS 11 - Presidente Prudente	1	44	1	4.848.284	19.958	0,4%
DRS 12 - Registro	1	15	0	201.566	4.852	2,4%
DRS 13 - Ribeirão Preto	1	26	0	739.095	25.302	3,4%
DRS 14 - São João da Boa Vista	1	20	0	786.692	19.901	2,5%
DRS 15 - São José do Rio Preto	3	83	19	2.263.025	50.302	2,2%
DRS 16 - Sorocaba	1	47	1	722.254	31.907	4,4%
DRS 17 - Taubaté	2	37	2	2.453.387	23.770	1,0%
Total	36	591	54	44.396.484	722.444	3,09%

(*) **Parâmetros nacionais:** Nº pessoas tratadas (2013) = 1.751.387; População residente enviada ao Tribunal de Contas da União (2013): 201.032.714; Proporção entre a população atendida pelo CEAF e a população brasileira (28): 0,9%.

ANEXOS

ANEXO A. Resumo publicado.

MEDEIROS AL., ROMANO-LIEBER N., TANAKA, O.Y. Produção científica relacionada à avaliação de políticas e serviços de assistência farmacêutica no Brasil. In: III Fórum Brasileiro sobre Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, 2015, Bahia. **J Bras Econ. Saúde**, 2015. v. 7, supl. 2., p. 46-47.

Produção científica relacionada à avaliação de políticas e serviços de assistência farmacêutica no Brasil

Adriane Lopes Medeiros¹, Nicolina Silvana Romano-Lieber¹, Oswaldo Yoshimi Tanaka¹

Introdução: A Assistência Farmacêutica (AF) constitui um dos elementos fundamentais para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A estruturação da AF em "redes" exige mudança no modelo de organização, com a integração do acesso ao medicamento e orientação para o uso racional, bem como inovação nos processos e instrumentos de gestão, visando subsidiar a definição de estratégias para seu aprimoramento. Nesse sentido, é atribuição do farmacêutico na gestão da AF no Sistema Único de Saúde (SUS) utilizar ferramentas de monitoramento e avaliação que subsidiem a tomada de decisão em sua esfera de atuação. Este trabalho teve por objetivo caracterizar a produção científica relacionada à avaliação de políticas e serviços de AF no Brasil. **Método:** Foi realizada a pesquisa bibliográfica sobre o tema em bases de dados disponíveis na internet (Portal de Busca Integrada SIBI USP, Biblioteca Virtual em Saúde e Embase), empregando-se as palavras chave "Assistência Farmacêutica", "Sistema Único de Saúde", "Avaliação", "Monitoramento". Foram considerados os estudos publicados no Brasil, sem restrição de período, excluídos aqueles relacionados à "avaliação de prescrições médicas" e "avaliação de Assistência Farmacêutica Hospitalar". Os documentos identificados pela estratégia de busca

foram lidos, classificados quanto ao ano de publicação e abrangência do estudo (nacional, estadual, municipal), e avaliados quanto à metodologia de avaliação empregada. **Resultados:** Foram encontradas dez publicações entre 2002 e 2010: (a) 05 pesquisas de campo, sendo 01 com a aplicação de indicadores, 01 com aplicação de indicadores e entrevista com pacientes, 02 com aplicação de indicadores, entrevistas com profissionais, visitas a estabelecimentos e consulta a registros e dados secundários e 01 com aplicação de questionário para avaliação de estrutura e de processo e condução inquérito; (b) 04 estudos de desenvolvimento metodológico, sendo 03 com a construção de modelo teórico e 01 com a seleção/validação de indicadores; (c) 01 análise descritiva do resultado de indicadores. Houve um predomínio de estudos com abrangência municipal (n=4). **Discussão e Conclusões:** As pesquisas estão fundamentadas prioritariamente nos referenciais teóricos de avaliação da AF elaborados pela Organização Mundial de Saúde e *Management Sciences for Health*. Diante da escassez de publicações relativas à avaliação de políticas e serviços de AF no Brasil, e da inexistência de estudos que contemplem a AF frente às responsabilidades solidárias dos entes federativos no SUS, verifica-se a necessidade de investir na construção de instrumentos de monitoramento e avaliação da AF enquanto responsabilidade compartilhada por União, Estados e Municípios, e fundamentalmente na geração de informação e conhecimento acerca do assunto, contribuindo para estruturação da AF nas RAS.

1. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

ANEXO B. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade
de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento de painel de indicadores de desempenho para avaliação da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo como responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios
Pesquisador Responsável: ADRIANE LOPES MEDEIROS
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 48473915.3.0000.5421
Submetido em: 17/08/2015
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_560525

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
 - Projeto Original (PO) - Versão 1
 - Documentos do Projeto
 - Comprovante de Recepção - Submissão
 - Folha de Rosto - Submissão 1
 - Informações Básicas do Projeto - Submissão
 - Projeto Detalhado / Brochura Investigação
 - TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa
 - Apreciação 1 - USP - Faculdade de Saúde Pública
 - Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

LISTA DE CENTROS PARTICIPANTES E COPARTICIPANTES

Apreciação	CAAE	Pesquisador Responsável	Comitê de Ética	Instituição	Situação	Tipo	R.C

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	23/09/2015 11:57:59	Parecer liberado	1	Coordenador	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	PESQUISADOR	
PO	23/09/2015 11:55:01	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	
PO	24/08/2015 16:57:57	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	
PO	24/08/2015 16:48:27	Aceitação de Elaboração de Relatoria	1	Membro do CEP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	
PO	24/08/2015 11:57:19	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	
PO	24/08/2015 11:55:54	Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	
PO	21/08/2015 17:39:04	Aceitação do PP	1	Secretária	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	
PO	17/08/2015 08:33:54	Submetido para avaliação do CEP		Pesquisador Principal	PESQUISADOR RESPONSÁVEL		
PO	14/08/2015 18:31:58	Rejeição do PP			Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	Nas informações básicas do projeto item "Riscos" Ver mais >>
PO	12/08/2015 14:03:26	Submetido para avaliação do CEP		Pesquisador Principal	PESQUISADOR RESPONSÁVEL	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	

(*) Tipo

P = Projeto de Centro Coordenador Pp = Projeto de Centro Participante Pc = Projeto de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

[Voltar](#)
[Enviar Notificação](#)
[Submeter Emenda](#)
[Gerar Interface Rebec](#)

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior), ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).

ANEXO C. Protocolo SIC nº 692331710057.

De: <noreplysic@sp.gov.br>
Data: 2 de fevereiro de 2017 16:50
Assunto: SICSP - Solicitação de Informação
Para: adrianelopesmedeiros@gmail.com

Prezado(a) Sr(a) Adriane Lopes Medeiros,
A sua solicitação de acesso a documentos, dados e informações, de protocolo 78563171317, data 25/01/2017, FOI ATENDIDA.
Órgão/Entidade: Secretaria Estadual de Saúde
SIC: Secretaria Estadual da Saúde

Solicitação:

Boa noite, gostaria de saber quais são as Comissões do Conselho Estadual, bem como os principais temas tratados em cada uma delas.

Resposta:

Prezada Senhora Adriane Lopes Medeiros
Acusamos o recebimento de sua correspondência eletrônica, que versa sobre pedido de informações nos termos da Lei de Acesso à Informação (Lei Federal 12.527/2011), regulamentada pelo Decreto Estadual 58.052, de 16/05/2012.
A solicitação em pauta foi submetida a apreciação dos órgãos técnicos competentes desta Secretaria, que se manifestaram informando que em atenção a solicitação, segue informação GS/CES nº 002/2017 (anexo).

Atenciosamente,

Conselho Estadual de Saúde de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde – SEDE
E-mail: ces@saude.sp.gov.br

Esperamos ter prestado todos os esclarecimentos acerca de matéria em apreço.

Atenciosamente,

Marcelo Nascimento de Araújo
Assessor Técnico de Gabinete
Responsável pelo Serviço de Informações ao Cidadão
Secretaria de Estado de Saúde
Tel: (11) 3066-8124
E-mail: sic@saude.sp.gov.br

O arquivo anexo complementa a sua resposta: [SIC PROTOCOLO - 78563171317.pdf](#)

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

SIC Protocolo- 7856317317

Interessado: Adriane Lopes Medeiros

Assunto: Solicitação de acesso à informação sobre as Comissões do Conselho Estadual de Saúde

INFORMAÇÃO GS/CES nº 002/2017

Trata o presente de solicitação do Serviço de Informações ao Cidadão por parte da interessada Adriane Lopes Medeiros, sobre quais são as Comissões de Conselho Estadual de Saúde, bem como os principais temas tratados em cada uma delas.

