

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA
NO SUS:
20 ANOS DE
POLÍTICAS E
PROPOSTAS PARA
DESENVOLVIMENTO E
QUALIFICAÇÃO**

RELATÓRIO COM ANÁLISE E
RECOMENDAÇÕES DE GESTORES,
ESPECIALISTAS E REPRESENTANTES
DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA

Brasília – DF
2018



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia
e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência
Farmacêutica e Insumos Estratégicos

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: 20 ANOS DE POLÍTICAS E PROPOSTAS PARA DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO

**RELATÓRIO COM ANÁLISE E
RECOMENDAÇÕES DE GESTORES,
ESPECIALISTAS E REPRESENTANTES
DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA**



Brasília – DF
2018

2018 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Esplanada dos Ministérios, bloco G, sobreloja
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: <http://portalmis.saude.gov.br/assistencia-farmacutica>
E-mail: daf@saude.gov.br

Supervisão geral:

Marco Antônio de Araújo Fireman
Ricardo José Magalhães Barros

Coordenação-geral:

Antonio Raimundo Leal Barbosa
Cleonice Lisbete Silva Gama
Emmanuel de Oliveira Carneiro
Heber Dobis Bernarde
Lorena Brito Evangelista
Renato Alves Teixeira Lima

Organização:

Diana Grazielle dos Santos
Rafael Santos Santana
Tiago Marques dos Reis

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Luciana Cerqueira Brito
Revisão: Khamila Silva e Tamires Alcântara
Capa, projeto gráfico e diagramação: Renato Carvalho

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação : relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 125 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmis.saude.gov.br/publicacoes/assistencia_farmacutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf>
ISBN 978-85-334-2599-6

1. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 2. Política Nacional de Medicamentos. 3. Farmácia popular. 4. Relatório técnico. I. Título.

CDU 615.03(047)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0074

Título para indexação:

Pharmaceutical Services in SUS: 20 years of policies and proposals for development and qualification: report with analysis and recommendations from managers, experts and representatives of organized civil society

LISTA DE SIGLAS

- Ceaf** – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Cesaf** – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
- CIT** – Comissão Intergestores Tripartite
- CNMAF** – 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- Conasems** – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- Conass** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- Conitec** – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
- DAF** – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
- DGITS** – Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologia
- DECIIS** – Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde
- FTN** – Formulário Terapêutico Nacional
- LFO** – Laboratórios Farmacêuticos Oficiais
- MS** – Ministério da Saúde
- PCDT** – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
- PDP** – Parceria para o Desenvolvimento Produtivo
- PES** – Planejamento Estratégico Situacional
- Pnab** – Política Nacional de Atenção Básica
- 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
- PNPIC** – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
- PNM** – Política Nacional de Medicamentos
- PNS** – Política Nacional de Saúde
- Qualifar-SUS** – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde
- RAS** – Redes de Atenção à Saúde
- Rename** – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
- SCTIE** – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
- SUS** – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Marcos no fortalecimento das políticas farmacêuticas ao longo dos anos	12
Figura 2 – Percurso histórico da Rename	14
Figura 3 – Série histórica das dotações orçamentárias das ações 20AE, 20AH e 20K5	15
Figura 4 – Vias de fornecimento de medicamentos para Doenças da Pobreza, entre 2005 a 2014, por número de aquisições ...	20
Figura 5 – Espaços de Discussão da Assistência Farmacêutica do SUS	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição de temas por grupo de discussão (I Oficina).....	34
Quadro 2 – Distribuição de temas por grupo de discussão (II Oficina)	37
Quadro 3 – Principais problemas identificados sobre o tema “Gestão e Financiamento”	41
Quadro 4 – Principais problemas identificados sobre o tema “Programação e Aquisição”	43
Quadro 5 – Principais problemas identificados sobre o tema “Incorporação e Acesso”	44
Quadro 6 – Principais problemas identificados sobre o tema “Estrutura”	46
Quadro 7 – Principais problemas identificados sobre o tema “Informação e Monitoramento”	48
Quadro 8 – Principais problemas identificados sobre o tema “Educação e Recursos Humanos”	50
Quadro 9 – Principais problemas identificados sobre o tema “Dispensação e Cuidado”	53
Quadro 10 – Principais problemas identificados sobre o tema “Burocratização dos serviços de Assistência Farmacêutica”	54

SUMÁRIO

■ CONTEXTUALIZAÇÃO.....	7
■ AVANÇOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	11
■ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename: patrimônio da Assistência Farmacêutica do SUS	12
■ A universalização do acesso a medicamentos no SUS: o Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Cbaf	15
■ Busca pela integralidade: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Ceaf.....	17
■ O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – Cesaf e a equidade no SUS.....	19
■ Programa Farmácia Popular do Brasil: estratégia de ampliação do acesso	20
■ Fitoterapia no SUS: conhecimento científico e tradicional a serviço da saúde.....	22
■ Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS – Qualifar-SUS	24
■ ESTRATÉGIA DE TRABALHO	31
■ I Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica	32
■ II Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica.....	35
■ OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS.....	39
■ Gestão e Financiamento.....	39
■ Programação e Aquisição.....	42
■ Incorporação e Acesso.....	43
■ Estrutura.....	45
■ Informação e Monitoramento	47
■ Educação e Recursos Humanos	49
■ Dispensação e Cuidado	51
■ Burocratização dos serviços de Assistência Farmacêutica	53
■ AS PROPOSTAS PARA DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO	56
■ Síntese de Propostas nº 1.....	57
■ Síntese de Propostas nº 2.....	58
■ Síntese de Propostas nº 3.....	58
■ Síntese de Propostas nº 4.....	59
■ Síntese de Propostas nº 5.....	59
■ Síntese de Propostas nº 6.....	60
■ Síntese de Propostas nº 7.....	60

▪ Síntese de Propostas nº 8.....	61
▪ Síntese de Propostas nº 9.....	61
▪ Síntese de Propostas nº 10.....	62
▪ Síntese de Propostas nº 11.....	63
▪ Síntese de Propostas nº 12.....	64
▪ Síntese de Propostas nº 13.....	64
▪ Síntese de Propostas nº 14.....	64
▪ Síntese de Propostas nº 15.....	65
■ CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
■ REFERÊNCIAS	69
■ ANEXOS	77
▪ Anexo A – Programação – I Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica.....	78
▪ Anexo B – Programação – VI Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica e II Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica	81
▪ Anexo C – Lista de problemas identificados durante processo de discussão e análise da Assistência Farmacêutica	84
▪ Anexo D – Gestão e Financiamento.....	88

CONTEXTUALIZAÇÃO

O direito à saúde corresponde a um dos direitos sociais garantidos constitucionalmente. Destaca-se que o Brasil é o único país com mais de 200 milhões de habitantes em que há previsão de um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito a toda população, o que representa um imenso desafio. Assim, a Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), visa à garantia do acesso a medicamentos e insumos para toda população, assim como aos serviços farmacêuticos, baseado nos princípios constitucionais e nas suas doutrinas, destacando entre eles: a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização e a hierarquização.

Garantir acesso a todos, seguindo esses princípios, em um país continental, sem dúvida não é uma tarefa fácil. Por isso, após a institucionalização do SUS como política pública para a saúde no Brasil, realizou-se a inclusão formal da Assistência Farmacêutica como estratégia do SUS por meio da **Política Nacional de Medicamentos (PNM)**, publicada na Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. (BRASIL, 1998)

A PNM, como parte integrante e essencial da Política Nacional de Saúde, representou um marco para a Assistência Farmacêutica por se caracterizar como um importante instrumento balizador da política de medicamentos no Brasil. Apesar dos avanços alcançados após a instituição da PNM, foi necessário avançar ainda mais com a política de medicamentos do País, de modo a garantir a efetivação das ações estratégicas da Assistência Farmacêutica na busca por uma maior ampliação do acesso a medicamentos, bem como uma melhor articulação e integração dessas ações dentro do sistema de saúde. (BRASIL, 1998; 2004)

Somando-se a esse contexto a necessidade de uma construção mais ampla e participativa da Assistência Farmacêutica enquanto política pública, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), em 2003, que teve como tema “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”. (BRASIL, 2004; 2005)

Este processo democrático de construção envolveu não somente os gestores federais, mas todos os atores envolvidos com as políticas de saúde, como usuários, prestadores e profissionais do SUS, em um processo de construção ascendente partindo de municípios e estados. Como resultado das deliberações desse processo de participação social, foi criada a **Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf)**, aprovada pela Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que efetivou a Assistência Farmacêutica como política de saúde. (BRASIL, 2004; 2005). A Pnaf demarcou a Assistência Farmacêutica como uma política norteadora para a formulação de políticas setoriais e a definiu como “um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional”. (BRASIL, 1998; 2005)

Nessa perspectiva, entre os eixos estratégicos priorizados pela Pnaf, destaca-se o artigo 2º, incisos I, II, III, IV e XIII, descritos conforme a seguir: (BRASIL, 2004; 2005)

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 necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;

III – qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;

IV – descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados;

XIII – promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinam a prescrição, a dispensação e o consumo.

No que tange a organização do SUS, a sua fragmentação e os consequentes resultados negativos que interferem na gestão eficiente desse sistema amplo e complexo também são uma preocupação do ponto de vista da Assistência Farmacêutica. Por isso, busca-se uma organização que supere a desarticulação entre seus componentes e que propicie uma interação mais harmônica nos diferentes elementos organizativos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Dessa forma, deverá ser possível garantir a manutenção e a qualificação dos serviços oferecidos à população, assim como a promoção do uso racional de medicamentos (URM).

Adicionalmente, destaca-se que a eficiente estruturação e a gestão da Assistência Farmacêutica se configuram como um desafio para gestores e demais profissionais que atuam no SUS, uma vez que as ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas aos processos logísticos da disponibilização de medicamentos. Essas ações exigem também a promoção do cuidado ao paciente, a definição de responsabilidades e o estabelecimento de planos para cada esfera de governo, de acordo com as competências estabelecidas. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011)

Considerando a mudança do modelo de financiamento das ações e dos serviços de saúde no País, definido pela Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, é necessário repensar a atual organização das ações da Assistência Farmacêutica no contexto do redirecionamento definido pelas normativas vigentes. Nesse sentido, tendo a Assistência Farmacêutica como uma política articulada às diretrizes gerais da saúde, destaca-se a importância de resignificá-la com o intuito de superar os desafios e avançar progressivamente no acesso a medicamentos e no cuidado ao paciente, para o alcance de resultados satisfatórios em saúde.

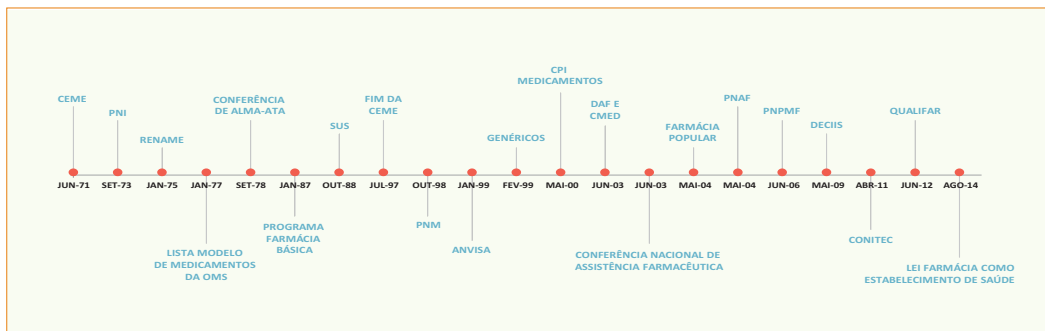
Diante disso, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, (DAF/SCTIE/MS) buscou promover um amplo debate envolvendo diferentes atores do cenário da Assistência Farmacêutica do País após quase duas décadas da publicação da PNM e 14 anos da Pnaf. O objetivo desse debate foi avaliar, de forma democrática e participativa, a atual organização da Assistência Farmacêutica no Brasil e propor alternativas no sentido de promover a melhoria da gestão, dos processos logísticos e assistenciais, assim como a ampliação e a sustentabilidade de um modelo mais eficiente de financiamento, com consequentes resultados positivos para a qualidade de vida das pessoas e para o aprimoramento do SUS.

AVANÇOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

As ações do estado brasileiro para promover acesso e qualificação da área de medicamentos no País remontam a um período pré-SUS, com a criação da Central de Medicamentos (Ceme) em 1971. Este órgão foi planejado com o intuito de promover o acesso a medicamentos para populações mais pobres e fomentar a internalização da produção pública de medicamentos no País. (BRASIL, 2002)

Na figura a seguir, é possível verificar alguns destaques de ações que construíram e fortaleceram as políticas de pesquisa, produção, financiamento, acesso e regulação de medicamentos no País. Essas ações possuem efeitos tanto para setor público quanto para o setor privado e demonstram avanços importantes, mesmo em um cenário no qual tantas demandas por qualificação ainda são vislumbradas.

FIGURA 1 – MARCOS NO FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS FARMACÊUTICAS AO LONGO DOS ANOS



Fonte: Autoria própria.

Como é possível perceber, o maior número de ações coincide com o período de redemocratização do País e o surgimento do SUS. Na sequência, são apresentadas algumas ações que fortaleceram diretamente a Assistência Farmacêutica no SUS nos últimos 20 anos, especialmente após a publicação da PNM e da Pnaf.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename: patrimônio da Assistência Farmacêutica do SUS

O acesso a medicamentos essenciais compõe um dos oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio, sendo um dos pilares da formulação e da implementação de políticas nacionais de saúde. (NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2015) Em âmbito mundial, pretende-se “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”, conforme estabelecido nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). (NAÇÕES UNIDAS, 2015) Pelo seu caráter dual que transita entre o comércio e bem de saúde, (BERMUDEZ, 2017) a questão do medicamento é aspecto-chave nos sistemas de saúde.

A PNM retrata que a Rename é um imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e ao controle da maioria dos problemas de saúde prevalentes no País, (BRASIL, 1998) promove o uso racional e orienta o financiamento de medicamentos na Assistência Farmacêutica. (BRASIL, 2017)

A seleção de medicamentos deve ser pautada nas análises de eficácia, de segurança, de custo, de qualidade e de comodidade para o usuário. (WANNMACHER, 2006) Diante disso, a permanente revisão da Rename, sustentada nos princípios basilares do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade, é o eixo estruturante e organizador da PNM e encontra tanto desafios quanto oportunidades para o seu aprimoramento. (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2017)

A partir da publicação de novos atos normativos, como o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que instituiu a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); bem como a recente **Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 25, de 31 de agosto de 2017**, que define as diretrizes de atualização da Rename de forma a identificar os medicamentos oferecidos em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS, a Rename adquire progressivamente um caráter norteador na seleção e na programação de medicamentos, na prescrição médica, além de subsidiar decisões de judicialização. Por conseguinte, todos os esforços de desenvolvimento, regulação, produção, provisão e utilização de medicamentos no SUS devem se nortear pela Rename. (NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2015; BRASIL, 2017)

Em análise que comparou as edições da Rename publicadas entre 2000 e 2014, observa-se o aumento crescente do número de medicamentos nas edições publicadas após 2012 e, apesar dos esforços envidados para a atualização da lista, nota-se que a judicialização e a pressão pela incorporação tecnológica de produtos inovadores têm aumentado nos últimos anos. (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2017)

FIGURA 2 – PERCURSO HISTÓRICO DA RENAME



Fonte: Autoria própria.

Ao longo dos anos, pôde-se verificar que essa importante ferramenta de consolidação do direito à saúde tem se modificado com o intuito de atender às demandas e ao próprio processo de amadurecimento do SUS como política pública.

Foi possível verificar uma (i) *Rename em fase de estruturação* como política, com tentativas de difusão e organização de métodos de elaboração, em uma fase pré-SUS, dentro do contexto da Ceme. Na sequência, uma (ii) *Rename em fase de consolidação*, no contexto da PNM e da Pnaf, com estruturação de métodos de elaboração sob a condução da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename (Comare). E, por último, entrando numa fase de (iii) *Rename como definidora do acesso*, pautada pelos novos marcos legais, que a colocam como definidora do financiamento da Assistência Farmacêutica no País, além dos processos de elaboração agora conduzidos pela Conitec.

Assim, como perspectiva, propõe-se aperfeiçoar a proposta metodológica das futuras atualizações da lista, buscando transparência, eficiência e economicidade para o sistema de saúde.

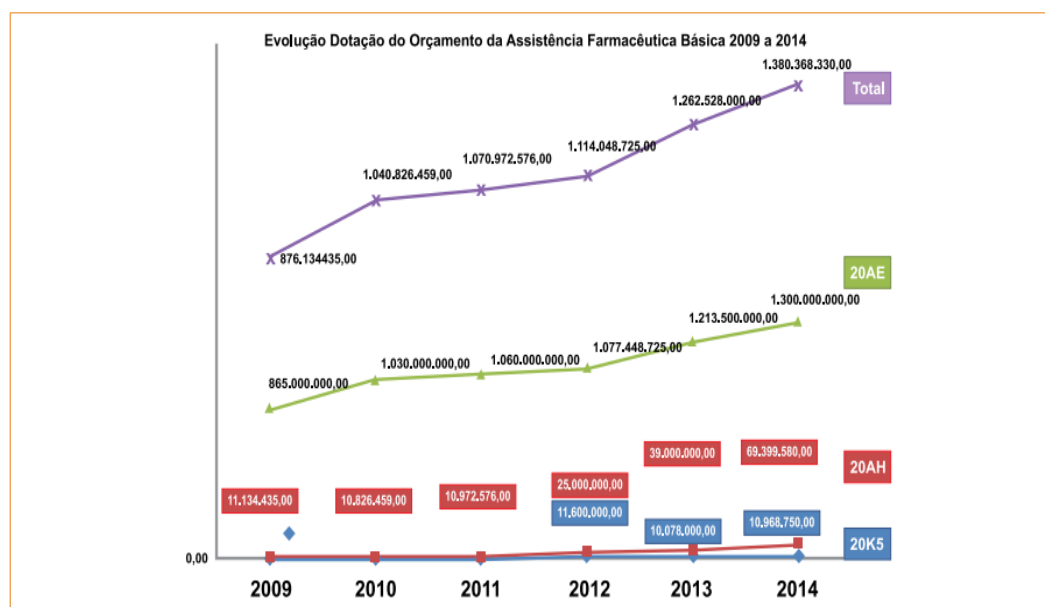
A universalização do acesso a medicamentos no SUS: o Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Cbaf

A ampliação do acesso da população ao SUS, principalmente por meio da Atenção Básica à Saúde, exigiu mudanças na organização da Assistência Farmacêutica, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos, bem como minimizar custos e construir um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações. (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010)

Desde a implantação da PNM, foi estabelecida a reorientação da Assistência Farmacêutica, direcionada para o seu intensivo processo de descentralização. Essa nova lógica estabeleceu a responsabilidade dos três níveis de gestão, tanto no que se refere ao financiamento quanto ao estabelecimento de políticas em prol da promoção do acesso e do uso racional de medicamentos (URM). (BRASIL, 1998)

O aumento nos investimentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) tem sido observado ao longo dos anos, haja vista o desenvolvimento de ações para ampliação do acesso a medicamentos na Atenção Básica (ação 20AE), ações específicas para a qualificação da Assistência Farmacêutica (ação 20AH) e de apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS (ação 20K5), como pode ser observado na figura a seguir: (BRASIL, 2016c)

FIGURA 3 – SÉRIE HISTÓRICA DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS DAS AÇÕES 20AE, 20AH E 20K5



Fonte: (BRASIL, 2016).

A aquisição centralizada de alguns medicamentos essenciais à atenção básica é uma das estratégias desenvolvidas visando à garantia de um acesso adequado ao tratamento medicamentoso, a exemplo das insulinas para o controle do diabetes e dos contraceptivos para as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e planejamento familiar. Além disso, o Cbaf destacou-se pela condução de uma série de ações para fortalecimento da atenção básica, exemplificadas a seguir: (BRASIL, 2016c)

- Repasse de recursos para a organização da **Assistência Farmacêutica da saúde de pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.**
- Envio de **medicamentos e insumos para atendimento dos locais atingidos por desastres de origem natural.**
- Investimento no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
- Capacitação para Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus).
- Capacitação “Farmacêuticos na APS: construindo uma relação integral” e “Farmacêuticos na APS/ABS: trabalhando em rede”.
- Criação do Curso de fitoterapia para médicos do SUS.
- Elaboração de **Diretrizes para Estruturação das Farmácias no Âmbito do SUS.**
- Realização da **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (Pnaum).**
- Implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS).
- Proposta de Diretrizes da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.
- Intervenção Sistêmica da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde das Regiões selecionadas no Projeto QualiSUS-Rede.

Busca pela integralidade: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Ceaf

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) foi regulamentado em 2009 e, desde então, tem se mostrado uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. A consolidação do Ceaf organizou e aperfeiçoou a divisão de responsabilidades pelo seu financiamento e gestão entre os entes federados, promovendo maior articulação entre os componentes da Assistência Farmacêutica e também com outros serviços ambulatoriais e hospitalares.

A principal característica do Ceaf é a busca pela garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial para algumas condições clínicas que apresentam custos de tratamento mais elevados ou maior complexidade. A definição dos medicamentos e das demais tecnologias em saúde necessárias ao tratamento de cada uma dessas condições clínicas segue linhas de cuidado específicas, definidas pelos **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)** publicados pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2014)

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

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

- O **Grupo 1** é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos: a) que representam elevado impacto financeiro para o Componente; b) indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento; c) inclusos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. Os medicamentos do **Grupo 1** dividem-se em: **Grupo 1A** – medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde – e **Grupo 1B** – medicamentos adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, na modalidade Fundo a Fundo. A responsabilidade pelo armazenamento,

pela distribuição e dispensação dos medicamentos do **Grupo 1** (1A e 1B) é das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

- O **Grupo 2** é constituído por medicamentos cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais de Saúde.
- O **Grupo 3** é constituído por medicamentos que integram o elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e a dispensação de responsabilidade dos municípios. Destaca-se que o Ceaf é uma estratégia em contínuo aperfeiçoamento, haja vista as constantes mudanças em seu elenco de medicamentos, a inserção de novas tecnologias no SUS, a redistribuição de responsabilidades quanto ao financiamento dos produtos e a atualização dos PCDT. Nesse cenário, evidencia-se o ininterrupto processo de evolução do Ceaf, com o objetivo de acompanhar os avanços dos serviços e melhorar a atenção à saúde da população.

Desde a implantação do Ceaf (em 2010) até o ano de 2016, o investimento incremental para financiamento dos medicamentos do elenco aumentou em torno de 39%, passando de 3,1 bilhões para 5,15 bilhões de reais. No mesmo período, o número de pacientes atendidos aumentou aproximadamente 111% e, atualmente, quase 2,2 milhões de pessoas são atendidas nas farmácias do Ceaf em todo o País.

Diante da considerável representatividade do Ceaf no investimento governamental com Assistência Farmacêutica, a tomada de decisão baseada em evidências e a adoção de estratégias que resultem em maior economicidade e eficiência nos processos de aquisição de medicamentos são mecanismos vitais à manutenção do sistema. Nesse contexto, o Ministério da Saúde realizou estudos econômicos e, em 2017, decidiu centralizar a aquisição de alguns medicamentos até então financiados por meio de repasse aos estados e ao DF. Entre os medicamentos selecionados estão produtos para os quais a dificuldade de aquisição resultava em desabastecimento e outros cuja compra em escala poderá gerar uma economia representativa ao sistema público.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – Cesaf – e a equidade no SUS

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças, agravos ou condições de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS.

Os medicamentos do Cesaf são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e distribuídos às SES, que armazenam e distribuem aos municípios de seus territórios, conforme demanda epidemiológica. Os municípios, por sua vez, assumem as responsabilidades pelo acesso adequado à população.

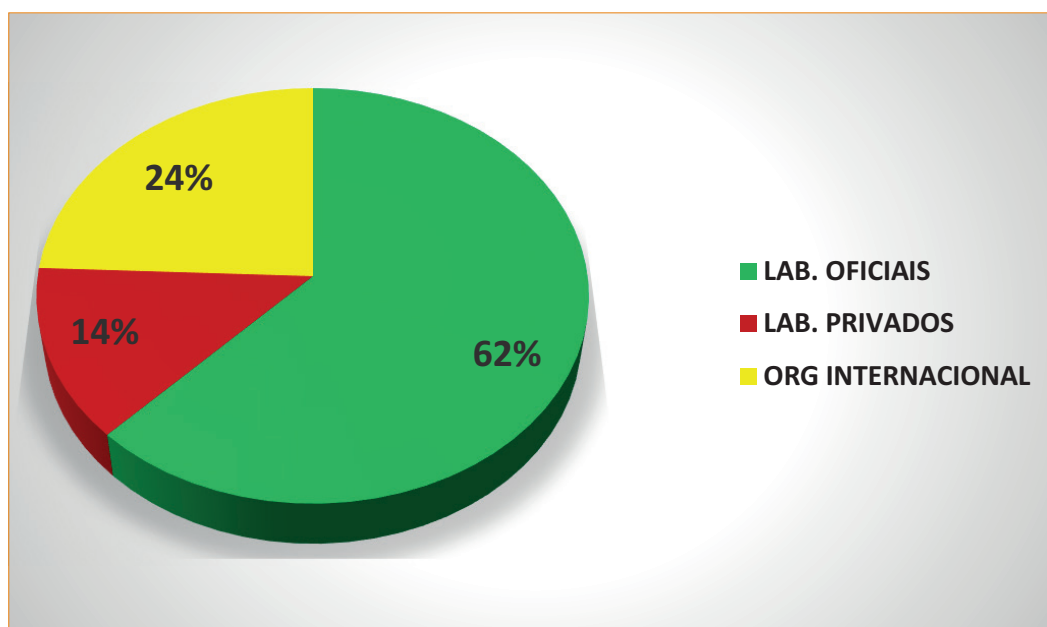
Para a realização dessas ações, o Cesaf utiliza quatro estratégias principais:

- 1. Monitoramento do acesso a medicamentos para doenças negligenciadas ou com pouco interesse comercial:** o DAF/SCTIE/MS monitora o abastecimento regular dos medicamentos para essas doenças no Brasil. É comum a identificação de dificuldades na aquisição por parte dos municípios e estados e/ou descontinuidade na produção por parte dos laboratórios. Nesses casos, o Ministério da Saúde pode adotar medidas para regularizar o abastecimento, como ocorreu com a penicilina para tratamento da sífilis e o esquema de tratamento para toxoplasmose. (BRASIL, 2017)
- 2. Centralização da aquisição:** nos casos em que a centralização da aquisição é identificada como uma opção para solucionar o problema do desabastecimento e/ou dificuldade de acesso ao medicamento, o Ministério da Saúde leva a proposta de centralização para discussão na CIT. Caso haja pactuação no âmbito tripartite, a compra e a distribuição dos produtos aos estados e aos municípios passam a ser realizada pelo governo federal.
- 3. Produção por Laboratórios Públicos Oficiais:** a capacidade instalada dos Laboratórios Públicos Oficiais é utilizada, preferencialmente, para atender às necessidades de medicamentos do Cesaf, conforme orienta a Pnaf. O intuito é garantir a sustentabilidade do acesso, especialmente para doenças com tendência à eliminação.

4. Aquisições Internacionais: na indisponibilidade do medicamento no mercado nacional, mas estando este disponível em outros países, o Cesaf realiza a aquisição por meio de cooperação com Organismos Multilaterais Internacionais, com dispensa de registro pela Anvisa, conforme Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

A seguir, é possível observar como essas estratégias foram determinantes para o acesso a medicamentos para doenças negligenciadas e relacionadas à pobreza, quando observamos as aquisições dos últimos dez anos. (SANTANA, 2017)

FIGURA 4 – VIAS DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA DOENÇAS DA POBREZA, ENTRE 2005 A 2014



Fonte: Santana (2017).

Programa Farmácia Popular do Brasil: estratégia de ampliação do acesso

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) é uma ação do governo federal que cumpre uma das principais diretrizes da Pnaf ao garantir o acesso a medicamentos pela população, visando ao seu uso racional. Esse Programa foi criado por meio do Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamentou a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004.

Em 2006, por meio da Portaria nº 491, de 9 de março, o Ministério da Saúde expandiu o PFPB por meio da parceria entre o governo federal e o setor varejista farmacêutico. Esta ação foi denominada “Aqui Tem Farmácia Popular” e funciona até os dias atuais, mediante o credenciamento da rede privada de farmácias, no intuito de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a um baixo custo ao maior número de pessoas, aproveitando a dinâmica já existente na logística da rede farmacêutica.

Em 2007, foi ampliado o elenco de medicamentos no PFPB, sendo incluídos os contraceptivos. Em abril de 2010, houve a inclusão da insulina regular e sinvastatina, aumentando assim o elenco de medicamentos para o tratamento do diabetes *mellitus* e incorporando o tratamento da dislipidemia no PFPB, respectivamente. Em outubro do mesmo ano, o Programa ampliou o elenco de medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e passou a atender novas doenças, com medicamentos para o tratamento da osteoporose, rinite, asma, Parkinson e glaucoma. A incontinência urinária para idosos passou a ser atendida com a inclusão das fraldas geriátricas. Em 3 de fevereiro de 2011, o PFPB passou a disponibilizar sem custos para os usuários, medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes por meio da campanha “Saúde não tem preço” e, em junho de 2012, medicamentos para o tratamento da asma também passaram a ser disponibilizados de forma gratuita.

O PFPB, até novembro de 2017, atendeu a 47.416.735 usuários. Isso indica que aproximadamente 23% da população brasileira teve acesso a medicamentos no Brasil por essa estratégia do governo federal. Atualmente, o PFPB conta com 30.993 estabelecimentos farmacêuticos ativos, cadastrados em 4.338 municípios brasileiros.

Em relação ao valor transferido pelo Ministério da Saúde, em 2006 os custos referentes à ação somaram R\$ 34.723.571, chegando em 2010 a R\$ 247.220.802. Com o início das ações de gratuidade pela campanha “Saúde não tem preço”, a transferência de valor aos estabelecimentos cadastrados atingiu a cifra de R\$ 831.085.837, sendo que para o ano de 2017 o recurso investido foi de R\$ 2.815.000.000,00.

Atualmente, o PFPB beneficia em média 10 milhões de pessoas mensalmente, principalmente aquelas com 60 anos ou mais, que representam mais da metade dos usuários atendidos. É possível observar também que a maior parte dos pacientes atendidos pelo PFPB (9,1 milhões) acessa medicamentos de forma gratuita, sendo mais dispensados os medicamentos para tratamento de hipertensão arterial sistêmica (7,5 milhões de usuários/mês) e diabetes (3,3 milhões de usuários/mês).

Em 31 de março de 2017, a CIT decidiu pelo fim do investimento de recursos na manutenção das unidades de Rede Própria, sendo pactuado que o Ministério da Saúde repassasse integralmente as verbas que eram destinadas à manutenção destas unidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica Básica. Em função desta decisão, gradualmente as unidades de Rede Própria foram desabilitadas, tendo seu funcionamento encerrado em dezembro de 2017.

Estudo recente avaliou o impacto do “Aqui tem Farmácia Popular” sobre indicadores de saúde, como mortalidade e internações hospitalares. Os resultados evidenciaram que o PFPB é socialmente eficiente, na medida em que a economia com os gastos de internação e com as vidas salvas é maior que os custos do programa. O autor afirmou que esse foi o primeiro trabalho em que se analisou econometricamente o impacto do programa, apresentando evidências dos resultados positivos dessa estratégia para a promoção e a recuperação da saúde. O trabalho foi vencedor do 36º Prêmio BNDES de Economia, na categoria dissertação de mestrado. (FERREIRA, 2017)

Frente ao exposto, é possível considerar que o PFPB contribui para o atendimento integral à população no âmbito do SUS, principalmente àquelas pessoas que possuem dificuldade para manter o tratamento farmacológico de doenças crônicas devido ao alto preço dos medicamentos. Além disso, o PFPB favorece a ampliação das condições de bem-estar da população, rompendo barreiras sociais, políticas, econômicas e culturais, o que influencia diretamente sobre o acesso a medicamentos e seu uso racional pela população.

..... Fitoterapia no SUS: conhecimento científico e tradicional a serviço da saúde

Desde a publicação da PNM, várias conquistas em relação à Assistência Farmacêutica ocorreram no Brasil. Destaca-se a elaboração de políticas públicas com diferentes interfaces relacionadas ao tema. Uma delas, com importante avanço na primeira década do século XXI, foi a inserção da Fitoterapia no SUS em âmbito nacional. (BRASIL, 2009b)

No ano de 2006, duas políticas sobre essa temática foram publicadas: **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**, aprovada por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, e

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), aprovada por meio do Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006.

Com vistas a atingir o objetivo da PNPMF, de “garantir à população brasileira o 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”, foi aprovado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos pela Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008. (BRASIL, 2009b)

Desde o lançamento das políticas em 2006, destacam-se avanços importantes da Fitoterapia no SUS, especialmente em relação à disponibilização de fitoterápicos à população e ao conhecimento na área. Atualmente, 12 fitoterápicos estão contemplados na RENAME e inseridos no Cbaf. A publicação da Portaria GM/MS nº 886, de 20 de abril de 2010, que institui a Farmácia Viva no âmbito do SUS, possibilitou a ampliação dos estabelecimentos do SUS que atuam com fitoterápicos. Ainda, foi realizado investimento superior a R\$ 35 milhões em 93 projetos de Secretarias de Saúde com o objetivo de fomentar a cadeia produtiva de plantas medicinais e de fitoterápicos.

Entre tais projetos, encontram-se aqueles de estruturação de Farmácia Viva ou de Farmácia com manipulação de fitoterápicos, na área da Extensão Universitária, a partir de parceria entre Secretarias de Saúde e Instituições de Ensino Superior. Essa modalidade de apoio ocorreu por meio da Chamada Pública SCTIE/MS nº 1/2017. Ressalta-se que o objetivo da Chamada Pública foi estimular a inserção, na Instituição de Ensino Superior (IES), do tema Fitoterapia aos discentes das graduações da área da Saúde, assim como a formação universitária de forma coordenada às necessidades do SUS.

No âmbito do conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos, ressalta-se o curso para médicos do SUS, que capacitou 300 profissionais da área e possibilitou a elaboração de 57 monografias de plantas medicinais de interesse do SUS.

Apesar dos avanços observados, a complexidade do campo da Fitoterapia, decorrente da multiplicidade de atores e interesses, é acentuada. Nesse contexto, torna-se fundamental ampliar a interlocução dos envolvidos para que, de fato, as diretrizes expressas na PNPMF sejam desenvolvidas.

Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS – Qualifar-SUS

Considerando a necessidade de qualificar a Assistência Farmacêutica (AF), com ênfase na inserção das RAS no âmbito do SUS, o DAF/SCTIE/MS formulou o **Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS)**, pactuado na CIT de 26 de abril de 2012.

O Programa Qualifar-SUS foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1.214, de 13 de junho 2012, com a finalidade de contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e nos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.

São diretrizes do Qualifar-SUS: (BRASIL, 2016a; 2012)

I – Promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado.

II – Contribuir para garantir e ampliar o acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade, como também o seu uso racional, visando à integralidade do cuidado, resolutividade e o monitoramento dos resultados terapêuticos desejados.

III – estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços farmacêuticos, com foco na integralidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

IV – Promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS.

V – Favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência Farmacêutica, o planejamento, programação, controle, a disseminação das informações e a construção e acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica.

O Qualifar-SUS está organizado em quatro eixos: Estrutura, Educação, Informação e Cuidado.

Eixo Estrutura

O Eixo Estrutura tem como objetivo contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos. Para tanto, entre 2012 e 2017, o DAF realizou o repasse de mais de R\$ 156 milhões para estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica em 1.582 municípios habilitados no eixo do programa. Para 2018, a expectativa é que mais 680 municípios sejam inseridos no programa.

O Eixo Estrutura destina recursos financeiros para estruturação dos serviços e das ações da Assistência Farmacêutica em municípios brasileiros. Os recursos financeiros de que tratam as portarias do Qualifar-SUS podem ser utilizados para:

I – investimento: aquisição de mobiliários e equipamentos necessários para estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico e Farmácias da Atenção Básica.

II – custeio: serviços e outras despesas de custeio relacionadas aos objetivos do Eixo Estrutura, priorizando a garantia de conectividade para utilização do Sistema Hórus e outros sistemas e contratação de profissional farmacêutico para o desenvolvimento das ações de Assistência Farmacêutica na atenção básica.

Eixo Informação

O Eixo Informação destina-se a produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços da Assistência Farmacêutica. Essas informações são oriundas da **Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNDASF)**.

A Base Nacional foi instituída pela Portaria GM/MS nº 271, de 27 de fevereiro de 2013, que regulamenta o conjunto de dados, o fluxo e o cronograma de envio de dados pelos entes federativos.

Em 2016, com a revogação da referida portaria, houve ampliação da obrigatoriedade de envio de dados, por meio da Portaria GM/MS nº 957, de 10 de maio de 2016, complementada posteriormente pela Portaria GM/MS nº 938/2017, tornando obrigatório a todos os estados e municípios o envio de dados dos medicamentos da RENAME.

Para compor a Base Nacional, o Ministério da Saúde disponibiliza os seguintes sistemas eletrônicos para envio de dados: (BRASIL, c2013)

I – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus).

II – Serviço de envio de dados (*Web Service*).

III – Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular.

I – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus): foi desenvolvido para qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica nas três esferas do SUS, contribuindo para a ampliação do acesso aos medicamentos e da atenção à saúde prestada à população, além do fornecimento de informações fidedignas sobre o acesso, o perfil de utilização, a demanda e o estoque de medicamentos.

Sua construção foi realizada conjuntamente pelo DAF/SCTIE/MS, Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Secretaria Municipal de Saúde do Recife (SMS-Recife), Conass e Conasems.

Esta ferramenta possibilita:

- Conhecer o perfil de acesso e utilização de medicamentos pelos usuários.
- Contribuir para a formação da Base Nacional.
- Aumentar a qualificação da Atenção à Saúde da população assistida.
- Avançar na ampliação do acesso e do uso racional de medicamentos (URM).
- Aperfeiçoar os mecanismos de controle e aplicação dos recursos financeiros.
- Monitorar e avaliar as ações da Assistência Farmacêutica no País.
- Melhorar o planejamento de ações e serviços de saúde.

A fim de atender às singularidades relativas à Assistência Farmacêutica, o Hórus foi desenvolvido para gerenciar e reunir as informações dos três componentes: o Componente Básico, o Componente Estratégico e o Componente Especializado. Além disso, o sistema está programado para atendimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Assim, o Hórus auxilia os gestores de saúde na qualificação da Assistência Farmacêutica, bem como na transparência dos serviços prestados, tendo em vista a efetiva implementação das diretrizes traçadas pela PNM e Pnaf.

II – *Web Service*: é uma solução utilizada na integração de sistemas e na comunicação entre aplicações. Com essa tecnologia, é possível que dados de sistemas desenvolvidos em plataformas diferentes sejam compatíveis. O objetivo do *Web Service* é permitir a interoperabilidade para que municípios e estados que não utilizam o sistema Hórus possam enviar os dados referentes à posição de estoque, entradas, saídas, dispensações e avaliações, no âmbito dos medicamentos contidos na RENAME para a Base Nacional.

III – Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular: a consolidação da Base Nacional trará um grande progresso para a saúde pública do Brasil, sobretudo para a Assistência Farmacêutica. A compilação de dados gerenciais colocará à disposição dos municípios, estados, Distrito Federal, e também do Ministério da Saúde, informações imprescindíveis à qualificação e ao aprimoramento da gestão da Assistência Farmacêutica, acarretando importantes melhorias no acesso a medicamentos que impactarão, principalmente, os usuários atendidos no SUS.

Eixo Educação

Nos últimos anos, a Assistência Farmacêutica vem compondo pautas de gestores, técnicos e órgãos de controle em todas as instâncias de gestão do SUS com o propósito de melhorar não apenas as estruturas físicas dos estabelecimentos farmacêuticos, mas também de investir fortemente na qualificação profissional de todos os entes federativos.