Em resposta informamos que as Comissões são organismos de assessoria ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde- CES, que buscam aprofundar o conhecimento sobre determinada matéria, além de resgatar e reiterar o assunto dentro dos princípios do SUS e do controle social.

O Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde na Seção II, nos artigos 57 a 59 tratam das comissões, a seguir:

Art.57 As Comissões têm o seguinte funcionamento:

I – cada Comissão elaborará o seu calendário de reuniões ordinárias de acordo com as suas demandas, devendo ocorrer, no mínimo uma trimestral.

II – cada Comissão deverá elaborar memória da sua reunião para ser encaminhada à Mesa Diretora e todos os(as) conselheiros(as), por meio eletrônico, imediatamente após o término da reunião, a fim de garantir a socialização das informações e o acompanhamento das ações;

III – o(a) Coordenador(a) e o(a) Coordenador(a) Adjunto(a) terão um mandato de um ano, podendo ser reconduzidos, a critério do Pleno, por apenas mais um ano, ficando assim impossibilitado de assumir a coordenação desta mesma comissão.

IV – os membros das Comissões poderão ser substituídos caso deixem de justificar sua ausência em 2/3 (dois terços) das reuniões no período do ano civil;

V – todas as Comissões deverão definir seus objetivos, sua composição e seu plano de trabalho, além de formularem método de auto-avaliação;

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

VI – os relatórios da avaliação das atividades serão enviados semestralmente ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES e divulgados;

VII – o(a) representante indicado(a) através de deliberação do Pleno do Conselho Estadual de Saúde - CES terá um(a) suplente, também indicado(a) pelo Pleno, para participar de congressos, eventos, reuniões, ou outras formas de representação, e ambos deverão encaminhar à Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde - CES, relatório do referido evento no prazo de 30 dias, para divulgação.

Art.58 Para estimular a participação de todos os segmentos de forma representativa, as reuniões das Comissões e Grupos de Trabalho deverão concentrar-se em duas datas por mês, no máximo, com calendário fixo e aprovado pelo Pleno, utilizando espaços, condições de estrutura, apoio, tecnologia e financiamento que garantam a efetividade dos encontros.

Art.59 A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo deve disponibilizar mecanismos e instrumentos de Tecnologia de Informação que viabilizem reuniões interativas à distância.

As comissões do CESSP são:

- I – Comissão de Orçamento e Finanças;
- II – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador;
- III- Comissão de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;
- IV- Comissão de Integração entre Conselhos de Saúde;
- V- Comissão de Saúde e Reabilitação da Pessoa com Deficiência;
- VI- Comissão de Políticas de Saúde;
- VII- Comissão de Informação, Educação e Comunicação;
- VIII- Comissão de RH, Estrutura e Funcionamento dos Serviços de Saúde do Estado de São Paulo;
- IX- Comissão de DST/HIV- AIDS e Hepatites Virais e
- X- Comissão de Ética.

As pautas são compostas por seus coordenadores segundo planejamento em cumprimento a legislação vigente e pautas com relacionadas às políticas de saúde. As reuniões são abertas a convidados e realizadas conforme calendário anexo.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Ressaltamos que o Conselho Estadual de Saúde cumpre a lei de acesso à informação publicando calendário das atividades, pautas e ata das reuniões ordinárias do pleno, relatórios, e todas as atividades na sua página <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/>

São Paulo, em 01 de fevereiro de 2017.

Solange Ap. de Camargo Gomes
Diretor Técnico I

ANEXO D. Protocolo SIC nº 692331710057.

De: <noreplysic@sp.gov.br>

Data: 21 de julho de 2017 16:53

Assunto: SICSP - Solicitação de Informação

Para: adrianelopesmedeiros@gmail.com

Prezado(a) Sr(a) Adriane Lopes Medeiros,

A sua solicitação de acesso a documentos, dados e informações, de protocolo 692331710057, data 26/06/2017, FOI ATENDIDA.

Órgão/Entidade: Secretaria Estadual de Saúde

SIC: Secretaria Estadual da Saúde

Solicitação:

Qual a lista de medicamentos fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Relação Estadual de Medicamentos)?