Entende-se que a capacitação é uma das etapas necessárias à implantação de algumas estratégias do Ministério da Saúde para a gestão e a realização de serviços no âmbito do SUS. Nesse contexto, cursos de capacitação têm sido oferecidos para a implantação do sistema Hórus nos municípios. No intuito de aumentar a capilaridade do curso e atender à demanda existente, a capacitação ofertada desde 2010 na modalidade presencial, vem sendo, desde 2011, realizada também na modalidade a distância (EAD). O curso foi desenvolvido na plataforma virtual do UniverSUS, a qual disponibiliza atividades de ensino e trabalho colaborativo e é gerenciada pelo DATASUS. A capacitação, que possui atualmente carga horária de 20 horas, está dividida em oito módulos, com exercícios de fixação e tarefas avaliativas

que auxiliam no planejamento da implantação do Hórus e o seu uso. A dinâmica adotada é a de autoaprendizagem, ou seja, o participante é o principal responsável pela realização autônoma do curso e pelo gerenciamento de seu tempo. Até o final de 2014, quase sete mil profissionais em mais de três mil municípios foram capacitados na modalidade a distância para implantação do sistema Hórus.

Entre os anos de 2015 e 2017, foram disponibilizadas aproximadamente 9.000 vagas, na modalidade a distância, para profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica nos municípios e nos estados. O curso foi atualizado e teve carga horária mínima de 40 horas de duração, atingindo profissionais de mais de 2.400 municípios. Atualmente, está disponível uma nova versão do curso de capacitação para utilização do sistema Hórus, iniciado em dezembro de 2017. Esta nova versão, em parceria com a Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasília, foi desenvolvida no formato autoinstrucional e realizada na modalidade a distância com carga horária total de 10 horas, sem limitação de vagas. No ambiente virtual de aprendizagem, estão disponíveis vídeos tutoriais, manuais, exercícios de fixação, atividades práticas e compartilhamento de dúvidas.

Considerando a necessidade de capacitar médicos do SUS para a prescrição de medicamentos fitoterápicos da Rename, o DAF/SCTIE/MS, em parceria com a Associação Brasileira de Fitomedicina (Sobrafito), estruturou, em 2012, o curso “Fitoterapia para Médicos do SUS”, na modalidade a distância para 300 profissionais. A carga horária de 80 horas foi distribuída em 20 unidades, sendo: um módulo introdutório (oito unidades), um módulo clínico (oito unidades) e um módulo de discussão de casos clínicos (quatro unidades). O curso buscou sensibilizar os prescritores do SUS para a importância econômica, sanitária e social da prescrição de fitoterápicos e contribuir para o raciocínio clínico que deve embasar a prescrição de tais medicamentos.

Nos anos de 2015 e 2016, de maneira articulada ao “Eixo Educação” do Qualifar-SUS, o DAF/SCTIE/MS desenvolveu o Curso para Qualificação Nacional em Assistência Farmacêutica com foco no Componente Especializado (Ceaf). O intuito do curso foi capacitar os profissionais para a melhoria na execução dos serviços referentes às etapas e aos processos do Ceaf, além de subsidiar os profissionais de saúde para que pudessem aprimorar a gestão e impactar positivamente nos processos de trabalho desenvolvidos nas farmácias.

A partir de 2010, o Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina disponibilizou aos farmacêuticos atuantes no SUS o Curso de

Gestão da Assistência Farmacêutica na modalidade de especialização a distância, com oferta de 2.000 vagas na sua primeira edição e 1.600 vagas na segunda edição (sendo 400 vagas para docentes de instituições de ensino superior).

A estrutura do curso contou com participação de 20 instituições, 40 conteudistas, 130 tutores e mais de 30 profissionais de *design* gráfico, jornalismo e produção de vídeos. O curso em formato inovador possibilitou que os farmacêuticos realizassem ações de intervenção nos seus serviços por meio do uso do Planejamento Estratégico Situacional. (FIGUEIREDO FILHO; MÜLLER, 2002; LEITE et al., 2016)

Em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, foi também elaborado o curso “Farmacêuticos na AB/APS: construindo uma relação integral”. O objetivo estabelecido para o curso foi qualificar técnica e humanisticamente o profissional farmacêutico para atuar na Atenção Primária em Saúde, desenvolvendo com competência as atividades de núcleo e de campo, pautadas nos princípios do SUS. Foram realizadas três edições do curso, durante os anos de 2010 e 2011, em que participaram em que participaram 265 farmacêuticos, atendendo a uma demanda de cerca de 140 municípios. Da carga horária total de 230 horas, 73,9% foram desenvolvidas na modalidade a distância e 60 horas foram divididas em dois encontros presenciais – no início e no término do curso.

Outra iniciativa de educação importante do DAF/SCTIE é o curso de Capacitação em Assistência Farmacêutica para profissionais do SUS com o uso da simulação realística, que visa à qualificação de profissionais farmacêuticos atuantes no SUS, com foco na segurança do paciente.

O curso é realizado por meio da parceria entre o Ministério da Saúde, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e entidades farmacêuticas colaboradoras, no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. (Proadi-SUS) Desde seu início em 2012, o curso capacitou mais de 2.500 profissionais farmacêuticos de Serviços Hospitalares, de Urgência e Emergência, de Oncologia, de Atenção Psicossocial, e docentes de instituições públicas de ensino superior.

Eixo Cuidado

O Eixo Cuidado visa à inserção da Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas no intuito de assegurar a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à Farmacoterapia. (BRASIL, 2012) Considerando que a Assistência Farmacêutica representa uma política pública no Brasil e se estrutura em um conjunto de ações para promoção do acesso e do URM, (BRASIL, 1998) a criação do Eixo Cuidado contribui para que o tratamento medicamentoso realizado pelos usuários do SUS seja o mais indicado, efetivo, seguro e conveniente, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. Além disso, deve-se destacar que o aumento progressivo no investimento do Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016) não é suficiente para garantir níveis mais satisfatórios de saúde para a população, se o uso do medicamento não acontecer de forma racional.

Nessa perspectiva, uma das principais estratégias desenvolvidas no âmbito deste Eixo foi o projeto-piloto de implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica do SUS. O projeto foi executado nos municípios de Curitiba/PR, Recife/PE, Betim/MG e Lagoa Santa/MG, nos quais os desfechos clínicos, humanísticos e econômicos decorrentes do acompanhamento farmacoterapêutico realizado pelos farmacêuticos durante a vigência do projeto foram notórios e significativos. Em Curitiba/PR, por exemplo, entre os anos de 2012 e 2014 houve um aumento de 617% no número de consultas realizadas pelo farmacêutico na Atenção Básica. Além disso, identificou-se no período de três meses uma média de 5,6 problemas relacionados ao uso de medicamentos entre os pacientes atendidos. Observou-se também nos prontuários de usuários desse novo serviço implantado o registro de mudanças no comportamento e na adesão do paciente ao tratamento (64,9%), a realização de exames de monitorização (62,3%), o agendamento de consultas médicas (44,5%) e alterações na Farmacoterapia (37,5%) decorrentes das intervenções farmacêuticas. (BRASIL, 2015)

Dessa forma, verifica-se a importância do Eixo Cuidado na resolutividade das ações em saúde e a necessidade de sua expansão para outros níveis de atenção, de forma a favorecer o alcance dos resultados terapêuticos, a qualidade de vida dos usuários do sistema e otimizar os gastos de recursos públicos na saúde.

ESTRATÉGIA DE TRABALHO

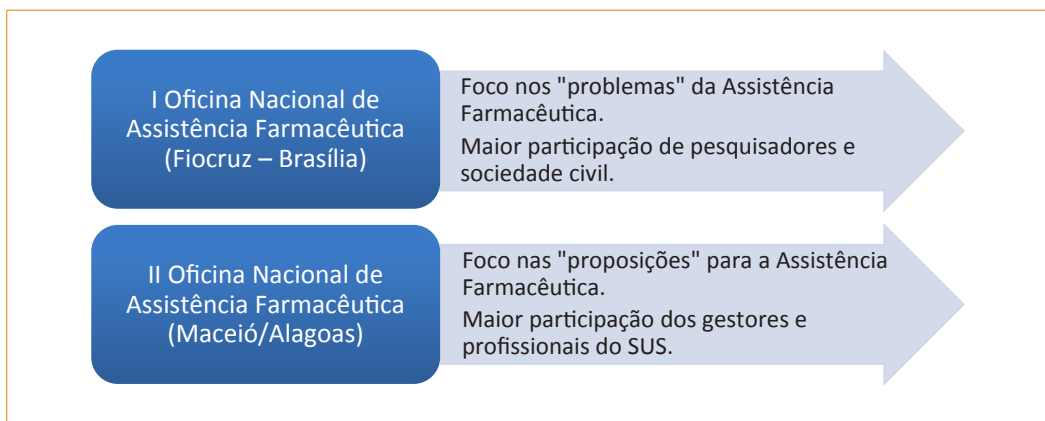
As políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. (BRASIL, 2004) Nesse contexto, cabe destacar que todo processo de gestão pressupõe visão de desempenho para mensurar o quanto se avançou no alcance das metas e das diretrizes definidas. (LEITE et al., 2016) Dessa forma, a avaliação deve ser uma ferramenta inerente ao processo de gestão, independentemente da esfera administrativa sob análise. Segundo Donabedian (1990), estrutura, processo e resultados devem ser elementos constituintes dos instrumentos de avaliação da qualidade em saúde, de forma a se obter evidências do êxito nas estratégias adotadas ou verificar a necessidade de redefini-las.

No âmbito do SUS não poderia ser diferente. As políticas públicas em saúde precisam ser avaliadas para se identificar e atender às demandas por formulação ou reorientação das metas e das ações. Assim, nestes 20 anos da PNM e 14 anos da Pnaf, o momento histórico torna adequado o estabelecimento de uma estratégia de trabalho visando à avaliação desses dois instrumentos norteadores do acesso e do URM disponibilizados no sistema público de saúde brasileiro.

A estratégia de trabalho planejada para proceder a avaliação mencionada baseou-se na reunião de atores estratégicos, com diferentes experiências e olhares sobre a área. Esses atores, em sua maioria, possuem trabalhos prévios de análise sobre o tema, atuam na construção permanente da Assistência Farmacêutica ou têm interesse na sua consolidação, sejam como gestores, profissionais de saúde ou representantes de usuários ou sociedade civil organizada.

Para isso, dois momentos foram organizados para reunir esses entes, descritos na figura a seguir:

FIGURA 5 – ESPAÇOS DE DISCUSSÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SUS



Fonte: Autoria própria.

I Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica

Realizada nos dias 8, 9 e 10 de fevereiro de 2017 em Brasília, Distrito Federal, a I Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica contou com 122 participantes, representantes dos gestores estaduais e municipais, e algumas entidades e instituições representadas por especialistas e profissionais da área, entre elas:

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
- Associação de Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (Alfob)
- Associação Médica Brasileira (AMB)
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)
- Conselho Federal de Farmácia (CFF)

- Conselho Nacional de Justiça (CNJ)
- Conselho Nacional de Saúde (CNS)
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)
- Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar)
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc)
- Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP)
- Ministério da Saúde (MS)
- Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)
- Secretaria de Estado da Saúde da Bahia
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- Secretaria de Estado da Saúde do Pará
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
- Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (Sobrafo)
- Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH)
- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
- Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
- Universidade Federal de Sergipe (UFS)
- Universidade Federal do Paraná (UFPR)
- Universidade Federal Fluminense (UFF)
- Universidade de Brasília (UnB)
- Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal
- Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
- Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina/MG

- Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/AM
- Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR
- Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/GO

A metodologia utilizada baseou-se em espaços de explanação com mesas redondas e palestras, com temas geradores que seriam discutidos em grupos menores com os participantes da oficina (programação completa no Anexo A).

Após a realização das mesas redondas, os grupos de discussão foram organizados por temática, tomando por base uma das principais estratégias de implementação da Pnaf: o Qualifar-SUS. Dessa maneira, foram considerados os quatro Eixos do programa (Estrutura, Informação, Educação e Cuidado), além da gestão e o financiamento da Assistência Farmacêutica.

Para melhor estruturação dos trabalhos, foram formados oito grupos de discussão, de modo a equilibrar a quantidade de participantes nos diferentes temas. Os participantes de cada grupo foram definidos, conforme aproximação com as temáticas estabelecidas. No primeiro momento, todos os grupos discutiram o tema de gestão e financiamento, e no segundo momento os Eixos do Qualifar-SUS foram discutidos simultaneamente, sendo dois grupos para cada Eixo. Dessa forma, os grupos foram subdivididos da seguinte maneira:

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE TEMAS POR GRUPO DE DISCUSSÃO (I OFICINA)

GRUPOS	TEMAS	
	1º MOMENTO	2º MOMENTO
01	GESTÃO E FINANCIAMENTO	ESTRUTURA
02		ESTRUTURA
03		INFORMAÇÃO
04		INFORMAÇÃO
05		EDUCAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
06		EDUCAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
07		CUIDADO E USO RACIONAL
08		CUIDADO E USO RACIONAL

Fonte: Autoria própria.

A dinâmica de discussão dos grupos foi iniciada com a apresentação dos participantes, do método a ser utilizado e das perguntas norteadoras, conforme o eixo

temático. O método utilizado para discussão dos temas considerou como referencial teórico o Planejamento Estratégico Situacional, desenvolvido pelo economista chileno Carlos Matus, com adaptações para viabilização no evento. (FIGUEIREDO FILHO; MÜLLER, 2002)

A discussão dos grupos partiu da problematização de cada tema, considerando a seguinte sequência lógica: (i) análise do ambiente e identificação dos problemas, estimulada por perguntas norteadoras; (ii) avaliação e priorização dos problemas; (iii) definição da imagem-objetivo; e (iv) identificação das causas e consequências do problema priorizado.

II Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica

Realizada durante o VIII Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica nos dias 30 e 31 de outubro de 2017, na cidade de Maceió, Alagoas, a II Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica contou com a participação de 74 pessoas, representantes dos gestores estaduais e municipais, e algumas entidades e instituições representadas por especialistas e profissionais da área, entre elas:

- Conselho Nacional de Saúde (CNS)
- Consórcio Intergestores Paraná Saúde
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/AM
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/CE
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/GO
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/MS
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/MT
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/PI
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/RN
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/RO
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/SC
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/SP
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/RJ

- Ministério da Saúde (MS)
- Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
- Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
- Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
- Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco
- Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia
- Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
- Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe
- Secretaria de Estado da Saúde do Acre
- Secretaria de Estado da Saúde do Ceará
- Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
- Secretaria de Estado da Saúde do Pará
- Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal
- Secretaria Municipal de Saúde de Batalha/AL
- Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista/RR
- Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru/PE
- Secretaria Municipal de Saúde de Coroatá/MA
- Secretaria Municipal de Saúde de Cruzmaltina/PR
- Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana/SE
- Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG
- Secretaria Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP
- Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/AL
- Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN
- Secretaria Municipal de Saúde de Piratini/RS

- Secretaria Municipal de Saúde de Sumé/PB
- Secretaria Municipal de Saúde de Teresina/PI
- Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha/ES
- Secretaria Municipal de Saúde de Wanderlândia/TO
- Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia
- Tribunal de Contas da União (TCU)
- Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
- Universidade Federal de Alagoas (Ufal)

A estratégia metodológica escolhida seguiu o modelo utilizado na I Oficina, por meio de espaços de explanação com mesas redondas e palestras com temas geradores que seriam discutidos em grupos menores com os participantes da oficina (programação completa no Anexo B). Nesse momento, como já havia diversos problemas levantados na I Oficina, os temas de discussão foram redefinidos com o objetivo de contemplar os assuntos mais recorrentes e priorizados naquele primeiro momento.

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DE TEMAS POR GRUPO DE DISCUSSÃO (II OFICINA)

GRUPOS	TEMAS
01	GESTÃO E FINANCIAMENTO
02	INCORPORAÇÃO E ACESSO
03	INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO
04	EDUCAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
05	PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO
06	ESTRUTURA
07	DISPENSACÃO E CUIDADO
08	BUROCRATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Fonte: Autoria própria.

Devido às peculiaridades da II Oficina sobre Assistência Farmacêutica no SUS, o método “Café Mundial” apresentou-se como o mais adequado para captar

as proposições de todos os gestores e especialistas para ações de qualificação da assistência farmacêutica no País.

Durante a oficina, tentou-se adaptar a estrutura para adequação às diretrizes dos idealizadores do Café Mundial, que para sua perfeita execução deveriam ser observados alguns princípios, tais como: (i) criar espaço hospitaleiro, (ii) conectar pessoas e ideias distintas; e (iii) tornar visível o conhecimento coletivo. Nesse sentido, cabe ressaltar que o método requer que o ambiente simule um café ou *pub*, onde mesas redondas sejam dispostas de forma que os participantes possam transitar livremente entre elas, e que murais ou *flip-charts* sejam posicionados estrategicamente para registro das ideias e visualização delas por todos os envolvidos. Além disso, os estudos ressaltam o papel do fator ambiental no processo criativo, indicando que a existência de luz natural, presença de plantas e visibilidade à paisagem externa, bem como arte e música no ambiente, constituem elementos capazes de criar o espaço ideal para a realização do método. (BROWN et al., 2010)

OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

A etapa inicial (I Oficina) para avaliação global da Assistência Farmacêutica na saúde pública do Brasil levantou uma série de questões que precisam ser trabalhadas pelos gestores e trabalhadores do SUS.

Cerca de 80 problemas foram descritos pelos grupos de discussão (Anexo C). Após análise e sistematização dos trabalhos, eles puderam ser organizados em oito categorias e estão expressos e contextualizados a seguir.

Gestão e Financiamento

Muitos aspectos e questões foram apresentados e debatidos nos diferentes grupos de trabalho. De maneira geral, destacaram-se reflexões acerca da preocupação com a garantia dos recursos necessários para o financiamento da Assistência Farmacêutica num contexto de orçamento insuficiente para o SUS (subfinanciamento) e de disputas com outros segmentos do setor Saúde. Também se refletiu sobre o risco das demandas de a média e a alta complexidade se sobreporem fortemente em relação às necessidades da Atenção Básica, que possui menor poder de vocalização política.

Outros aspectos importantes e que suscitaram grande debate foram a excessiva fragmentação dos recursos, a necessidade de rever a atual política adotada para os medicamentos de uso oncológico e a predominância do foco dado ao acesso aos medicamentos em detrimento dos serviços farmacêuticos, com consequente uso inadequado de medicamentos e comprometimento da resolutividade do próprio SUS.

NOTA DE EVIDÊNCIAS

Segundo dados da Pnaum, 27,3% dos gestores municipais alegaram problemas nos repasses da contrapartida estadual para o Cbaf. Além disso, 72,2% deles relataram que os recursos são insuficientes. (BRASIL, 2016b) Pontes et al. (2017), numa amostra de 960 municípios, observou que 73% deles recomendou, para aquisição de medicamentos, de acordo com a legislação vigente da época. (R\$ 9,82 por habitante/ano).

Há que se ressaltar, ainda, as discussões inerentes ao fato de que o montante dos recursos destinados ao financiamento da Assistência Farmacêutica básica não vinha sendo reajustado desde 2009. Paralelamente, foram destacadas preocupações em relação ao despreparo técnico e político de muitos gestores na aplicação dos recursos, podendo colocar em risco a alocação de recursos para atender às reais necessidades sanitárias da sua população. Nesse contexto, ganha importância a existência de indicadores e ferramentas de informação que permitam o bom planejamento, o monitoramento e a transparência dos gastos, assim como o papel do controle social e dos órgãos de controle internos e externos às instituições do SUS.

Também se destacou a importância da qualificação dos farmacêuticos para a gestão, em especial nesse novo cenário de revisão da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que trata sobre os blocos de financiamento do SUS.

QUADRO 3 – PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS SOBRE O TEMA “GESTÃO E FINANCIAMENTO”

PROBLEMA GLOBAL: SUBFINANCIAMENTO E DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DE RECURSOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E PARA AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Subfinanciamento da Assistência Farmacêutica e descumprimento no repasse/execução do recurso pactuado.
- Ausência de diferenciação do recurso *per capita* considerando as diversidades regionais – população – epidemiologia.
- O atual modelo de blocos de financiamento ocasiona o engessamento do uso dos recursos (fragmentação/falta de flexibilidade entre os blocos).
- Risco da alocação de recursos não contemplar as prioridades sanitárias e população e risco da Assistência Farmacêutica perder recurso.
- Necessidade de bloco de financiamento de Oncologia e baixa articulação das linhas de cuidado em Oncologia com seu financiamento.
- Baixa articulação das linhas de cuidado e suas interfaces no que se refere aos blocos de financiamento.
- PFPB tem custo mais alto que a Assistência Farmacêutica Básica, cobrindo um elenco menor de doenças.
- Dificuldades quanto ao financiamento das atividades do cuidado.
- Não inserção da Assistência Farmacêutica nos instrumentos de planejamento e gestão.
- Dificuldade da inserção da gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde.
- Atuação da Assistência Farmacêutica com ênfase no produto (medicamento).
- Baixa percepção do papel do estado na Atenção Básica e falta de priorização de financiamento por parte dos gestores para o componente básico.
- Modelo de gestão insuficiente para populações especiais (povos indígenas, privados de liberdades e população de difícil acesso).

Fonte: Assistência Farmacêutica.

Programação e Aquisição

As contínuas dificuldades nos processos de programação e aquisição de medicamentos foram questões recorrentes na discussão dos grupos. Os problemas nos processos licitatórios e o consequente desabastecimento de medicamentos parecem ser mais evidentes nos pequenos municípios. A falta de um debate amplo e de proposições de políticas públicas para resolver essa questão foi apontada nos debates.

NOTA DE EVIDÊNCIAS

A disponibilidade média de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde do País variou em torno de 62,5%, inferior aos 80% recomendado pela OMS. O número ressalta a necessidade de otimizar as políticas, apesar da ressalva de alguns itens poderem ser disponibilizados em centros de referência ou coincidirem com problemas de desabastecimento global, como a penicilina, por exemplo. (INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD, 2017; NASCIMENTO et al., 2017)

Alguns pontos foram destacados como causas dos problemas na cadeia de suprimentos de medicamentos: (i) problemas de financiamento e repasses; (ii) burocratização e/ou despreparo no processo de compras; (iii) falta de uniformização e do uso inteligente da informação de demanda; (iv) falta de interesse do mercado no atendimento das necessidades sanitárias de medicamentos de baixo consumo e custo; (v) competição de estratégias das políticas (ex.: PFPB e Cbaf); (vi) capacidade de compra pública subproveitada.

QUADRO 4 – PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS SOBRE O TEMA “PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO”

PROBLEMA GLOBAL: DESABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS A FALHAS NA PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA, NO PROCESSO DE COMPRA E NO MONITORAMENTO DAS AQUISIÇÕES

- Falta de informação sistematizada e integrada para a gestão.
- Falta de medicamentos – atingindo de forma diferenciada doenças de alta carga.
- Baixa capacidade de negociação de preços pelos municípios.
- Falta de monitoramento da gestão de estoques.
- Atraso do repasse do recurso para aquisição.
- Falta de indicadores de monitoramento das várias funções da aquisição.
- Complexidade (burocratização) na aquisição de medicamentos.

Fonte: Autoria própria.

Incorporação e Acesso

Algumas estratégias de acesso a medicamentos foram alvo de críticas dos atores envolvidos. Pode-se destacar a falta de PCDT padronizados nacionalmente para doenças e agravos comuns à Atenção Básica. A emissão de diversos documentos divergentes de PCDT pelo Ministério da Saúde, ou por outros entes do SUS, não favorece a uniformização de condutas terapêuticas pela ótica da melhor evidência científica disponível, prejudicando as ações dos profissionais de saúde e as estratégias de promoção do uso racional de medicamentos e outras tecnologias.

Críticas à morosidade da atualização da Rename demonstraram preocupação sobre seu papel no atendimento às necessidades do SUS. A necessidade de contemplar lacunas atuais da lista como medicamentos para assistência oncológica também foram abordadas, apesar das ressalvas de que alguns tratamentos hospitalares mais complexos devem possuir certa flexibilidade para a escolha de alternativas terapêuticas.

As dificuldades de internalização dos processos de Avaliação de Tecnologias em Saúde para estados e municípios também foram ressaltadas, o que amplia ainda mais a responsabilidade e a dependência das decisões federais quanto à internalização e ao acesso de tecnologias no SUS.

NOTA DE EVIDÊNCIAS

Dos municípios, 85% possuem lista de medicamentos padronizada; porém, apenas 12,5% deles possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica para sua atualização. Aproximadamente 76% dos prescritores desses municípios relataram que teriam alguma reivindicação de alteração. (KARNIKOWSKI et al., 2017)

Em diversos momentos foram ressaltados os avanços com a institucionalização da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) desde 2012, tornando-se esfera essencial do SUS para garantir que sejam incorporadas apenas tecnologias realmente importantes, seguras e custo-efetivas para o sistema de saúde e seus usuários. Porém, criticou-se o processo de trabalho da Comissão em relação à tendência na avaliação de demandas relacionadas à alta tecnologia, à dificuldade de acesso às tecnologias incorporadas, à submissão simultânea de propostas pelas diferentes instâncias do SUS, além de lacunas assistenciais antigas ainda não avaliadas.

QUADRO 5 – PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS SOBRE O TEMA “INCORPORAÇÃO E ACESSO”

PROBLEMA GLOBAL: FRAGILIDADES NA ELABORAÇÃO, HARMONIZAÇÃO, DIFUSÃO E APLICAÇÃO DOS DOCUMENTOS NORTEADORES DO ACESSO, ESPECIALMENTE RELAÇÕES DE MEDICAMENTOS E PROTOCOLOS CLÍNICOS

- Início dos tratamentos já com medicamentos de segunda ou terceira linha.
- Falta de incorporação de medicamentos para tratamento do câncer na Rename.
- Falta de medicamentos – atingindo, de forma diferenciada, doenças de alta carga.
- Desconfiguração da Rename como instrumento norteador de Política de Assistência Farmacêutica.
- Processo de incorporação de medicamentos resultou na inclusão de medicamentos de valor terapêutico discutível, superposições em algumas indicações e falta de medicamentos em outras.
- Falta de harmonização entre a oferta dos medicamentos especializados e a oferta de cuidado e de diagnóstico.
- Vinculação entre incorporações de tecnologias e inclusão automática na Rename.
- Dificuldade de estimar impacto orçamentário para medicamentos incorporados no Brasil.

continua

conclusão

PROBLEMA GLOBAL: FRAGILIDADES NA ELABORAÇÃO, HARMONIZAÇÃO, DIFUSÃO E APLICAÇÃO DOS DOCUMENTOS NORTEADORES DO ACESSO, ESPECIALMENTE RELAÇÕES DE MEDICAMENTOS E PROTOCOLOS CLÍNICOS

- Falta de padronização de protocolos nas diferentes instituições de saúde.
- Insuficiência de Comissões de Farmácia e Terapêutica qualificadas e atuantes.
- Falta de difusão da informação quanto à Rename e ao Formulário Terapêutico Nacional.

Fonte: Autoria própria.

Estrutura

Além dos gastos para garantir a disponibilidade dos produtos e dos serviços farmacêuticos, é essencial o investimento em infraestrutura que envolva toda a cadeia do medicamento, incluindo as estruturas de transporte. No âmbito nacional, destaca-se que alguns avanços foram recentemente obtidos por meio do Qualifar-SUS, com o investimento de recursos de custeio e capital prioritariamente em municípios com população de extrema pobreza. Todavia, discutiu-se que esse programa ainda possui fragilidades em relação à sua abrangência populacional, à garantia de sua sustentabilidade financeira e político-institucional, à sua capacidade de produzir efetivo impacto positivo na mudança da realidade e de correção das não conformidades já identificadas em âmbito nacional.

NOTA DE EVIDÊNCIAS

Disparidades regionais são significativas quando se verificam os recursos de infraestrutura e adequação sanitária das unidades de dispensação de medicamentos na Atenção Básica. Presença de refrigerador exclusivo para medicamentos em 76% das unidades do Sudeste contrasta com o percentual de 37% da Região Norte, assim como o fato de haver ar-condicionado em 72% das unidades na Região Centro-Oeste em comparação com 21% da Região Nordeste. Porém, de uma maneira geral, faltam adequações para um atendimento humanizado, pois em apenas 37% das unidades do País a área de dispensação é diferente da área de armazenamento. (COSTA et al., 2017; LEITE et al., 2017)

Os participantes comentaram sobre a dificuldade de se estabelecer uma estrutura mínima para a Assistência Farmacêutica. Em geral, a estrutura de armazenamento e o transporte refletem a diversidade do País, sendo precários e inadequados, aquém da necessidade sanitária para garantir a qualidade dos produtos. Apesar disso, reconheceu-se que houve um avanço na estrutura da Assistência Farmacêutica e levantou-se que o custo de estruturação mínima não é alto quando comparado ao investimento com a aquisição e a logística de insumos e medicamentos.

Também se destacou a fragmentação da Assistência Farmacêutica e seus serviços, seguindo a lógica dos componentes, dificulta a definição de um modelo. Faltam modelos flexíveis para as diferentes realidades regionais. Os reais custos logísticos e de armazenamento não são conhecidos, são conhecidos e precisam ser devidamente identificados para para uma adequada provisão de recursos em estruturação.

Foi relatado que, em alguns estados, a SES repassou recursos de investimento aos municípios, porém foram relatadas dificuldades dos municípios na aplicação desses recursos, identificando-se a necessidade de utilizar as estruturas regionais para alterar esse panorama. A realização de visitas técnicas e de conversas com gestores podem ser úteis nesse processo. Alguns municípios recebem recurso do Qualifar-SUS e encontram dificuldade de utilizar os recursos de custeio. Então, sugeriu-se a flexibilidade na utilização do recurso.

QUADRO 6 – PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS SOBRE O TEMA “ESTRUTURA”

PROBLEMA GLOBAL: FALTA DE PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA E MODELOS ESTRUTURAIS QUE ATENDAM ÀS NECESSIDADES DO SERVIÇO E ÀS DIVERSIDADES REGIONAIS

- A estrutura (farmácia, Central de Abastecimento Farmacêutico e transporte) é inadequada para a prestação do serviço.
- Falta de definição de uma estrutura mínima, considerando modelos flexíveis para as diferentes realidades regionais e contemplando espaço para prestação do cuidado farmacêutico.
- Falta de previsão de orçamento com recursos destinados para estruturação.
- Fragmentação da Assistência Farmacêutica e seus serviços, seguindo a lógica dos componentes.
- Insuficiência de estrutura nos serviços nas secretarias estaduais e municipais de saúde para garantir o uso de sistemas de informação

Fonte: Autoria própria.

Informação e Monitoramento

A garantia de uma informação de qualidade também foi colocada como condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária e para a qualificação da Assistência Farmacêutica. Historicamente, a política de informação em saúde no Brasil é segmentada, não participativa, construída segundo a lógica de programas específicos. Isso ocasionou pulverização e duplicação dos sistemas de informação em saúde e ausência de comunicação entre as instâncias gestoras, restringindo o papel dos estados, dos municípios e das representações da sociedade e na tomada de decisões.

NOTA DE EVIDÊNCIAS

Municípios que implantaram o Hórus apresentaram uma melhoria considerável nos processos de gestão e no atendimento aos usuários. No entanto, mais de 60% das Unidades Básicas de Saúde ainda não conseguiram implantar nenhum sistema de informação para Assistência Farmacêutica. (COSTA et al., 2017; LEITE et al., 2017)

Na área de Assistência Farmacêutica, observa-se o mesmo cenário. Apesar das mudanças significativas ocorridas com a criação do SUS, a informação no campo das políticas farmacêuticas ainda demanda maior capilaridade. Várias iniciativas de desenvolvimento e implantação de sistemas de informação foram implantadas isoladamente por estados e municípios. A criação do Hórus pelo MS buscou favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, visando à qualificação da gestão e dos serviços de Assistência Farmacêutica nos três níveis de governo.

O Eixo Informação é importante e estratégico para o aprimoramento do planejamento, do monitoramento e da avaliação das políticas de Assistência Farmacêutica. A informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para subsidiar um planejamento responsável, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a execução das ações de Assistência Farmacêutica integradas às redes de atenção à saúde.

As discussões iniciaram-se pela identificação da necessidade de se estabelecer uma política de gestão da informação, com a definição de parâmetros e requisitos para um sistema informatizado em Assistência Farmacêutica. Técnicos da área de Informática ressaltaram que a definição de objetivos e escopo da Assistência Farmacêutica é etapa primordial para o desenvolvimento de uma base nacional robusta e que atenda às

necessidades do sistema de saúde. Representantes de secretarias estaduais e municipais de saúde salientaram que existem problemas estruturais, baixa qualidade de acesso à internet e dificuldades nos processos de compra que comprometem a disponibilidade de estrutura mínima necessária à informatização das atividades de área.

Outra questão discutida foi a grande burocracia vinculada aos processos de Assistência Farmacêutica, especialmente do Ceaf. Apesar da existência de sistemas informatizados na maioria dos estados, a digitalização de documentos ainda não é reconhecida para fins de auditoria. Soma-se a isso a indefinição da temporalidade de guarda dos documentos da área.

Outra questão discutida pelo grupo foi que o Hórus não contempla todas as necessidades da gestão e replica a lógica do financiamento, dividindo o atendimento em componentes. Além disso, não há interface entre os sistemas municipais, estaduais, Hórus, Farmácia Popular e prontuário eletrônico, dificultando a macrogestão e, também, a gestão dos casos clínicos.

QUADRO 7 – PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS SOBRE O TEMA “INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO”

PROBLEMA GLOBAL: DEFICIÊNCIAS NO MONITORAMENTO DO RECURSO, PROCESSO DE GESTÃO E RESULTADOS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Monitoramento inadequado da execução dos recursos da Assistência Farmacêutica e conseqüente ineficiência do gasto público.
- Ferramentas de gestão não utilizadas para monitoramento e avaliação.
- Falta de informação sistematizada e integrada para a gestão.
- Ausência de sanção aos municípios e aos estados pelo Ministério da Saúde, o que descumpra a lei.
- Omissão dos estados no acompanhamento das atividades da Assistência Farmacêutica dos municípios.
- Formação incipiente, fragilidade e cooptação do controle social.
- Estados e municípios alimentam de forma insatisfatória os sistemas de informação.
- Ausência de informações clínicas/informação de prontuários eletrônicos.
- Falta de um padrão na terminologia de medicamentos.
- Pouca transparência na disponibilização de dados aos usuários SUS.
- Falta de indicadores de estrutura, processo e resultados por complexidade de serviços farmacêuticos.

Fonte: Autoria própria.

Educação e Recursos Humanos

O desenvolvimento, a valorização, a formação, a fixação e a capacitação de recursos humanos é uma diretriz da PNM e do eixo estratégico da Pnaf. Para fortalecer essa estratégia, o Ministério da Saúde tem investido na promoção da educação permanente e na capacitação dos profissionais de saúde. Apesar dos investimentos na área e da necessidade de qualificar as ações da Assistência Farmacêutica, permanece o desafio de aprimorar as práticas profissionais no contexto das RAS.

Ampla discussão tem ocorrido nos últimos anos sobre a formação do farmacêutico e dos demais profissionais envolvidos nas atividades de Assistência Farmacêutica. Promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção são essenciais para qualificar e fortalecer a Assistência Farmacêutica no País.

NOTA DE EVIDÊNCIAS

A avaliação da força de trabalho da Assistência Farmacêutica no SUS reflete disparidades regionais como o maior percentual de servidores na Região Sul (76,8%) e menor percentual na Região Norte (37,5%). Apesar disso, avanços importantes foram observados, como a presença de farmacêuticos como coordenadores da Assistência Farmacêutica em mais de 90% dos municípios brasileiros. (CARVALHO et al., 2017)

As discussões foram iniciadas ressaltando-se que, historicamente, é atribuída maior ênfase à atualização do profissional, em detrimento às discussões sobre a formação acadêmica. Discutiu-se que a primeira capacitação do profissional deve ser relacionada aos seus compromissos na assistência e na gestão, enfatizando a sua importância para a saúde pública e com foco em resultados. Como entrave ao processo de educação permanente, foram apontadas a falta de interesse do profissional em buscar capacitação, a rotina excessiva de trabalho e a baixa disponibilidade dos profissionais em ampliar ou alterar sua jornada de trabalho em virtude da educação continuada. A necessidade de ferramentas para mensurar o resultado dessas capacitações foi citada como premente, apesar da complexidade do processo.

Destacou-se que a demanda por qualificação é, muitas vezes, individual e existem variáveis que podem interferir no processo (política local, falta de planos de cargos e salários, comprometimento do profissional, desconhecimento e baixa valorização do serviço farmacêutico, entre outros). O planejamento articulado foi apontado como

elemento fundamental no processo de qualificação. A integração entre as instituições de ensino, o serviço e a comunidade possibilita a identificação de prioridades de aprendizagem, adaptação ao contexto real e, conseqüentemente, maior eficácia na qualificação. Entre as dificuldades identificadas destacam-se a elevada rotatividade dos profissionais já capacitados, a baixa capacidade gerencial no processo de educação continuada, a ausência de prioridade na alocação de recursos e a falta de definição das reais necessidades de capacitação. A burocracia na execução dos recursos por estados e municípios foi apontada como entrave para a continuidade dos projetos de capacitação e qualificação locais. Ademais, a fragmentação das informações e a pulverização de iniciativas de capacitação nas diversas áreas, inclusive no próprio Ministério da Saúde, limitam o planejamento e a eficiência dessas atividades.

QUADRO 8 – PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS
SOBRE O TEMA “EDUCAÇÃO E RECURSOS HUMANOS”

PROBLEMA GLOBAL: DEFICIÊNCIAS DE NÚMERO E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, ESPECIALMENTE GESTORES, FARMACÊUTICOS E AUXILIARES

- Falta do profissional farmacêutico.
- Baixa qualificação do técnico para as atividades de apoio aos serviços farmacêuticos.
- Ausência de estruturação mínima da Assistência Farmacêutica municipal (equipe capacitada, organograma bem definido).
- Baixa qualificação dos gestores de Saúde e de Assistência Farmacêutica e alta rotatividade nos estados e nos municípios.
- Desconhecimento do profissional sobre a organização da gestão e do financiamento.
- Falta de plano de cargos, carreira e salário aos profissionais.
- Dificuldade em definir a prioridade de investimento e a alocação de recursos em capacitação.
- Necessidade de aplicação da política de educação permanente e definição de um plano macro para a Assistência Farmacêutica.
- Falta de integração das iniciativas educativas, necessária harmonização entre profissionais, academia e serviço.
- Necessidade de capacitação com foco em resultados e avaliação dos impactos do treinamento no serviço.
- Ausência de normatização quanto à responsabilização de cada membro da equipe na Assistência Farmacêutica (farmacêutico, técnico de farmácia).

Fonte: Autoria própria.

..... Dispensação e Cuidado

O interesse pela participação mais ativa do farmacêutico no cuidado direto ao paciente tem crescido mundialmente, reforçando a necessidade de implementação de serviços de atenção coordenados por esse profissional e a sua inserção nas equipes de saúde. Apesar dos importantes avanços no acesso gratuito a medicamentos no País, com ampliação do elenco e de estratégias de fornecimento, há grande fragmentação dos serviços farmacêuticos e ausência de padronização da prática clínica. Observam-se decisões não uniformes que refletem, conseqüentemente, na redução de reconhecimento profissional do farmacêutico pela sociedade.

Iniciativas de implantação do Cuidado Farmacêutico no Brasil têm demonstrado resultados promissores para a prática clínica do farmacêutico no SUS. Porém, a falta de conhecimento satisfatório de alguns farmacêuticos para a realização de serviços clínicos e a prevalência das atividades técnico-gerenciais no processo de trabalho é uma realidade a ser superada, tanto no setor público quanto no privado. (REIS et al., 2015a; REIS et al., 2015b; REIS et al., 2015c; NAVES; SILVER, 2005) Permanece o desafio de inserir as práticas clínicas no cotidiano das farmácias e ampliar a sua oferta à população, a fim de otimizar os benefícios e minimizar os riscos relacionados à farmacoterapia.

Os debates apontaram que há muitos desafios para a institucionalização dos serviços de Cuidado Farmacêutico no SUS, a saber: ausência de estrutura física para a prática, falta de recursos humanos qualificados, disseminação da prática de forma diversa no País, falta de estratégia e planejamento na implantação dos serviços e de uma melhor formação para o processo de cuidado, ausência de financiamento específico, entre outros. Destacou-se também a falta de valorização dos farmacêuticos clínicos, a ausência de recursos humanos e profissionais de nível médio nos serviços farmacêuticos, falta de recursos de informática e sistemas de informação, bem como problemas no acesso à literatura e à informação de qualidade.

Foram apontadas fragilidades no processo de formação do profissional farmacêutico, que não tem um preparo para as ações no processo de cuidado, e de incentivos para o profissional, como plano de cargos, carreiras e salários. Destacou-se, ainda, a necessidade de os serviços farmacêuticos serem atrelados às linhas de cuidado em saúde.