Resposta:

Conforme contato telefônico feito hoje, no dia 21/07/2017, para a cidadã Adriane Lopes Medeiros, a mesma informa que virá retirar sua resposta pessoalmente, no dia 24/07/2017.

Joelmara Suzan Mendes

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Serviço de Informações ao Cidadão – SIC

ichagas@saude.sp.gov.br | (11) 3066-8124

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – térreo.

ANEXO E. Comprovante de submissão do artigo à Revista “Ciência e Saúde Coletiva”.

Adriane Lopes Medeiros <almedeiros@usp.br>

Submissão de Artigo - ALM, NSRL, OYT

Adriane Lopes Medeiros <almedeiros@usp.br>

3 de dezembro de 2017 23:38

Para: redesgover@gmail.com

Cc: almedeiros <almedeiros@usp.br>, oytanaka <oytanaka@usp.br>, nicolina <nicolina@usp.br>

Prezadas Editoras, Ciência & Saúde Coletiva

Número temático - Redes Sociais e Governança em Saúde

Submetemos à sua apreciação o trabalho ““Pharmaceutical services as shared responsibility in SUS: a logical framework proposal”.

Esta pesquisa é um produto do trabalho científico considerado de relevância para a Governança em Saúde, uma vez que aborda a assistência farmacêutica sob a ótica de política pública de responsabilidade compartilhada pela União, Estados e Municípios, de forma inédita na literatura.

Ainda, está alinhada às prioridades de pesquisa no Brasil, conforme Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2011), tendo sido financiada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia/SCTIE do Ministério da Saúde, por intermédio do CNPq, com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O trabalho integra a tese de doutorado de autora Adriane Lopes Medeiros, intitulada “Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: Responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com defesa prevista para 2018. Os demais autores são o orientador e coorientador da pesquisa. Portanto, se trata de colaboração discente-docente.

Destaca-se que o trabalho está sendo submetido exclusivamente à esta revista e que os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho.

Ficamos à disposição,

Adriane Lopes Medeiros, Nicolina Silvana Romano-Lieber e Oswaldo Yoshimi Tanaka

8 anexos

Abstract e Resumo.docx
15K

Carta de apresentação.ppt
123K

Corpo do texto.docx
37K

Figure 1. LF.docx
25K

Table 1. LF elements - what and how.docx
14K

Table 2. Legislation distribution.docx
13K

Table 3. Legislation sectors distribution.docx
14K

Table 4. LF validation.docx
18K

ANEXO F. Comprovante de publicação do livro eletrônico referente ao Capítulo 2 da Tese.

www.isbn.bn.br/website/sistema/editor/portifolio

International Standard Book Number
ISBN
 Agência Brasileira

Agência Brasileira do ISBN

MINISTÉRIO DA CULTURA
 Fundação BIBLIOTECA NACIONAL

FUNDAÇÃO
 MIGUEL DE CERVANTES

Histórico Editorial Minha Solicitação Solicitações Encerradas Extrato de Conta Corrente

Histórico Editorial e Novas Solicitações

Solicitar Novo Prefixo

— Adriane Lopes Medeiros -- Opções --

— Prefixo: 923656 - (Faixa Editorial 6)

1 ISBN's encontrados
 Exibindo **todos** os registros

ISBN	Título	Suporte	Solicitar
978-85-923656-0-8	Assistência farmacêutica no Estado de São Paulo: responsabilidade dos três entes federativos do SUS	E-book	Código de Barras

Login do Editor

CPF: 356.489.398-92

☐ Usuários

☐ Trocar Senha

☐ Sair

Minha Solicitação

Total de Itens: **0**

Total: **0,00**

[Ver Minha Solicitação](#)

Menu

- ☐ Tela Inicial
- ☐ Histórico Editorial
- ☐ Serviços Diversos
- ☐ Produção Assunto
- ☐ Produção Suporte
- ☐ Reserva de Crédito
- ☐ Solicitações Encerradas
- ☐ Extrato de Conta Corrente

ANEXO G. Informações do aluno

Janus - Sistema Administrativo da Pós-Graduação

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

6135 - 7491742/1 - Adriane Lopes Medeiros

E-mail:	almedeiros@usp.br
Data de Nascimento:	15/03/1988
Cédula de Identidade:	RG - 44.028.129-5 - SP
Local de Nascimento:	Estado de São Paulo
Nacionalidade:	Brasileira
Graduação:	Farmacêutico - Universidade de Mogi das Cruzes - São Paulo - Brasil - 2010

Curso:	Doutorado Direto
Programa:	Saúde Pública
Área:	Serviços de Saúde Pública
Data de Matrícula:	04/02/2013
Início da Contagem de Prazo:	04/02/2013
Data Limite para o Depósito:	04/12/2017
Orientador:	Prof(a). Dr(a). Nicolina Silvana Romano Lieber - 04/02/2013 até o presente. E-mail: nicolina@usp.br
Co-orientador:	Prof(a). Dr(a). Oswaldo Yoshimi Tanaka - 05/06/2014 até o presente. Email: oytanaka@usp.br
Proficiência em Línguas:	Inglês, Aprovado em 14/01/2013
Data de Aprovação no Exame de Qualificação:	Aprovado em 13/05/2014
Data do Depósito do Trabalho:	04/12/2017
Título do Trabalho:	"Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: responsabilidade compartilhada por União, Estados e Municípios"
Data Máxima para Aprovação da Banca:	18/01/2018
Data de Aprovação da Banca:	14/12/2017
Data Máxima para Defesa:	29/03/2018
Data da Defesa:	
Resultado da Defesa:	
Histórico de Ocorrências:	Primeira Matrícula em 04/02/2013

Aluno matriculado no Regimento da Pós-Graduação USP (Resolução nº 6542 em vigor a partir de 20/04/2013).

Última ocorrência: Matrícula de Acompanhamento em 17/07/2017

Impresso em: 27/01/2018 16:02:25

Janus - Sistema Administrativo da Pós-Graduação

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

6135 - 7491742/1 - Adriane Lopes Medeiros

Sigla	Nome da Disciplina	Início	Término	Carga Horária	Cred.	Freq.	Conc.	Exc.	Situação
FSP5701-6/3	Saúde Pública: Campo de Conhecimento e Aplicações	04/03/2013	17/06/2013	75	5	100	B	N	Concluída
HSP5781-3/3	Avaliação de Serviços e Sistemas Locais de Saúde	19/03/2013	27/05/2013	60	4	90	A	N	Concluída
HSP5793-3/4	Política e Gestão em Saúde	10/04/2013	18/06/2013	60	4	90	A	N	Concluída
Atividade do Programa	Participou do XVII Congresso Paulista de Farmacêuticos, com apresentação do trabalho "The Insertion of Pharmaceutical Assistance in the Planning System of the Brazilian National Health System - Sus/Brazil (Planejasus)", publicado no Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, p.104, v.49-suplemento 02, São Paulo-Brasil, 2013 (1)	05/08/2013	08/08/2013	-	3	-	-	-	-
HEP5796-1/8	Princípios da Epidemiologia	05/08/2013	14/10/2013	90	6	86	A	N	Concluída
HSP5787-4/1	Desafios do SUS: Aprendendo com as Inovações Internacionais dos Sistemas de Saúde	21/08/2013	29/10/2013	60	4	95	A	N	Concluída
EAP5002-1/2	Administração Estratégica (Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - Universidade de São Paulo)	04/08/2014	28/11/2014	120	8	93	A	N	Concluída
HSP5813-1/1	Política e Gestão em Saúde	11/08/2014	23/11/2014	90	6	100	A	N	Concluída

HEP5771-3/3	Saúde Pública e Envelhecimento	03/09/2014	19/11/2014	60	4	100	A	N	Concluída
FSP5703-1/4	Aspectos Pedagógicos do Ensino Superior em Saúde	19/09/2014	20/11/2014	45	3	75	A	N	Concluída
Atividade do Programa	Participou da etapa de estágio supervisionado em docência do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino junto à disciplina HSP0146 - Farmacoepidemiologia, ministrada aos alunos de graduação em Farmácia-Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo. (2)	02/02/2015	30/06/2015	-	2	-	-	-	-
Atividade do Programa	Participou do III Fórum Brasileiro sobre Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, com a apresentação do trabalho "Produção científica relacionada à avaliação de políticas e serviços de Assistência Farmacêutica no Brasil", publicado no "Jornal Brasileiro de Economia da Saúde", páginas 46 e 47, volume 7, suplemento 2, Salvador, BA, 2015. (3)	20/09/2015	23/09/2015	-	1	-	-	-	-
PSP5703-1/1	Metodologia e Divulgação do Artigo Científico	02/03/2016	15/06/2016	60	4	93	A	N	Concluída