NOTA DE EVIDÊNCIAS

Dos farmacêuticos brasileiros que atuam na Atenção Básica, 21,3% afirmaram realizar atividades de natureza clínica, apesar de mais de 80% destes considerarem que essas atividades são importantes no seu serviço. A falta de infraestrutura física, tecnológica e treinamento foram os principais entraves relatados. Investimentos do sistema de saúde em Cuidado Farmacêutico poderiam contribuir para a redução do percentual de baixa adesão a medicamentos para doenças crônicas na população brasileira, que atualmente se encontra em torno de 30,8%, além de contribuir para uma melhoria dos resultados da farmacoterapia de idosos com essas condições de saúde, as quais demandam o uso de medicamentos em 93% dos casos. Em 70% desses casos, é necessário o uso de dois ou mais fármacos. (ARAÚJO et al., 2017; RAMOS et al., 2016; TAVARES et al., 2016)

Foram abordados pelo grupo os problemas decorrentes da carga de trabalho do farmacêutico e da falta de uma regulamentação das competências de cada profissional na Assistência Farmacêutica, reforçando-se a inexistência de um programa nacional para a formação de profissionais para o cuidado. O processo de cuidado deve ser pensado tanto no âmbito do serviço de saúde público como privado.

Em relação às drogarias, falta uma normatização que qualifique as farmácias e propicie a implantação de serviços farmacêuticos. Discutiu-se que o governo federal deve rever a forma como realiza suas contratações com farmácias no PFPB, de forma que, entre os pré-requisitos para a contratação, fossem abordadas questões como habilidades e competências do profissional farmacêutico e realização de atividades de cuidado, por exemplo.

Destacou-se, também, a preocupação quanto ao papel do técnico de farmácia, pois para promoção integral do cuidado, o acesso ao medicamento pode ser um requisito essencial e isso requer êxito nas atividades logísticas. Outra demanda refere-se à baixa capacitação dos profissionais para realizar a prescrição farmacêutica e a falta de interação entre prescritores e farmacêuticos. Em adição, apontou-se como problema a falta de sistemas que registrem a produção técnica do farmacêutico na Atenção Básica, o que se espera minimizar com a recente vinculação do farmacêutico a 49 procedimentos remunerados pelo SUS (disponíveis no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS – Sigtap).

QUADRO 9 – PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS SOBRE O TEMA “DISPENSAÇÃO E CUIDADO”

PROBLEMA GLOBAL: DESENVOLVIMENTO INCIPENTE DE DIRETRIZES, ESTRATÉGIAS DE FOMENTO E AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE DISPENSAÇÃO E CUIDADO FARMACÊUTICO

- Ausência de informações clínicas (prontuários eletrônicos) ou ineficiência do sistema de informação e gerenciamento do Cuidado.
- Gestão inadequada do processo de trabalho do Farmacêutico (falta de gestão do processo e responsabilização para uso racional de medicamentos na Assistência Farmacêutica).
- Falta de integração do farmacêutico com outros profissionais da equipe e desarticulação dos serviços farmacêuticos com as linhas de cuidado.
- Insuficiência de farmacêuticos qualificados para as atividades de cuidado e cobertura insuficiente da Assistência Farmacêutica por meio do Nasf, e predileção para atividades gerenciais.
- Falta de difusão da informação quanto à Rename e ao FTN.
- Falta de alinhamento e inclusão do profissional e serviços farmacêuticos nos sistemas de informação do Ministério da Saúde.
- Falta da inclusão do cuidado farmacêutico nas normativas e materiais técnicos do Ministério da Saúde.
- Deficiência na formação clínica dos profissionais farmacêuticos e despreparo do corpo docente nas universidades.
- Dificuldades quanto ao financiamento das atividades do cuidado.
- Ausência de implementação do componente serviço dentro do Programa Farmácia Popular.
- Falta de indicadores de estrutura, processo e resultados por complexidade de serviços farmacêuticos.
- Insuficiência de ferramentas de fácil acesso para a prática profissional.
- Ausência de normatização quanto à responsabilização de cada membro da equipe na Assistência Farmacêutica (farmacêutico, técnico de farmácia).

Fonte: Autoria própria.

Burocratização dos serviços de Assistência Farmacêutica

A morosidade e as dificuldades na correta execução dos diferentes serviços farmacêuticos foram amplamente debatidos, problemas nos processos de aquisição de medicamentos ou mesmo na regulação do mercado foram apontados e citados em outros temas também.

NOTA DE EVIDÊNCIAS

Relato de experiência de descentralização do Ceaf demonstrou que as maiores dificuldades encontradas estavam relacionadas ao cumprimento de algumas exigências dos PCDT e do Laudo Médico Especializado (LME), principalmente pela dificuldade que os municípios menores enfrentam pela escassez de médicos especialistas. (SILVA; COSTA, 2015)

As diferentes regras de programação e provisão de medicamentos do Ministério da Saúde foram destacadas como entraves para os estados e os municípios que necessitam se adequar à utilização de diferentes regras e sistemas de informação.

Algumas estratégias de controle e monitoramento também foram apontadas como limitadores do atendimento ágil aos usuários do SUS, especialmente aquelas que se referem ao Ceaf.

QUADRO 10 – PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS SOBRE O TEMA “BUROCRATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA”

PROBLEMA GLOBAL: EXCESSO DE BUROCRATIZAÇÃO NA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COM CONSEQUENTE INEFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS PRESTADOS AO USUÁRIO DO SUS

- Falta de medicamentos – atingindo de forma diferenciada doenças de alta carga.
- Falta de harmonização entre a oferta dos medicamentos especializados e a oferta de cuidado e de diagnóstico.
- Falta de padronização de protocolos nas diferentes instituições de saúde.
- Subfinanciamento da Assistência Farmacêutica e descumprimento no repasse/execução do recurso pactuado.
- O atual modelo de blocos de financiamento ocasiona o engessamento do uso dos recursos para Assistência Farmacêutica (fragmentação/falta de flexibilidade entre os blocos).
- Falta de priorização de financiamento por parte dos gestores para o componente básico.
- Modelo de gestão insuficiente para populações especiais (indígenas, privados de liberdades e população de difícil acesso).
- Pouca transparência na disponibilização de dados aos usuários SUS.
- Baixa capacidade de negociação de preços pelos municípios.
- Falta de monitoramento da gestão de estoques.
- Atraso do repasse do recurso para aquisição.

continua

conclusão

PROBLEMA GLOBAL: EXCESSO DE BUROCRATIZAÇÃO NA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COM CONSEQUENTE INEFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS PRESTADOS AO USUÁRIO DO SUS

- Falta de indicadores de monitoramento das várias funções da aquisição.
- Complexidade (burocratização) na aquisição de medicamentos.
- Fragmentação da Assistência Farmacêutica e seus serviços, seguindo a lógica dos componentes.
- Burocracia e normas de acesso ao componente especializado que precisam ser flexibilizadas ou otimizadas.
- Falta de padrão de programação e envio de informação para provimento de medicamentos via Ministério da Saúde.

Fonte: Autoria própria.

AS PROPOSTAS PARA DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO

O segundo momento de discussões (II Oficina) foi focado na proposição de soluções para os problemas identificados na I Oficina, com vistas a gerar contribuições para o aprimoramento da política de Assistência Farmacêutica no País.

No Anexo D é possível verificar as relatorias originais das discussões. Métodos de análise de discurso ou outras estratégias de avaliação qualitativa podem ser utilizados posteriormente para aprofundar o trabalho ou revalidar as informações. Para esta publicação, os relatos foram revisados e sintetizados com o objetivo de extrair as principais propostas, que estarão descritas e contextualizadas a seguir:

A busca do redirecionamento da Assistência Farmacêutica, permutando o foco do medicamento para o usuário, já apontado pela PNM e pela Pnaf, foi tema recorrente das discussões. Porém, o reconhecimento de avanços dessa busca foi ressaltado, em especial, com a instituição do Qualifar-SUS, que se configurou como exemplo de investimento centrado na qualificação do serviço e não apenas na aquisição de medicamentos. (COSTA et al., 2017)

A continuidade e a ampliação dos investimentos na estruturação da Assistência Farmacêutica foi um dos pontos mais destacados pelos participantes. Segundo Leite et al. (2017), em apenas 40% dos municípios brasileiros o espaço mínimo de 14 m² destinados à dispensação é respeitado nas farmácias básicas, além de haver deficiências de equipamentos. (LEITE et al, 2017) Em avaliação sobre o programa Qualifar-SUS com os primeiros municípios participantes, foi observado que 94% deles realizaram as etapas de diagnóstico e de planejamento, 65% conseguiram executar todo o recurso e cerca de 80% enviavam informações à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica. Porém, ajustes nas regras do programa e um maior suporte de gestão parecem ser necessários, uma vez que na avaliação normativa das dimensões estrutura física/recursos humanos e processo e análise de aspectos do contexto organizacional realizada por Rodrigues et al. (2017), os municípios apresentaram, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório (44%) ou crítico (21%).

Síntese de Propostas nº 1

Avaliação do impacto do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS) para ajustes, garantia de sua continuidade e ampliação para novos municípios.

Segundo Humphreys e McLellan (2011), o modelo de avaliação de qualidade das políticas e dos serviços deve ser capaz de detectar as dificuldades e produzir recomendações que possibilitem corrigir rumos e disseminar lições e aprendizagens. Para isso, Rover et al. (2017) destacam a importância da criação de indicadores enquanto elementos que apontam certa condição, característica, atributo ou medida, permitindo o registro e a análise de dados e informações sobre um evento.

Autores como Guimarães et al. (2004) e Barreto e Guimarães (2010) recomendam que, na avaliação da capacidade de gestão, sejam consideradas três dimensões: organizacional, operacional e sustentabilidade. Nesse contexto, a necessidade de criar indicadores que registrem e demonstrem aos gestores os impactos positivos dos investimentos na estrutura da Assistência Farmacêutica parece ser um ponto estratégico para a sustentabilidade das ações em tempos de alternância da gestão da saúde, sobremaneira no que tange ao Qualifar-SUS.

Síntese de Propostas nº 2

Revisão dos Parâmetros de estrutura mínima de farmácias (“Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS” e RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002), com definição de indicadores e rotina de monitoramento.

A estruturação da ambiência dos serviços de farmácia é fundamental para a humanização do atendimento e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais. Isso favorece a qualificação dos serviços oferecidos e estabelece um cenário propício à realização da dispensação de medicamentos. (LEITE et al., 2017)

Além disso, outro problema discutido foi o desabastecimento de medicamentos, que ocasional ou permanente, prejudica a cadeia de assistência, independentemente dos avanços políticos e logísticos na organização da Assistência Farmacêutica do País. (ROSA et al., 2016) Soluções para superar o desabastecimento de medicamentos também foram apontadas, como continuar investindo na integração das informações da Assistência Farmacêutica, criar mecanismos para monitoramento dos repasses de recurso acordado entre os gestores, a sistematizar e automatizar os processos de programação, criar estratégias para participação dos laboratórios públicos nas licitações de estados e de municípios. Estratégias específicas de padronização de “preçoSUS” regionalizado ou o fomento de Atas de Registro de Preço também foram citadas.

A necessidade de uniformizar os fluxos de programação de medicamentos e das ações de Assistência Farmacêutica foi destacada na I Oficina e também debatida no segundo momento.

Síntese de Propostas nº 3

Estruturação de um modelo e fluxo de programação, sistematizada, articulada entre os entes, ascendente, a fim de evitar duplicidade, padrões divergentes de qualidade e excessivo número de regras entre os programas de saúde do SUS.

A programação de medicamentos busca manter o abastecimento de medicamentos das farmácias dos serviços de saúde, compatibilizando os recursos disponíveis com as necessidades. Deve, assim, ser descentralizada e ascendente, utilizando estratégias que permitam conhecer as necessidades e o consumo de cada unidade de dispensação para estimar a demanda do serviço. (DIEHL; SANTOS; SCHAEFER, 2016)

Síntese de Propostas nº 4

Integração das informações da Assistência Farmacêutica entre as esferas do SUS, com mobilização dos gestores, da criação e da aplicação de indicadores de monitoramento das ações, da efetividade do acesso e dos recursos empregados por cada ente.

Os avanços na harmonização das divergências e duplicidades de sistemas de informação e o investimento dos últimos anos na unificação das informações da Assistência Farmacêutica foram destacados. O desenvolvimento e a disponibilização do sistema Hórus pelo Ministério da Saúde como alternativa tecnológica foram considerados uma estratégia adequada, apesar da necessidade de ajustes e de barreiras de infraestrutura para sua implantação generalizada. Dados apontam que cerca de 70% dos municípios brasileiros utilizam sistemas informatizados na gestão da Assistência Farmacêutica, embora menos de 40% desses sistemas registrem dados da dispensação e em apenas 16% dos municípios o Hórus seja o sistema adotado (LEITE et al., 2017; SOUZA et al., 2017). Ações de apoio aos municípios, à ampliação dos processos de capacitação e à vinculação de recursos para integração da BNDASF foram apontadas como ações estratégicas.

Síntese de Propostas nº 5

Disponibilização de soluções para municípios que não possuem infraestrutura física e tecnologia para adesão à Base Nacional de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica, como: inclusão na lista de beneficiados pelo Qualifar-SUS, criação do Hórus *off-line* e de recurso alternativo para aquisição de equipamentos, entre outros.

A utilização de sistemas informatizados aumenta a efetividade na gestão técnica e clínica do medicamento (programação e gestão de estoques, aquisição, dispensação e acompanhamento farmacoterapêutico), e o acesso à internet emerge como um item primordial para a integração das farmácias públicas com outros sistemas do SUS. (DIAS, 2014; BARBOSA et al., 2017) Todavia, poucos municípios brasileiros utilizam sistema informatizado para registro das atividades técnicas e clínicas, além de relatarem dificuldades de acesso à internet, o que interfere significativamente na reunião de informações que subsidiem as políticas e as decisões relativas à gestão da Assistência Farmacêutica nas três esferas de governo.

Estudos evidenciam que a operacionalização da Assistência Farmacêutica ainda necessita de investimentos robustos dos entes federados, havendo deficiências em relação às instalações, aos equipamentos, aos mobiliários e aos serviços necessários ao funcionamento efetivo de um estabelecimento de saúde e à gestão adequada das ações que visam ao acesso e ao uso racional dos medicamentos (MAYORGA et al., 2004; FRAGA, 2005; VIEIRA; ZUCCHI, 2013). Nesse processo, a organização dos municípios e dos estados em consórcios pode favorecer o processo logístico de acesso a medicamentos no SUS. Um estudo de caso realizado em municípios de pequeno porte no estado do Paraná evidenciou que o consórcio intermunicipal representa uma solução efetiva para problemas que interferem na infraestrutura e na capacidade de oferta de serviços. (SILVA et al., 2017)

Síntese de Propostas nº 6

Estruturação de um programa ministerial para fomento e implantação de consórcios intermunicipais ou interestaduais para aquisição e distribuição de medicamentos.

Outros resultados têm demonstrado um ganho econômico com a organização dos municípios em consórcios mesmo para aqueles de menor porte. Estudo de Ferraes e Cordoni Junior (2007) verificou que os preços praticados pelo Consórcio Paraná Saúde foram quase 30% menores que a média nacional.

Síntese de Propostas nº 7

Revisão do modelo, valores e lógica de financiamento dos medicamentos da Atenção Básica, de forma que não privilegie apenas o produto e preveja as diferenças e necessidades regionais.

O financiamento da Assistência Farmacêutica no País, até o ano de 2017, organizado em blocos de financiamento, favoreceu o agrupamento de programas específicos, a gestão de recursos pelos gestores do SUS e a transparência desse processo, beneficiando assim o acesso aos medicamentos (COSTA et al., 2017; VIEIRA, 2008). Apesar disso, diferentes ações para problemas de financiamento da Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos foram listados durante a II Oficina: (i) vincular o repasse de recurso às diferenças regionais do País; (ii) criar protocolos e meios alternativos para atender à logística de municípios de difícil acesso; (iii) definir o que é de responsabilidade de cada ente em um processo de

judicialização; (iv) fomentar o controle social para garantia do repasse de recursos; (v) alterar portaria estabelecendo cortes financeiros para os municípios que não disponibilizarem a informação. Porém, três assuntos tomaram maior proporção nos debates: o enfrentamento do suprafinanciamento, a judicialização, o subfinanciamento da Atenção Básica e as dificuldades da atenção oncológica. Outras propostas de ações podem ser conferidas no Anexo D.

Síntese de Propostas nº 8

Revisão das políticas e regras atuais de financiamento e acesso a medicamentos para Oncologia, na busca de maior efetividade do acesso e maior transparência para gestores, profissionais e usuários.

Vidal et al. (2017) fundamentaram essa última proposta, quando, a partir da revisão das demandas judiciais de antineoplásicos enviados ao Instituto Nacional do Câncer (Inca), entenderam que a gestão do SUS deve encontrar soluções para a divergência entre o modelo de financiamento da Assistência Farmacêutica atual, que não contempla a assistência oncológica (financiamento via procedimentos), criando divergências de acesso importantes. A inclusão de elenco para essa área na Rename e a ampliação das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas da Oncologia também foram apontadas como potenciais ações.

Síntese de Propostas nº 9

Elaboração de diretrizes nacionais para gerenciamento dos processos de judicialização e criação de comissões estaduais (com gestores, Judiciário, prescritores e outros) para pactuação, condução e enfrentamento dessa demanda crescente.

Síntese de Propostas nº 10

Harmonização das diretrizes ministeriais e ampliação da elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Básica, priorizando doenças e agravos mais prevalentes para qualificação da assistência sob a ótica da saúde baseada em evidências.

Os avanços realizados nos últimos anos, principalmente com a criação da Conitec, vinculação da Rename à definição das responsabilidades de financiamento e o investimento na ampliação de PCDT foram pontos destacados. Tavares e Pinheiro (2014) afirmam que a adoção da assistência terapêutica integral, assegurada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estimulou esses avanços que resultaram na organização e na implementação da política de acesso a medicamentos no País, influenciando positivamente sobre o setor produtivo, a inovação, o desenvolvimento tecnológico e a oferta de serviços de saúde no País. Apesar disso, verifica-se ainda a necessidade de melhorar a qualidade da atenção em saúde por meio de estratégias como o uso frequente das diretrizes clínicas e dos protocolos terapêuticos.

Diferentes autores já afirmaram que diretrizes que atendem às metodologias de elaboração dos PCDT se configuram como ferramentas de maior qualidade em diferentes domínios de avaliação, como “rigor e desenvolvimento”, “clareza da apresentação” e “independência editorial” (SANTANA, 2017; MOLINO et al., 2016; RONSONI et al., 2015). A uniformização das diretrizes do SUS no formato de PCDT tende a diminuir as divergências de orientação, melhorar as práticas de saúde baseada em evidências e evitar um duplo padrão de qualidade assistencial.

Nesse sentido, Ronsoni et al. (2015) atestaram a qualidade dos PCDT elaborados pelo Ministério da Saúde, mas apontaram a necessidade de melhorar a descrição dos métodos utilizados na elaboração das recomendações e incluir na publicação oficial do documento apêndices (fluxogramas, fichas, guia e tabelas) e outras informações técnicas relativas às evidências que basearam sua construção. Karnikowski et al. (2017) ressaltam, ainda, que “facilitar o acesso dos profissionais da atenção primária às diretrizes e protocolos clínicos baseados em evidência proporcionará um melhor uso de recursos públicos e o uso seguro e responsável dos medicamentos no SUS”.

Além das ações destacadas a seguir, pode-se citar também como estratégias de qualificação da Assistência Farmacêutica: (i) elaboração de elenco mínimo de medicamentos para Oncologia; (ii) atualização periódica e permanente do FTN; (iii) promoção da adesão dos clínicos à prescrição de medicamentos da Rename; (iv)

fomento a estudos de vida real, para discutir a desincorporação, desinvestimento ou revisão de preço de medicamentos incorporados.

Síntese de Propostas nº 11

Criar estratégias para avaliação de tecnologias nos estados e nos municípios, desburocratizar o processo de avaliação de tecnologias na esfera federal e atualização da Rename para atendimento das necessidades do SUS, consultando a sociedade sobre as demandas prioritárias para avaliação.

Diferentes estudos apontam os avanços no rigor de avaliação da Conitec e seu papel de garantir a contínua avaliação de itens “inovadores” que trazem dúvidas a sociedade sobre sua real vantagem terapêutica e impactos na eficácia, na segurança e nos custos de tratamento. (RABELO et al., 2015; PEREIRA; SALOMON; SOUZA, 2015)

No entanto, o foco na análise da alta tecnologia tem sido apontado como ameaça à atualização de tratamentos para doenças que atingem populações vulneráveis ou ao atendimento de demandas de menor complexidade da Atenção Básica, por exemplo. Algumas propostas têm sido apontadas na literatura e estão em consonância com as proposições desse relatório, como: (i) reavaliar fluxos e critérios para a submissão de demandas à Conitec, especialmente aquelas apontadas por estados e municípios; (ii) manter a priorização dos últimos anos das demandas da Atenção Básica para atualização da Rename; (iii) pactuar norma ou diretrizes de orientação para a seleção complementar de medicamentos em estados e municípios. (NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2015; KARNIKOWSKI et al., 2017; MARQUES; ZUCCHI, 2006; SANTANA; LUPATINI, LEITE, 2017; FIGUEIREDO; SCHRAMM; PEPE, 2014)

Ampliando as discussões, a educação permanente e a gestão de recursos humanos da Assistência Farmacêutica também foram colocadas em pauta, abordando questões relacionadas a regulamentações profissionais, ações de valorização das equipes do SUS, modificação de currículos e abordagem educacionais, entre outros. O resultado da discussão gerou as Propostas nº 12 e 13, sintetizadas na sequência.

Síntese de Propostas nº 12

Normatizar padrões mínimos sugestivos de equipes e atribuição dos principais profissionais da Assistência Farmacêutica, incluindo o papel do auxiliar/técnico de farmácia, com intuito de qualificar tecnicamente os trabalhadores desses serviços.

Estudos evidenciam que os técnicos em farmácia podem ser aliados dos farmacêuticos no processo de identificação e resolução de problemas relacionados a medicamentos, desde que devidamente capacitados e treinados pelo farmacêutico (como todos os demais funcionários da farmácia), em conformidade ao que determina a legislação vigente. (MELO et al., 2017; BRASIL, 2009a)

Síntese de Propostas nº 13

Mapear necessidades e, a partir disso, elaborar ações de qualificação das equipes de Assistência Farmacêutica para atendimento das principais demandas de gestão, controle de recursos, atividades técnicas e clínicas.

Avanços, como a profissionalização das funções de gestão municipal na Atenção Básica, têm sido observados quando se avalia a qualificação das equipes de Assistência Farmacêutica no País. Apesar disso, ainda são verificadas deficiências, como baixa escolaridade, tipo de vínculo com o empregador e o número incipiente de farmacêuticos na composição da força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos. Esses fatores podem comprometer a qualidade do uso dos medicamentos e seus resultados na saúde da população. (CARVALHO et al., 2017)

Síntese de Propostas nº 14

Revisão das iniciativas de implantação do Cuidado Farmacêutico no SUS a fim de elaborar diretrizes nacionais com objetivos prioritários e ações de fomento à expansão do cuidado farmacêutico, dando preferência aos serviços que já superaram barreiras de infraestrutura.

As discussões abordaram as barreiras atuais para implantação do Cuidado Farmacêutico no SUS, como a falta de infraestrutura física, tecnologia e de recursos humanos; a definição de serviços prioritários, estratégias e ações de fomento foram soluções apontadas. A designação de “padrões mínimos” ou níveis de Cuidado

Farmacêutico, atrelados à estrutura e aos serviços, foi entendida como ações para que estes serviços sejam prestados nas diversas realidades nacionais.

Retomar a questão da humanização e o investimento no padrão de dispensação também foi abordado (melhorar a ambientação das farmácias com retirada das grades, janelinhas, aproximação do paciente ao farmacêutico). Barbosa et al. (2017) observaram que o espaço físico onde se realiza a dispensação nas farmácias básicas geralmente é reduzido e o serviço ocorre por meio de janelas gradeadas ou vidros, sem qualquer tipo de orientação ao usuário (MAYORGA et al., 2004). Sabe-se que isso representa um problema organizacional que compromete diretamente a terapêutica, já que a humanização do atendimento ao usuário tem sido associada à adesão ao tratamento. (PEREIRA; SALOMON; SOUZA, 2015)

Síntese de Propostas nº 15

Revisão das normas, fluxos e rotinas de acesso a medicamentos nos diferentes componentes da Assistência Farmacêutica e diferentes programas de saúde com intuito de ouvir dificuldades dos executores das políticas e propor ações que facilitem a assistência ao usuário e otimizem recursos e processos de trabalho.

As ações para desburocratização de alguns serviços de Assistência Farmacêutica foram bastante discutidas na II Oficina. De acordo com Almeida-Brasil et al. (2016), a burocracia do trâmite administrativo e a dificuldade de seguimento do PCDT pelos prescritores prejudicam o acesso ao tratamento da doença de Alzheimer e constituem uma grande carga para o orçamento dos pacientes. Dessa forma, estudos para facilitar o acesso a medicamentos, especialmente aos do Ceaf, devem ser realizados buscando definir estratégias que simplifiquem a rotina sem, no entanto, gerar condições de insegurança administrativa ou risco de mau uso do recurso público.

Soluções como: (i) unificação dos sistemas de informação; (ii) ampliação da vigência de documentos, como laudos; (iii) digitalização, em vez de guarda física de documentos; (iv) manual instrutivo para auditorias do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS); (v) criação de ferramenta de transparência dos dados para cidadão; (vi) simplificação dos PCDT; (vii) uniformização ao máximo de regras de acesso divergentes entre componentes e programas de saúde, entre outros.

No Brasil, a prevalência do acesso total aos medicamentos para as doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, é alta e apresenta diferenças significativas

por faixa etária, região do País, número de doenças crônicas não transmissíveis e de medicamentos prescritos e autoavaliação da saúde. (OLIVEIRA et al., 2016) Apesar disso, Alvares et al. (2017) afirmam que o acesso aos medicamentos continuam sendo um desafio, pois ainda é fortemente comprometido pela baixa disponibilidade de medicamentos essenciais em unidades públicas de saúde.

Dessa forma, observa-se que o acesso não segue de forma satisfatória os princípios da universalidade, equidade e integralidade previstos para o SUS, fazendo-se necessário rever as normas, os fluxos e as rotinas definidos no âmbito dos diferentes componentes da Assistência Farmacêutica e dos programas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório representa um esforço concentrado de ampliar o debate sobre a Assistência Farmacêutica no SUS envolvendo os principais atores que constroem essa importante política de saúde.

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), como condutor da política em nome do Ministério da Saúde, debruçar-se-á nas proposições coletivas com o objetivo de traçar estratégias de trabalho e redirecionar ações para atender às necessidades dos serviços e dos usuários do SUS.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), como representantes das esferas estaduais e municipais de saúde, também deverão partilhar desse esforço e retroalimentar as demandas identificadas pelos serviços de Assistência Farmacêutica.

Muitos passos foram dados para ampliação contínua do acesso e uso racional de medicamentos no País. Evidentemente ainda há muito a se fazer, e a responsabilidade dos agentes públicos e da sociedade em geral para garantir e ampliar os avanços é fundamental.

Após 20 anos de publicação da primeira política pública formal sobre medicamentos do País e 14 anos da política que consolidou nossa Assistência Farmacêutica, é necessário focar nas novas propostas e traçar metas para desenvolvimento e qualificação da área, de forma a garantir efetividade contínua nas ações estratégicas da Assistência Farmacêutica do Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, 2016.

ÁLVARES, J. et al. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51. Supl. 2, 2017.

ARAÚJO, P. S. et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, set. 2017. Supl. 2.

BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2475-2486, 2017.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. do 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, 2010.

BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: impasse entre a saúde e o comércio! **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. e00123117, set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.html>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Base Nacional da Assistência Farmacêutica**. ©2013. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/base-nacional-de-dados>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. 2002. 44 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf2002>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012**. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. 1998. Disponível em: <<http://>>

bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 25 jan. 2018.

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, 2017. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. 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, 2014. 163 p. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/Livro-2-completo-para-site-com-ISBN.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_plantas_medicinais_fitoterapicos.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. **QualifarSUS Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde: eixo estrutura atenção básica: instruções técnicas**. Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/29/2016-0020-qualifarsus.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba**. Brasília, 2015. (Cuidado Farmacêutica na Atenção Básica, caderno 4). Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resultado_projeto_implantacao_cuidados_farmaceuticos.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: resultados**. Brasília, 2016b. 108 p. (Série PNAUM).

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, 2016c. 144 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/relatorio_assistencia_farmacautica_basica_2009_2015.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

BROWN, J. et al. **The World Café**: shaping our futures through conversations that matter. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers Inc., 2010. 300 p.

CARVALHO, M. N. et al. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, set. 2017. Supl. 2.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A Assistência Farmacêutica no SUS**. 2011. 172 p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS, v. 7). Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_7.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

COSTA, E. A. et al. Technical issues and conservation conditions of medicines in the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, set. 2017. Supl. 2.

COSTA, K. S. et al. Pharmaceutical services in primary health care: interfederative agreement in the development of pharmaceutical policies in the Brazilian Unified Health System (SUS). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, set. 2017. Supl. 2.

DAVID, G.; ANDRELINO, A.; BEGHIN, N. **Direito a medicamentos**: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015. Brasília: Unesc, 2016. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/textos/direito-a-medicamentos-avaliacao-das-despesas-com-medicamentos-no-ambito-federal-do-sistema-unico-de-saude-entre-2008-e-2015/view>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

DIAS, K. E. **A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS**: uma proposta de ações para auxiliar esse processo. 2014. 119 f. Dissertação (Mestrado)– Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

DIEHL, E. E.; SANTOS, R. I. dos; SCHAEFER, S da C. **Logística de medicamentos**. Florianópolis: EdUFSC, 2016.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, [S.l.], v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 475-486, jun. 2007.

- FERREIRA, P. A. de A. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, p. 67-117, jun. 2017. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/14019/1/Efeitos%20do%20copagamento%20de%20medicamentos%20sobre%20a%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil..._P_BD.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.
- FIGUEIREDO FILHO, W. B.; MÜLLER, G. Planejamento estratégico segundo Matus: proposta e crítica. In: GERARDI, L. H. de O.; MENDES, I. A. (Org.). **Do natural, do social e de suas interações**: visões geográficas. Rio Claro, SP: UNESP, 2002. p. 121-132.
- FIGUEIREDO, T. A.; SCHRAMM, J. M. de A.; PEPE, V. L. E. Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2344-2356, 2014.
- FRAGA, F. N. da R. **A Utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal**. 2005. 157 f. Dissertação (Mestrado)– Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- GUIMARÃES, M. do C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, 2004.
- HUMPHREYS, K.; MCLELLAN, A. T. A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. **Addiction**, England, v. 106, n. 12, p. 2058-2066, Dec. 2011.
- INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD. **Situación de medicamentos esenciales con riesgo de desabastecimiento con énfasis en los países Suramericanos**. 2017. 62 p. Disponível em: <[http://isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[3807\]ling\[2\]anx\[938\].pdf](http://isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[3807]ling[2]anx[938].pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2018.
- KARNIKOWSKI, M. G. de O. et al. Characterization of the selection of medicines for the Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, nov. 2017. Supl. 2.
- LEITE, S. N. et al. **Gestão da assistência farmacêutica**. Florianópolis: UFSC, 2016. 160 p.
- LEITE, S. N. et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: analysis of PNAUM: services data. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, set. 2017. Supl. 2.
- MARQUES, D.; ZUCCHI, P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: além das diretrizes internacionais. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v. 19, n. 1, p. 58-68, 2006.

MAYORGA, P. et al. Serviços farmacêuticos no SUS: quando se efetivará? In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). **Gestão local em saúde**: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 197-215.

MELO, D. O. de et al. Capacitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 261-268, jan. 2017.

MOLINO, C. de G. R. C. et al. Non-Communicable Disease Clinical Practice Guidelines in Brazil: A Systematic Assessment of Methodological Quality and Transparency. **PLoS One**, Malaysia, v. 11, n. 11, p. e0166367, Nov. 2016.

NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo**: A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. et al. Avanços e perspectivas da RENAME após novos marcos legais: o desafio de contribuir para um SUS único e integral. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 3354-3371, out. 2015.

NASCIMENTO, R. C. R. M. do et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, nov. 2017. Supl. 2.

NAVES, J. de O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 223-230, abr. 2005.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, nov. 2010.

OLIVEIRA, M. A. et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 6s, 2016. Supl. 2.

OSORIO-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 & Clinical Pharmacology & Toxicology**, [S.l.], Dec. 2017. DOI: 10.1111/bcpt.12932.

PEREIRA, V.; SALOMON, F.; SOUZA, A. Critérios para decisões sobre incorporação de tecnologias em saúde no Brasil e no mundo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [S.l.], v. 6, p. 3066-3093, 2015. Supl. 4.

PONTES, M. A. et al. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2453-2462, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802453&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan. 2018.

RABELO, R. B. et al. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS: um balanço de seus primeiros anos de atuação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [S.l.], v. 6, p. 3225-3240, out. 2015. Supl. 4.

RAMOS, L. R. et al. Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 2016. Supl. 2.

REIS, T. M. et al. Knowledge and conduct of pharmacists for dispensing of drugs in community pharmacies: a cross-sectional study. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 733-734, July/Sept. 2015a.

REIS, T. M. et al. Pharmaceutical care in Brazilian community pharmacies: Knowledge and practice. **African Journal of Pharmacy and Pharmacology**, [S.l.], v. 9, n. 9, p. 287-294, Mar. 2015b.

REIS, T. M. et al. Pharmacists' Skills in Conducting Clinical Services in Community Pharmacies in Urban Areas of Northeast Brazil. **Latin American Journal of Pharmacy**, [S.l.], v. 34, n. 4, p. 725-731, 2015c.

RODRIGUES, P. S. et al. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 192-208, mar. 2017.

RONSONI, R. D. M. et al. Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1157-1162, jun. 2015.

ROSA, M. B. et al. Drug shortage: a public health problem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, 2016.

ROVER, M. R. M. et al. **Da construção à aplicação**: indicadores para a avaliação da gestão da assistência farmacêutica: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis: Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2017. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9254>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SANTANA, R. S. **SUS para todos? Avanços e desafios nas políticas farmacêuticas para doenças da pobreza**. 2017. 217 f. Dissertação (Doutorado em Ciências Farmacêuticas)– Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23594/1/2017_RafaelSantosSantana.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SANTANA, R. S.; LUPATINI, E. de O.; LEITE, S. N. Registro e incorporação no SUS: barreiras de acesso a medicamentos para doenças da pobreza? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1417-1428, 2017.

SILVA, A. A. de S.; COSTA, S. M. C. A descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica na 15ª região de saúde do estado do Ceará. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 37-40, jan./mar. 2015.

SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017.

SOUZA, G. S. et al. Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, set. 2017. Supl. 2.

TAVARES, N. U. L. et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 2016. Supl. 2.

TAVARES, N.; PINHEIRO, R. Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 49, mar. 2014.

VIDAL, T. J. et al. Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um iceberg? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2539-2548, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802539&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan. 2018.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 24, n. 2, p. 91-100, ago. 2008.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73-84, mar. 2013.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. **Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 1-6, jan. 2006.

ANEXOS

Anexo A

Programação – I Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica

8/2/2017	
MANHÃ	<p>8h30 – Credenciamento</p> <p>9h às 9h30 – Mesa de abertura Marco Antônio de Araújo Fireman – Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) Renato Alves Teixeira – Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE/MS) Mirna Poliana Furtado de Oliveira Martins – Coordenadora da I Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica Walter da Silva Jorge João – Conselho Federal de Farmácia (CFF) Ronald Ferreira dos Santos – Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar) Vitor Manuel Jesus Mateus – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) Elton da Silva Chaves – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)</p>
	<p>9h30 às 12h</p> <p>Mesa-redonda 1: Avanços e desafios da Política Nacional de Assistência Farmacêutica: onde estamos?</p> <p>Palestras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação dos 10 anos da Pnaf e resultados da Pnaum Mirna Poliana Furtado de Oliveira Martins – DAF/SCTIE/MS • Avanços e desafios da gestão estadual da Assistência Farmacêutica Vitor Manuel Jesus Mateus – Conass • Avanços e desafios da gestão municipal da Assistência Farmacêutica Elton da Silva Chaves – Conasems • Acesso e participação social na execução da política de Assistência Farmacêutica Ronald Ferreira dos Santos – CNS <p>Coordenador/Mediador: Valmir de Santi – CFF</p>

TARDE	<p>13h às 15h</p> <p>Mesa-redonda 2: Sustentabilidade e Direitos Individuais na Assistência Farmacêutica: incorporação de tecnologias e judicialização</p> <p>Palestras:</p> <ul style="list-style-type: none">• Incorporação e sustentabilidade na saúde Sarah Nascimento Silva – Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias (DGITS/SCTIE/MS)• Os desafios da garantia do direito à saúde João Pedro Gebran Neto – Conselho Nacional de Justiça (CNJ) <p>Debatedores: Lore Lamb – Conass Grazielle Custódio David – Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc)</p> <p>Mediador: Evandro de Oliveira Lupatini – DAF/SCTIE/MS</p>
	<p>15h às 17h</p> <p>Mesa-redonda 3: O papel estratégico dos Laboratórios Oficiais no SUS</p> <p>Palestras:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avanços e desafios dos Laboratórios Oficiais para atendimento da demanda do SUS Paulo Mayorga – Associação de Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (Alfob)• Produção pública como estratégia de ampliação do acesso a medicamentos no SUS Gabriela Costa Chaves – Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF/Fiocruz) <p>Debatedora: Seila Tolentino – DECIIS/SCTIE/MS</p> <p>Mediador: Kleber Lomonte Teixeira – Conasems</p>

9/2/2017	
MANHÃ	<p>9h às 12h</p> <p>Mesa-redonda 4: O Financiamento e Organização da Assistência Farmacêutica buscando a eficiência e a integralidade da atenção à saúde</p> <p>Palestras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Fragmentação do financiamento e seus impactos na execução da Assistência Farmacêutica Silvio César Machado Santos – SES/ES e CFF • Organização e financiamento das ações de cuidado farmacêutico: como colocar em prática? Renata Aline de Andrade – Secretaria Municipal de Diamantina/MG • Os diferentes modelos de farmácia para o sistema público de saúde: experiências nacionais e internacionais Cassiano Correr – Universidade Federal do Paraná • Estratégias de aquisição de medicamentos para o SUS: garantia de acesso e eficiência na gestão pública Deise Pontarolli – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná <p>Mediador: Elton da Silva Chaves – Conasems</p>
TARDE	<p>13h às 17h</p> <p>DISCUSSÃO DE GRUPO</p> <p>TEMA: Gestão e Financiamento</p>
10/2/2017	
MANHÃ	<p>8h às 12h</p> <p>DISCUSSÃO DE GRUPO</p> <p>TEMA: Eixo Estrutura</p> <p>TEMA: Eixo Informação</p> <p>TEMA: Eixo Educação e Recursos Humanos</p> <p>TEMA: Eixo Cuidado e Uso Racional</p>
TARDE	<p>13h às 16h – Plenária com todos os grupos no auditório central</p> <p>16h – Encerramento</p>

Anexo B

Programação – VI Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica e II Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica

1º DIA – 30/10/2017 (SEGUNDA-FEIRA)

CREDENCIAMENTO – 10h às 14h

Palestra de abertura – Avanços e desafios da política de Assistência Farmacêutica do SUS (15h às 16h)

Palestrante: Dr. Renato Alves Teixeira Lima (DAF/SCTIE/MS)

**Mesa-Redonda 1 – Perspectivas da gestão e do financiamento do SUS
(16h às 19h)**

Mediador: Israel Murakami (CFF)

Palestras:

- Os Blocos de Financiamento do SUS e a revisão da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 – **Rodrigo César Faleiro de Lacerda (SE/MS)**
- A garantia do acesso a medicamentos na reorganização da gestão e do financiamento em nível estadual – **Rene Santos (Conass)**
- A garantia do acesso a medicamentos na reorganização da gestão e do financiamento em nível municipal – **Elton da Silva Chaves (Conasems)**
- O uso de fontes de dados para o aprimoramento da gestão e do monitoramento dos recursos destinados à Assistência Farmacêutica – **Heber Dobis Bernarde (DAF/SCTIE/MS)**

**APRESENTAÇÃO CULTURAL E SOLENIDADE DE ABERTURA
(20h às 22h)**

**LANÇAMENTO DO RELATÓRIO “ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM
PEDIATRIA: Recomendações e estratégias para a ampliação da oferta, acesso
e uso racional de medicamentos adequados às crianças, no Brasil”**

**LANÇAMENTO DA RENAME 2017 (ENTREGA AOS TRÊS ENTES DO
SUS) E APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE “NOVA RENAME”**

2º DIA – 31/10/2017 (TERÇA-FEIRA)

**Mesa-Redonda 2 – Ações e estratégias para garantia
do acesso a medicamentos no País
(8h às 12h)**

Mediador: Sybelle Solange Lima de Oliveira (SES-AL)

Palestras:

- Programa Farmácia Popular do Brasil como estratégia para ampliação do acesso a medicamentos – **Cleonice Lisbete Silva Gama (DAF/SCTIE/MS)**
- A equidade na Assistência Farmacêutica no SUS e o acesso a medicamentos para populações vulneráveis – **Lorena Brito Evangelista (DAF/SCTIE/MS)**
- O desafio da garantia da integralidade em contextos de pressão pela alta tecnologia e crises de orçamento público – **Emmanuel de Oliveira Carneiro (DAF/SCTIE/MS)**
- Política de Avaliação de Tecnologias em Saúde no SUS e a Rename como promotora do acesso a medicamentos – **Artur Felipe Siqueira de Brito (DGITS/SCTIE/MS)**
- Judicialização Boa e Judicialização Má: desafios dos operadores do direito – **Dr. Tiago Lopes Coelho (UFMG).**

Debatedores:

- Lore Lamb (Conass)
- Elton da Silva Chaves (Conasems)
- Ronald Ferreira (CNS)

**II OFICINA SOBRE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO SUS (14h às 19h)**

Produto Esperado: Diagnóstico atual da Assistência Farmacêutica no SUS e propostas de ação da gestão da Assistência Farmacêutica (federal, estadual e municipal)

Coordenadores: Gestão do DAF/SCTIE/MS, Conass e Conasems

**OFICINA SOBRE FARMÁCIA POPULAR: DESAFIOS E
POTENCIALIDADES (14h às 17h)**

Produto Esperado: Recomendações para o Programa Farmácia Popular

Coordenadores: Gestão do DAF/SCTIE/MS, Conass, Conasems e CNS

MOSTRA DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NO SUS (14h às 19h)

Produto Esperado: Identificar as principais experiências brasileiras de qualificação da Assistência Farmacêutica.