	Créditos mínimos exigidos		Créditos obtidos
	Para exame de qualificação	Para depósito de tese	
Disciplinas:	4	40	54
Estágios:			
Total:	4	40	54

Créditos Atribuídos à Tese: 152

Observações:

- 1) Créditos atribuídos de acordo com o disposto no Artigo 65 do Regimento de Pós-Graduação e aprovados pela Comissão Coordenadora de Programa, em Sessão de 13/11/2013.
- 2) Créditos atribuídos de acordo com o disposto na Portaria GR-3588 e GR-4391 - PAE, de 31.08.09 e aprovados pela Comissão Coordenadora de Programa, em Sessão de 24/11/2015.
- 3) Créditos atribuídos de acordo com o Artigo 64 do Regimento de Pós-Graduação e aprovados pela Comissão Coordenadora de Programa, em Sessão de 24/11/2015.

Conceito a partir de 02/01/1997:
A - Excelente, com direito a crédito; B - Bom, com direito a crédito; C - Regular, com direito a crédito; R - Reprovado; T - Transferência.
Um(1) crédito equivale a 15 horas de atividade programada.

ANEXO H. Currículo Lattes do aluno.

Adriane Lopes Medeiros

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9407472901816554>
- Última atualização do currículo em 07/01/2018

Graduação em Farmácia pela Universidade de Mogi das Cruzes (2006-2009). Pós Graduação lato sensu em Farmácia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2010-2011). Doutoranda em Saúde Pública (2013-2017) e Membro do Grupo de Estudos em Farmacoepidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atua como Assessora Técnica III na Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2011-Atual) e como docente em cursos de pós graduação lato sensu em Farmácia Clínica e Hospitalar (2016/2017). Tem experiência na área de Serviços e Gestão em Saúde, com ênfase em Farmácia Hospitalar e Saúde Pública. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Adriane Lopes Medeiros

Nome em citações bibliográficas MEDEIROS, A. L.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2013

Doutorado em andamento em Saúde Pública.

Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, FSP/USP, Brasil.

Título: Assistência Farmacêutica no SUS: Responsabilidade compartilhada por União, Estados e Municípios,

Orientador: Nicolina Silvana Romano Lieber.

Coorientador: Oswaldo Yoshimi Tanaka.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde; Governo Estadual; Gestão em Saúde.

Grande área: Ciências da Saúde

2010 - 2011

Especialização em Farmácia Hospitalar, Introdução à Farmácia Clínica. (Carga Horária: 1670h).

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HCFMUSP, Brasil.

Título: Diagnóstico e Proposta de Formulações para Administração de Medicamentos por Sonda de Nutrição Enteral.

Orientador: Maria de Fátima Brito Silva.

Bolsista do(a): Fundação do Desenvolvimento Administrativo, FUNDAP, Brasil.

2010 - 2010

Aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos. (Carga Horária: 220h).

Universidade Santa Cecília, UNISANTA, Brasil.

Título: -. Ano de finalização: 2010.

Orientador: -.

2006 - 2009

Graduação em Farmácia.

Universidade de Mogi das Cruzes, UMC, Brasil.

Título: Avaliação da Gastrorresistência de Cápsulas Gelatinosas Duras Contendo 50 mg de diclofenaco de sódio revestidas com hidroxipropilmetilcelulose e acetato de celulose.

Orientador: Luiz Carlos da Silva.

Formação Complementar

2012 - 2012

Ciclo de Palestras por Segmento CRF-SP 2012. (Carga horária: 20h).

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, CRF-SP, Brasil.

2012 - 2012

Gestão de Gastos Públicos. (Carga horária: 21h).

Escola Fazendária do Estado de São Paulo, FAZESP, Brasil.

ANEXO I. Currículo Lattes do orientador.

Nicolina Silvana Romano Lieber

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6220859203886485>
- Última atualização do currículo em 24/01/2018

Farmacêutica-Bioquímica pela Universidade de São Paulo (1981). Apresenta Especialização (1986), Mestrado (1990) e Doutorado (1996) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Livre-docente em Vigilância Sanitária pela Universidade de São Paulo (2009). É docente da Universidade de São Paulo desde 1986, atuando na Faculdade de Saúde Pública desde 1998. Atua na linha de pesquisa "Política, gestão e saúde" com ênfase em política de medicamentos e política de assistência farmacêutica, vigilância sanitária de medicamentos, estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância. Foi membro titular do Comitê Executivo da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Resolução SS 107 - 091112) até 2014. Representante da Faculdade de Saúde Pública - USP no Comitê de Implantação do Programa Estadual de Segurança do Paciente - SP (Resolução SS 12 - 130114). Membro do Grupo Executivo do Laboratório Interdisciplinar de Proteção à Saúde e Vigilâncias. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Nicolina Silvana Romano Lieber
Nome em citações bibliográficas ROMANO-LIEBER NS;ROMANO NS;LIEBER, NSR;LIEBER, NICOLINA SILVANA ROMANO;ROMANO-LIEBER, NICOLINA SILVANA

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
 Av. Dr. Arnaldo, 715
 Cerqueira César
 01246904 - São Paulo, SP - Brasil
 Telefone: (11) 30617768
 Fax: (11) 30617835
 URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/titulação

1991 - 1996

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: Fatores de risco para arboviroses em famílias de área de reserva ecológica no Vale do Ribeira, SP, Ano de obtenção: 1996.
 Orientador: Lygia Busch Iversson.
 Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

1987 - 1990

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: O uso do teste imunoenzimático na vigilância epidemiológica de arboviroses, Ano de Obtenção: 1990.
 Orientador: Lygia Busch Iversson.
 Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

1986 - 1986

Especialização em Especialização Em Saúde Pública. (Carga Horária: 1172h).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1978 - 1981

Graduação em Farmácia - Bioquímica.
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Livre-docência

2009

Livre-docência.
 Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, FSP - USP, Brasil.
 Título: Eventos adversos a medicamentos em crianças demandando atendimento em emergência hospitalar, Ano de obtenção: 2009.

ANEXO J. Currículo Lattes do co-orientador.

Oswaldo Yoshimi Tanaka

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7688948402243193>
- Última atualização do currículo em 22/01/2018

Possui graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1971), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1983), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988, Livre docência em 1994 e Professor Titular do Depto de Prática de saúde pública da FSP USP desde 2003. Atualmente é Coordenador do GT de Avaliação da Abrasco. Tem projetos de pesquisa no campo da avaliação de política e gestão em saúde, com especial interesse na integralidade da atenção em saúde em municípios de grande porte. Tem experiência em Saúde Pública/Saúde Coletiva com pesquisa, docência e consultoria em avaliação de políticas públicas, serviços e sistemas de saúde. Tem com metodologias em monitoramento e avaliação com abordagem quanti-quali para a avaliação de serviços e sistemas de saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Oswaldo Yoshimi Tanaka

Nome em citações bibliográficas TANAKA, Oswaldo Yoshimi; Tanaka, Oswaldo Yoshimi; TANAKA, OSWALDO Y.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

1983 - 1988

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Análise da Utilização dos Serviços do Posto de Assistência Médica e do pronto Atendimento do Jardim São Jorge no município de São Paulo, por meio do Estudo da Clientela Usuária, Ano de obtenção: 1988.

Orientador: Cónelio Pedroso Rosenburg.

Palavras-chave: Qualidade do Serviço de Saúde.

Grande área: Ciências da Saúde

1978 - 1983

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO, Ano de Obtenção: 1983.

Orientador: CORNELIO PEDROSO ROSENBERG.

Grande área: Ciências da Saúde

2006

Mestrado profissional em andamento em Epidemiologia.

Faculdade de Saúde Pública USP, FSP/USP, Brasil.

Título: EPIDEMIOLOGIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE, Ano de Obtenção: .

Orientador: John Colley.

Palavras-chave: Epidemiologia.

Grande área: Ciências da Saúde

1980 - 1981

Mestrado profissional em Homeopatia.

Associação Paulista de Homeopatia, APH, Brasil.

Título: , Ano de Obtenção: 1981.

Orientador: .

1974 - 1975

Especialização - Residência médica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, FMUC, Chile. Residência médica em: Pediatria Clínica e Social

Número do registro: .

1972 - 1973

Especialização - Residência médica.

Faculdade de Medicina da USP, FMUSP, Brasil. Residência médica em: Pediatria

Número do registro: .

1977 - 1977

Especialização em Saúde Pública.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1966 - 1971

Graduação em Medicina.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.