Mediador: **Antônio Raimundo Leal Barbosa (DAF/SCTIE/MS)**

Debatedores:

- **Tiago Marques dos Reis (UFJF)**
- **Alexandre Correia dos Santos (CRF-AL)**
- **Israel Murakami (CFF)**

Experiências Apresentadas:

1. Gestão da Central de Abastecimento Farmacêutico do município de Rio do Sul (SC): Desafios e Resultados – **Rômulo Augusto Borges (Conasems)**
2. Descarte consciente e uso racional de medicamentos no município de Peritiba (SC) – **Liziane Trombreta (Conasems)**
3. Caravana da Assistência Farmacêutica: Perfil epidemiológico dos usuários assistidos pelo Programa de Saúde Mental do município de Joaquim Nabuco (PE) – **Luana Pires Holanda Teixeira (Conasems)**
4. Cuidado Farmacêutico no SUS: Implantação de Serviços clínicos farmacêuticos na Atenção Básica no município de São Paulo – **Felipe Tadeu Carvalho Santos (Conasems)**
5. Arranjo produtivo local e a Assistência Farmacêutica em Plantas Medicinais no município de Toledo (PR) – **Elenir Langner Neri Rudek (Conasems)**
6. Reestruturação da Assistência Farmacêutica no município de Lagoa Santa (MG) – **Grazielli Cristina Batista de Oliveira (CFF)**
7. A assistência farmacêutica em uma situação de desastre – o incêndio na Boate Kiss, em Santa Maria/RS – **Isabel Cristina Reinheimer (CFF)**
8. Implantação dos serviços de Farmácia Clínica na atenção básica de Campo Grande – **Amador Alves Bonifácio Neto (CFF)**
9. Implantação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico em unidade de atenção primária à saúde de Betim: experiência do Projeto Dia a Dia – **Lorrayne Carolina Resende (CFF)**

ENCERRAMENTO DO VIII FÓRUM

Anexo C

Lista de problemas identificados durante processo de discussão e análise da Assistência Farmacêutica

Nº	DESCRIÇÃO DE PROBLEMAS PELOS GRUPOS DE DISCUSSÃO
1	Subfinanciamento da saúde.
2	Falta de resolubilidade da atenção primária.
3	Não inserção da AF nos instrumentos de planejamento e gestão.
4	Monitoramento inadequado da execução dos recursos da Assistência Farmacêutica.
5	Ineficiência do gasto público com impacto na AF.
6	Ausência de diferenciação do recurso <i>per capita</i> considerando as diversidades regionais – população – epidemiologia.
7	Início dos tratamentos já com medicamentos de segunda ou terceira linha.
8	Dificuldade da inserção da gestão da Assistência Farmacêutica na atenção à saúde.
9	Atuação da AF com ênfase no produto (medicamento).
10	O atual modelo de blocos de financiamento ocasiona o engessamento do uso dos recursos da/para AF.
11	Risco da alocação de recursos não contemplar as prioridades sanitárias e reais necessidades da população.
12	Risco de a AF perder recurso.
13	Aumento da susceptibilidade do gestor ceder a pressões (negativas) internas e externas na alocação de recursos.
14	Falta de maturidade federativa para esse nível de discricionariedade.
15	Descumprimento no repasse/execução do recurso pactuado.
16	Subfinanciamento da Assistência Farmacêutica.
17	Ferramentas de gestão não utilizadas para monitoramento e avaliação.
18	Falta e/ou ineficiência de planejamento.
19	Complexidade (burocratização) na aquisição de medicamentos.
20	Falta de modelo de Assistência Farmacêutica.
21	Fragmentação/falta de flexibilidade entre os blocos.

Nº	DESCRIÇÃO DE PROBLEMAS PELOS GRUPOS DE DISCUSSÃO
22	Ausência de monitoramento efetivo do repasse e execução dos recursos financeiros.
23	Falta do profissional farmacêutico.
24	Ausência de estruturação mínima da Assistência Farmacêutica municipal (equipe capacitada, organograma bem definido).
25	Baixa qualificação dos gestores de Saúde e de Assistência Farmacêutica.
26	Ausência de sanção aos municípios e aos estados pelo Ministério da Saúde, o que descumpra a lei.
27	Omissão dos estados no acompanhamento das atividades da Assistência Farmacêutica dos municípios.
28	Formação incipiente e cooptação do controle social.
29	Dificuldades vindouras e desconhecidas oriundas da PEC 55.
30	Ausência de qualificação ideal na formação do profissional farmacêutico.
32	Grandes disparidades geográficas e sociodemográficas no País.
33	Alta rotatividade dos gestores nos estados e nos municípios.
34	Descentralização da assistência aos municípios.
35	Subfinanciamento.
36	Falta de incorporação de medicamentos para tratamento do câncer na Rename.
37	Irregularidade no repasse dos estados.
38	Falta de um sistema de informação que organize os repasses financeiros considerando as necessidades do indivíduo.
39	Interferências políticas na organização da AF.
40	Necessidade de bloco de financiamento de Oncologia.
41	Dificuldade na efetivação dos mecanismos de controle social na fiscalização e na orientação das políticas públicas de saúde.
42	O modelo de financiamento como elemento dificultador da assistência integral ao indivíduo.
43	Desconhecimento do profissional sobre a organização da gestão e do financiamento.
44	Dicotomia entre a lógica do financiamento <i>per capita</i> para os medicamentos e a lógica da organização dos serviços em rede regionalizada (RAS).
45	Baixa percepção do papel do estado na Atenção Básica.

Nº	DESCRIÇÃO DE PROBLEMAS PELOS GRUPOS DE DISCUSSÃO
46	Subfinanciamento da saúde.
47	Falta de priorização de financiamento por parte dos gestores para o componente básico.
48	Modelo focado apenas na aquisição dos medicamentos.
49	Falta de informação sistematizada e integrada para a gestão.
50	Fragilidade e desqualificação do controle social.
51	Falta de capacitação dos gestores políticos.
52	Pouca flexibilidade na gestão dos recursos da AF.
53	Fragmentação da Assistência Farmacêutica.
54	Falta de medicamentos – atingindo de forma diferenciada doenças de alta carga.
55	Falta de monitoramento da gestão de estoques.
56	Altos preços e preços diferenciados para aquisição dos diferentes entes federados.
57	Falta de monitoramento do planejamento de aquisições.
58	Atraso do repasse do recurso para aquisição.
59	Baixa articulação das linhas de cuidado e suas interfaces no que se refere aos blocos de financiamento.
60	Baixa articulação das linhas de cuidado e suas interfaces no que se refere aos blocos de financiamento no tratamento oncológico.
61	O processo de incorporação de medicamentos resultou na inclusão de medicamentos de valor terapêutico discutível, superposições em algumas indicações e falta de medicamentos em outras.
62	O Programa Farmácia Popular do Brasil tem custo mais alto que a Assistência Farmacêutica Básica, cobrindo um elenco menor de doenças.
63	Baixa capacidade de negociação de preços pelos municípios.
64	Dificuldades na regulação de preços.
65	Falta harmonização entre a oferta dos medicamentos especializados e a oferta de cuidado e de diagnóstico.
66	Ineficiência da utilização dos recursos orçamentários.
67	Vinculação entre incorporações de tecnologias e inclusão automática na Rename.

Nº	DESCRIÇÃO DE PROBLEMAS PELOS GRUPOS DE DISCUSSÃO
68	Aumento das ações judiciais com a extinção dos blocos com prejuízos à Atenção Básica.
69	Dificuldade de estimar impacto orçamentário para medicamentos incorporados no Brasil.
70	Falta de indicadores de monitoramento das várias funções da aquisição.
71	Alta carga burocrática do processo de compra.
72	Falta de padronização de protocolos nas diferentes instituições de saúde.
73	Falta avaliação de uso como indicador das aquisições dos medicamentos.
74	Falta definição dos processos de trabalho e regulamentação do técnico de farmácia, bem como da equipe da Assistência Farmacêutica..
75	Dificuldade de operar os recursos financeiros de forma descentralizada.
76	Estados e municípios alimentam de forma insatisfatória os sistemas de informação.
77	A impossibilidade atual de remanejamento de recursos entre os blocos amarra a possibilidade de priorizar necessidades identificadas localmente.
78	Modelo de gestão insuficiente para populações especiais (indígenas, privados de liberdades e população de difícil acesso).
79	Burocracia e normas de acesso ao componente especializado que precisam ser flexibilizadas ou otimizadas.
80	Falta de padrão de programação e envio de informação para provimento de medicamentos via Ministério da Saúde.

Anexo D

GESTÃO E FINANCIAMENTO

Principais assuntos discutidos

SUBFINANCIAMENTO E DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DE RECURSOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E PARA AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

- O valor de custeio do Qualifar tem demorado para ser repassado (ex.: apenas em outubro de 2017 caiu a quarta parcela de 2016) – não ocorre em outros financiamentos, como o Pmaq. O atraso do recurso dificulta as ações de aprimoramento da AF.
- Deveria discutir a continuidade do Qualifar de forma coletiva e poder avaliar os resultados, o *feedback*.
- Problema: compra pública – discutir forma de pactuar compras “melhores”.
- Ministério deveria incentivar – disseminar a informação – a formação de consórcio entre municípios e até estados. Os municípios têm dúvida sobre a legalidade do repasse do recurso para aquisição de medicamentos via consórcio. Tem que começar (ex.: de AL que iniciou com 2/3 municípios e agora o número de municípios aumentou para 42).
- Falta de financiamento para a dispensação (falta recurso para equipar a farmácia para essa atividade): só financiar o medicamento, não resolve.
- Financiamento do profissional farmacêutico (exemplo de estratégia = Nasf).
- Falta um indicador econômico que demonstre o impacto social da gestão da AF.
- Receio de que o fim dos blocos de financiamento prejudique a aquisição de medicamentos que estão na Rename – o MS deveria garantir o recurso para aquisição desses medicamentos.
- Pagamento por procedimento não supre as necessidades da Oncologia – gera falta de informação e não consegue estabelecer uma linha de cuidado. Limitação do protocolo clínico. Muita judicialização de medicamentos de suporte para quimioterapia.
- Muitos municípios ainda não tem Qualifar.
- Deveria ser criado um mecanismo que obrigasse aos estados o repasse de recurso aos municípios (pois existe o inverso).
- Para alguns pequenos municípios e pela falta de repasse de recursos do estado para o município, o fim dos blocos de financiamento “desengessa” os recursos e promove a melhor gestão do recurso pelos municípios. Porém, há uma preocupação com o fim dos blocos de financiamento e deterioração da atenção básica.

GESTÃO E FINANCIAMENTO

Principais assuntos discutidos

- Os conselheiros desconhecem as políticas de saúde dos municípios.
- Falta de crença no controle social.
- Falhas na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (Apac) levam à judicialização ou ao pagamento pelo próprio paciente de processos, como, por exemplo, infusão do infliximabe – restrito ao produto –; não dá para pensar somente no medicamento sem pensar nas ações voltadas ao cuidado do paciente.
- Levar em consideração as diferenças regionais para o repasse de recurso e a população atendida (ex.: custos de logística de estados do N são muito mais elevados que de outras regiões).
- Plano/protocolo de logística para municípios de difícil acesso ou padronização de medicamentos diferentes (ex.: trocar o termolábil por um de temperatura ambiente).
- Preocupação com a terceirização da logística de medicamentos nos estados – forma de fiscalização para garantir a qualidade.
- O aumento do repasse para os municípios é ilusório, pois não reflete a variação da inflação e de outros indicadores econômicos, sendo que o valor de repasse não é suficiente para atendimento da demanda da Atenção Básica.
- Fragmentação das políticas em saúde dificulta a gestão da AF básica.
- Fiscalização e monitoramento = órgão de controle para garantir que, com o fim dos blocos de financiamento, não haverá a deterioração da Atenção Básica.
- Base Nacional: poderá ser a ferramenta para fazer esse monitoramento; porém, levará muito tempo, uma vez que muitos municípios ainda carecem de estrutura.
- O monitoramento é essencial para o planejamento das ações e para não se trabalhar somente com demandas urgentes. Controle social tem um papel fundamental – teria que mudar o modelo das formações dos conselhos municipais para garantir o controle/fiscalização/monitoramento – falta conhecimento sobre as políticas de saúde pelos conselheiros.
- Qual o papel da CIB na fiscalização do repasse de recursos no estado para o município? A CIB tem cunho político e não tem lidado com as questões técnicas.
- Alimentação/nutrição: não há definição de responsabilidades e acaba a cargo da AF em muitos municípios, que não possuem capacidade técnica para gerenciar esses insumos, como os nutricionistas.
- Necessidade de disseminar, nos estados, comissões com as áreas envolvidas (ex.: SES, Judiciário, Defensoria etc.) para pactuar e discutir as judicializações.
- Incentivo à formação de consórcios entre municípios/estados para aquisição de medicamentos e divulgar melhor essa informação nos estados.

GESTÃO E FINANCIAMENTO

Principais assuntos discutidos	<ul style="list-style-type: none"> – Devido ao déficit nos repasses de recursos, muitos municípios estão com pregões fracassados, pois as empresas não estão participando por receio de não serem pagos ou aumento do preço. – Ressarcimento não funciona na prática, pois quando os pacientes não vão buscar o estado tem de arcar com o medicamento e o descarte. – Há uma necessidade de avaliar o impacto no orçamento dos entes federativos frente às mudanças de protocolos clínicos. – Iniciar discussão de como gerir o financiamento que temos disponível, da melhor forma possível, para organizar/aprimorar a gestão da AF – Necessidade de mais dados referentes à judicialização e de uma conversa direta e próxima com todos os atores envolvidos no processo de judicialização, tanto no Ministério quanto, principalmente, no município. – Há a necessidade de definir o que é de responsabilidade de cada ente em um processo de judicialização, uma vez que determinados processos são inviáveis para o município arcar. – Lembrar-se de que o início da judicialização vem da prescrição médica, o que mostra a necessidade de se trabalhar com a área médica. – O sistema está subfinanciado e a gestão está precária, pois o modelo atual de gestão, com troca de pessoal de quatro em quatro anos, leva à repetição dos problemas: deveria ser garantido um núcleo de gestão, capacitado, que permanecesse mais que um ciclo político, com uma gestão baseada em processos. – A gestão da AF está voltada para o âmbito técnico, falta a sensibilização dos gestores superiores da importância dos farmacêuticos, capacitados, na tomada de decisões. – Diretrizes mínimas para atribuição dos farmacêuticos e suas diversas atuações. – Nova portaria de repasse de recurso e com dois blocos de financiamento (medicamentos e custeio) deveria ser atrelada a diretrizes para sua utilização, para auxiliar os gestores.
Síntese das propostas	<ul style="list-style-type: none"> – Diminuir o tempo para realizar o repasse das competências de custeio do Qualifar. – Ampliar o Qualifar, pois muitos municípios ainda não possuem estrutura para fomentar a AF – O Ministério deve fomentar, incentivar e disseminar a sugestão de formação de consórcios entre municípios/estados para aquisição de medicamentos e divulgar melhor essa informação aos estados. – Criar um indicador econômico/financeiro que demonstre o impacto social da gestão da AF: ideia de que a cobrança viesse do Ministério da Saúde para estado e município.

GESTÃO E FINANCIAMENTO

Síntese das propostas

- Mudar o meio de financiamento da Oncologia que auxilie no monitoramento e aprimore a gestão dos medicamentos.
- Revisão da Política Nacional de Oncologia.
- Criar um mecanismo de contrapartida para o repasse de recurso do estado para o município, uma vez que só o município é penalizado.
- Rever o valor de repasse para Atenção Básica, pois o valor está defasado, além do déficit.
- Garantir ferramentas de fiscalização e monitoramento para garantir que, com o fim dos blocos de financiamento, não haverá a deterioração da Atenção Básica.
- Vincular o repasse de recurso às diferenças regionais do País.
- Criar protocolos e meios alternativos para atender à logística de municípios de difícil acesso.
- Criar diretrizes para utilização dos recursos diante do novo modelo de repasse de recurso (medicamentos e custeio) com vistas a auxiliar os gestores.
- Avaliar o impacto no orçamento dos entes federativos das mudanças de protocolos clínicos.
- Criar nos estados comissões com as áreas envolvidas, como a AF + médicos + Judiciário (Defensoria, juízes) + etc., para pactuar e discutir as judicializações.
- O Ministério deve fomentar a criação dessas comissões.
- Definir o que é de responsabilidade de cada ente em um processo de judicialização, uma vez que determinados processos são inviáveis para o município arcar.
- Definir uma forma de garantir um núcleo de gestão, capacitado, que permanecesse mais que um ciclo político, com uma gestão baseada em processos.
- Sensibilização dos gestores superiores da importância do farmacêutico, com capacitação, na tomada de decisões.
- Fomentar a capacitação de farmacêuticos para atuação na gestão.
- Criar diretrizes mínimas para atribuição dos farmacêuticos e suas diferentes funções.

PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO	
Principais assuntos discutidos	<p>Rodada 1</p> <p>Problemas com fornecimento: empresa participa da licitação, ganha, mas não entrega o medicamento.</p> <p>Reajuste de preço solicitado pelas empresas após licitação, o que gera carta de desistência. Empresas participam de licitação com preços muito baixos, depois solicitam reajuste de preço.</p> <p>Desabastecimento de medicamento e problemas com compras.</p> <p>As áreas técnicas participam pouco dos termos de referência de medicamentos. Elaboração de TR pelas áreas técnicas se faz importante.</p> <p>Dificuldade de estabelecer metodologia que estabeleça preço máximo de venda ao governo de acordo com o mercado.</p> <p>Perda da carta de credenciamento de fornecedor, pois o TCU entende que a carta restringe a concorrência. Essa medida foi positiva, pois era um dificultador da ampla concorrência.</p> <p>Pensar em um instrumento que traga essa garantia.</p>
Síntese das propostas	<p>Rodada 1</p> <p>Mercado regulando o estado, não o inverso.</p> <p>Necessidade de apoio das SES aos municípios: centralizar a compra de medicamentos que os municípios não conseguem comprar.</p> <p>Otimização dos processos de compra: consórcios.</p> <p>Adesão à Ata de Registro de Preço (ARP).</p>
Principais assuntos discutidos	<p>Rodada 2</p> <p>Problemas com o processo licitatório.</p> <p>Questões políticas inviabilizam a centralização das compras e a adesão à ARP.</p> <p>Falta de monitoramento dos estoques.</p> <p>Dificuldade de os estados visualizarem os estoques e demanda (CMM) nos municípios.</p> <p>Disponibilização do BI, mas falta treinamento para viabilizar o uso.</p> <p>Falha de comunicação.</p>

PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO	
Síntese das propostas	Rodada 2 Criação de equipe direcionada para compra de medicamentos. Adesão à ARP. Necessidade de incentivo do Ministério na formação de consórcios. Importância da informatização dos processos. Adesão ao Hórus como ferramenta que proporciona transparência. Necessidade de melhoramento de relatórios gerenciais. Melhorar a relação e o fluxo de informação entre município, estados e MS. Capacitação continuada.
Principais assuntos discutidos	Rodada 3 Incentivo aos consórcios para facilitar a aquisição. Falta de comunicação entre os entes federados: fluxo de informação prejudicado entre os entes federativos. A dificuldade da programação de medicamentos ser feita pelas áreas técnicas por não refletir a realidade. Problemas com órgão de fiscalização. Dificuldades com o compartilhamento de doses.
Síntese das propostas	Rodada 3 Informatização de processos relacionados à programação. Adotar critérios de programação factíveis com a realidade. Propor ação macro de reestruturação. Ajuda dos órgãos de controle, fiscalizando e emitindo termo de ajuste de conduta para estimular a resolução de problemas. Programação deve ser ascendente. Necessidade de entender as especificidades locais.

PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO	
Principais assuntos discutidos	<p>Rodada 4</p> <p>Divergência de preços praticados nas diversas regiões.</p> <p>Fragilidade do banco de preços em saúde.</p> <p>Dificuldade da programação quando não é feita de forma ascendente e utilizando apenas cálculos estatísticos.</p> <p>Aquisição nem sempre feita pela Assistência Farmacêutica, realizada sem conhecimento técnico.</p>
Síntese das propostas	<p>Rodada 4</p> <p>Aumentar o controle externo: participação frequente dos órgãos de controle.</p> <p>Necessidade de unificação de preços a ser praticado, estabelecendo o “preço SUS”.</p> <p>Necessidade do MS: reanalisar, melhorar, e de os estados alimentarem o sistema.</p> <p>Intensificar as discussões no processo de aquisição, envolvendo todos os entes federativos.</p> <p>Necessidade de sistematizar e automatizar a programação.</p> <p>Capacitação constante voltada para aquisição e programação.</p> <p>Estimular a aderência aos consórcios.</p> <p>Necessidade de programação ascendente.</p>
Principais assuntos discutidos	<p>Rodada 5</p> <p>Defasagem no modo de programar por meio de preenchimento de planilhas e fragilidade em adquirir medicamento por meio desse processo de programação baseado em dados epidemiológicos.</p> <p>Desconfiança e falta de comunicação entre os entes federativos.</p> <p>Questão do tempo de distribuição dos medicamentos centralizados.</p> <p>Cultura da não valorização à informação.</p> <p>Existência de múltiplos sistemas que não conversam entre si.</p> <p>Fragilidade dos estados em apoiar os municípios.</p>

PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO	
Síntese das propostas	<p>Rodada 5</p> <p>Automatização de processos de programação e de aquisição.</p> <p>Maior controle externo por órgãos fiscalizadores.</p> <p>Melhorar o sistema de informação voltado para gestão.</p> <p>Necessidade de capacitação dos profissionais e estruturação dos municípios.</p> <p>Maior suporte dos estados aos municípios.</p> <p>Integração dos sistemas de informação.</p>
Principais assuntos discutidos	<p>Rodada 6</p> <p>Fragilidade do gerenciamento e disponibilidade da informação.</p> <p>Existência de variados sistemas, os quais não estão inter-relacionados.</p> <p>Longo tempo de resposta às demandas que dependem da intervenção do gestor federal (ex.: emissão de senhas no Hórus).</p> <p>Complexidade e burocratização da aquisição.</p> <p>A dificuldade em utilizar o BPS e a sua subutilização.</p>
Síntese das propostas	<p>Rodada 6</p> <p>Necessidade de criação de ferramenta única (sistema de informação integrado).</p> <p>Necessidade de ampliação de apoiadores do MS nos estados.</p> <p>Fortalecer a comunicação entre os entes federativos.</p> <p>Simplificação da operacionalização do BP.</p> <p>Incentivo aos consórcios.</p>
Principais assuntos discutidos	<p>Rodada 7</p> <p>Falha dos fornecedores em disponibilizarem os medicamentos após trâmites licitatórios, o que leva ao desabastecimento.</p> <p>Falta de monitoramento dos estoques.</p> <p>Subutilização de BPS.</p>

PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO	
Síntese das propostas	<p>Rodada 7</p> <p>Qualificação dos fornecedores por meio de um cadastro único nacional.</p> <p>Estratégias regionais de aquisição: consórcio.</p> <p>Uso da informação na promoção da transparência e melhor gerenciamento de estoque.</p> <p>Automatização da programação de medicamentos com o uso de relatórios gerenciais advindos da base nacional de dados.</p> <p>Fomentar a utilização do BPS pelos estados e municípios.</p> <p>Necessidade de revisão da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.</p>
Principais assuntos discutidos	<p>Rodada 8</p> <p>Estrutura inadequada.</p> <p>Divergência de opiniões quanto ao sistema Hórus no que se refere à disponibilização ou não de modo <i>off-line</i>: problema estrutural (municípios sem internet) x fidedignidade da informação.</p> <p>Problemas de entrega pelos fornecedores.</p> <p>Baixa capacidade de negociação de preços pelos municípios pequenos.</p>
Síntese das propostas	<p>Rodada 8</p> <p>Uso de sistema de informação.</p> <p>Incentivo aos consórcios.</p> <p>Fomentar o controle social para garantia do repasse de recursos.</p> <p>Alteração de portaria estabelecendo cortes financeiros para os municípios que não disponibilizarem a informação.</p>

ESTRUTURA

Principais assuntos discutidos

Rodada 1

- Necessidade recorrente de estruturação física, RH, processos de trabalho – Experiência Paraná – Recurso orçamentário – adequação regionais de saúde e recursos municípios – proibição de comprar medicamentos – recurso – pequeno, pois é possível grandes transformações com recursos que variam de 20 a 40 mil reais, principalmente com municípios de pequeno porte. Ano recurso custeio, ano recurso capital e ano ambos os recursos – Monitoramento – suporte dificuldades de compra – às vezes há morosidade no processo de compra.
- Necessidade de estruturação física para estado e municípios.
- Aprimorar com a melhoria de recursos.
- Defesa do Qualifar e manutenção dos recursos aos municípios.
- Fiscalização dos conselhos – como será esse enfrentamento.
- Ausência de profissionais – qualitativa e quantitativamente.
- Crítica em relação ao Qualifar – dar mais recursos para capital, devido à dificuldade de executar os recursos de custeio.
- Manual de Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS – monitoramento do Paraná foi baseado nesse manual.
- Repasse de recursos do estado – 15% podem ser utilizados para estrutura.
- Planejamento de melhoria constante.

Propostas:

1. Programas específicos – recursos estruturação – Qualifar-SUS para o estado – Defesa do Qualifar, manutenção e ampliação.
2. Foco nos recursos de capital, e após o fortalecimento da estrutura, repasse de recurso de custeio.
3. Monitoramento.
4. Padronização da estrutura – Revisão manual das estruturas de farmácia.
5. Estado assumindo o seu papel – repasse e apoio no processo de estruturação.
6. Sistema Hórus funcionando *off-line*.

ESTRUTURA

Principais assuntos discutidos

Rodada 2

- Falta de priorização das gestões no que diz respeito à estruturação.
- Recurso insuficiente para aquisição do produto. Financiamento estadual e federal + ou - 25% do recurso utilizado para compra de medicamentos.
- Falta de financiamento – atendimento. Ministério da Saúde só se preocupa com o financiamento do medicamento.
- R\$ 12,00 por atendimento com a utilização do sistema Hórus, segundo a SES/PE. Ausência de política para receber o usuário do SUS (ambiência).
- Falta de recursos para manter essa estrutura.
- Modelo mínimo do Manual de Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS – priorizando farmácia como estabelecimento de saúde.
- Qualificar revisto e ampliado.
- O que é essencial para realizar o monitoramento de dados. Cuidado para não conseguir cumprir a portaria, ou seja, cobrar muito e não conseguir monitorar.
- Melhorar a estrutura do Ministério da Saúde em ouvir.

Propostas:

1. Atender às condições sanitárias no Manual de Diretrizes – Articulação Conselho e Ministério da Saúde.
2. Articulação com universidades, residência – aproveitar força de trabalho, contribuindo com a formação e reduzindo custos.
3. Ministério da Saúde conhecendo a realidade dos municípios, atuando como parceiro, ouvindo as necessidades, conhecendo melhor a ponta, as dificuldades e as necessidades e não agindo apenas como agente de cobrança.
4. Revisar as portarias do *Web Service* nº 957 e nº 938; não penalizar os municípios que mais precisam e sim conhecer suas dificuldades e auxiliá-lo. Propostas mais factíveis. Definir o mínimo necessário para começar. Parâmetros mínimos dentro da portaria sobre o que monitorar.
5. Ministério da Saúde – devolução do produto aos municípios e estado.
6. Pactuação entre municípios e estados para que esses assumam a sua responsabilidade e haja um compromisso de cumprir essa pactuação.
7. Linha de financiamento que permita a manutenção da estruturação. Custeio daquela atividade, exemplo PAB Variável.

ESTRUTURA

Principais assuntos discutidos

Rodada 3

- Recurso destinado para AF hoje é basicamente destinado para a compra de medicamentos. Necessidade de prever um recurso específico para isso.
- Importância do Programa Qualifar-SUS para a estruturação da AF – diferenças entre municípios com e sem Qualifar.
- Necessidade de revisar o monitoramento do programa.
- Importância do apoio externo.

Propostas:

1. Recurso destinado especificamente e direcionado à estruturação com prestação de contas, uma vez que os 15% previstos na portaria não são utilizados na estruturação.
2. Possibilidade de utilização do recurso de custeio do Qualifar para investimento.
3. Retomar o apoio externo ao Qualifar-SUS.

Estudo do impacto da eficiência do Qualifar.

Rodada 4

- Farmacêuticos atuando com múltiplas atividades, dificuldade de se engajar em atividades importantes.
- Centralizar as atividades no medicamento e não na estruturação como um todo.
- Priorização do local para a farmácia – farmácia sempre negligenciada.

Propostas:

1. Criação de indicadores da AF para mensurar se está havendo estruturação.
2. Estrutura mínima para repasse de recursos; repasse de acordo com indicadores.
3. Articulação com órgãos de controle; vigilância sanitária – fiscalização de órgãos competentes de forma semelhante como ocorre em estabelecimentos privados.
4. Fiscalização como apoio para o servidor; punitiva para o gestor e não somente para o servidor.
5. Sensibilização dos gestores em relação à importância da estrutura da farmácia e a elaboração de planta baixa contemplando a farmácia de forma adequada, seguindo um padrão mínimo.

ESTRUTURA**Principais assuntos discutidos****Rodada 5**

1. Farmácia é hoje destacada da unidade de saúde, como se não fizesse parte, não está conectada com o serviço de saúde.
2. A utilização dos 15% para estrutura não é realidade, pois recurso é insuficiente para a compra de medicamentos.
3. Secretarias de Saúde se esquecem de incluir a farmácia em projetos que enviam para o Ministério.
4. Falta de recursos para a compra de medicamento e de estruturação.

Propostas:

1. Farmacêutico participando de discussões sobre estrutura mínima de unidades básicas; sincronia com o Manual de Diretrizes de Farmácias; integração da farmácia na unidade de saúde; recursos para unidade de saúde englobando farmácia, e não apenas um recurso específico – recursos liberados para novos postos ou reforma, obrigatoriamente considerando o ambiente da farmácia.
2. Recurso para reforma de unidade de saúde estar vinculado à reforma da farmácia.
3. Diálogos representantes DAF e DAB.
4. Pmaq e Requalifica UBS incluindo AF.
5. Projetos de unidades básicas aprovados apenas quando incluírem farmácia e farmacêutico também assinando o projeto com o secretário.
6. Dificuldade de articulação e integração entre os diversos entes e componentes da AF.

ESTRUTURA

Principais assuntos discutidos

Rodada 6

- Mudança de blocos de financiamento – dentro do bloco de investimento, captar recursos para AF.
- AF precisa se organizar, ter planejamento e projetos para pleitear financiamento.
- Investir em capacitação, pois muitos farmacêuticos, hoje, não têm condições de realizar esse planejamento,
- Capacitação visando à melhoria estrutural.
- Ampliar o Programa Qualifar-SUS.
- Revisão da RDC nº 50 – acrescentar estrutura mínima de farmácia para adequação – farmácia hospitalar, farmácia ambulatorial e CAF.

Propostas:

1. Capacitação visando à melhoria estrutural.
2. Ampliar o Programa Qualifar-SUS.
3. Revisão da RDC nº 50 – acrescentar estrutura mínima de farmácia para adequação – farmácia hospitalar, farmácia ambulatorial e CAF – diferenciação por serviço e por demanda.
4. Fortalecimento do monitoramento da estrutura e da aplicação dos recursos.
5. Definição de quantidade de farmacêuticos por mil habitantes.
6. Inserir farmacêutico no Pmaq.

Rodada 7

- Inserção do farmacêutico na equipe mínima.
- Sensibilização do gestor sobre a necessidade do farmacêutico.
- Importância da presença do farmacêutico na gestão.
- Recurso de 15% serem específicos e obrigatórios.
- Envolvimento do Ministério Público na questão de cumprimento das normas básicas de vigilância sanitária.
- Cumprir metas para receber recursos.
- AF no organograma da Secretaria de Saúde.

Rodada 8

- AF quando comparada às outras áreas é subfinanciada.
- Recurso para investimento – nas três esferas – primeiro recurso que recebe cortes no estado é o de investimento (recurso tripartite que facilite a estrutura).
- Gastos crescentes com compra de medicamento, que não garante a qualidade dele no final do processo, devido à falta de estrutura.
- Compra mal o medicamento e usa muito mal esse medicamento.

Avaliar impacto financeiro do investimento em estrutura.

ESTRUTURA

Síntese das propostas

1. **Programa Qualifar-SUS: Ampliação, remodelamento do programa, da utilização dos recursos e do monitoramento** – Ampliação do programa para o estado, defesa do Qualifar, manutenção e ampliação; foco nos recursos de capital e, após o fortalecimento da estrutura, repasse de recurso de custeio; Sistema Hórus funcionando *off-line*; possibilidade de utilização do recurso de custeio do Qualifar para investimento; retomar o apoio externo ao Qualifar-SUS; estudo do impacto da eficiência do Qualifar; capacitação visando à melhoria estrutural; fortalecimento do monitoramento da estrutura e aplicação dos recursos.
2. **Manual de Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS:** Revisão, padronização da estrutura – Revisão manual das estruturas de farmácia; atender às condições sanitárias no Manual de Diretrizes – articulação entre Conselho de Farmácia e Ministério da Saúde; sensibilização dos gestores em relação à importância da estrutura da farmácia e a elaboração de planta baixa contemplando a farmácia de forma adequada, seguindo um padrão mínimo.
3. **Estado assumindo o seu papel:** Repasse e apoio no processo de estruturação. Pactuação entre municípios e estados para que esses assumam a sua responsabilidade e haja um compromisso de cumprir essa pactuação.
4. Articulação com universidades, residência – aproveitar força de trabalho, contribuindo com a formação e reduzindo custos.
5. Ministério da Saúde conhecendo a realidade dos municípios, atuando como parceiro, ouvindo as necessidades, conhecendo melhor a ponta, as dificuldades e as necessidades e não agindo apenas como agente de cobrança.
6. Revisar as portarias do *Web Service* n° 957 e n° 938, não penalizar os municípios que mais precisam e sim conhecer suas dificuldades e auxiliá-los; propostas mais factíveis; definir o mínimo necessário para começar. Parâmetros mínimos dentro da portaria, sobre o que monitorar.
7. Ministério da Saúde: Devolução do produto da oficina aos municípios e ao estado.
8. **Financiamento:** Linha de financiamento que permita a manutenção da estruturação; custeio daquela atividade, exemplo PAB Variável; recurso destinado especificamente e direcionado para estruturação com prestação de contas, uma vez que os 15% previstos na portaria não são utilizados na estruturação; recurso tripartite que facilite a estrutura.
9. **Utilização de indicadores:** Criação de indicadores da AF para mensurar se está havendo estruturação; estrutura mínima para repasse de recursos; repasse de acordo com indicadores; cumprir metas para receber recursos; avaliar impacto financeiro do investimento em estrutura e a importância da estrutura na garantia da qualidade e uso racional de medicamento.
10. **Articulação com órgãos de controle; vigilância sanitária:** Fiscalização de órgãos competentes de forma semelhante como ocorre em estabelecimentos privados; fiscalização como apoio para o servidor; punitiva para o gestor e não somente para o servidor

ESTRUTURA

Síntese das propostas

- 11. Articulação DAF e outros Departamentos ou Órgãos:** Farmacêutico participando de discussões sobre estrutura mínima de unidades básicas; sincronia com o Manual de Diretrizes de Farmácias; integração da farmácia na unidade de saúde; recursos para unidade de saúde englobando farmácia, e não apenas um recurso específico – recursos liberados para novos postos ou reforma obrigatoriamente considerando o ambiente da farmácia; recurso para reforma de unidade de saúde estar vinculado à reforma da farmácia; diálogos de representantes DAF e DAB; Pmaq incluindo AF; Projetos de Unidades Básicas aprovados apenas quando incluírem farmácia e farmacêutico também assinando o projeto com o secretário; definição de quantidade de farmacêuticos por mil habitantes; inserir farmacêutico no Pmaq; envolvimento do Ministério Público na questão de cumprimento das normas básicas de vigilância sanitária; AF no organograma da Secretaria de Saúde.
12. Fomentar articulação e integração entre os diversos entes e componentes da AF.
- 13. Revisão da RDC 50:** acrescentar estrutura mínima de farmácia para adequação – farmácia hospitalar, farmácia ambulatorial e CAF – diferenciação por serviço e por demanda.

INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO

Principais assuntos discutidos

Rodada 1

- Implantação do *Web Service* com acesso dos dados/informações em todas as esferas.
- Capacitação dos conselheiros estaduais e municipais de saúde.
- Ampliar o quadro de profissionais de órgãos de controle para monitoramento da execução do recurso.
- Criar mecanismo de monitoramento dos repasses de recurso de estado ao município.
- Implementar sanção aos entes por não cumprimento das suas obrigações.
- Criação de indicadores de saúde para monitoramento de forma mais ampla e capacitar profissionais para interpretar esses indicadores.
- Ampliar capacitação sobre o sistema Hórus.
- Sensibilizar gestores sobre a importância do sistema de informação para gestão da Assistência Farmacêutica.
- Melhorar a performance do Hórus para otimizar as atividades dos gestores e dos colaboradores da ponta.
- Capacitação dos gestores da Assistência Farmacêutica, não apenas os operadores da ponta.
- Definir claramente o rol de informações essenciais para monitoramento.
- Garantir infraestrutura local e também no Ministério da Saúde.
- Criar mecanismos de controle para garantir que o recurso de AF seja aplicado na AF.
- Fortalecer/ampliar o Qualifar/SUS.
- Melhorar a comunicação entre as esferas.

INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO

Principais assuntos discutidos	Rodada 2
	Integração da comunicação de todas as áreas afetas à AF (SCTIE, SAS, SVS, Conass, Conasems).
	Estabelecer indicadores de qualidade, de efetividade.
	Mapeamento do recurso financeiro da AF.
	Ampliação gradativa do conjunto mínimo de dados da base nacional para qualificação da AF, sendo uma via de mão dupla de informações.
	Integrar banco de dados de saúde.
	Criar ferramentas para identificar os erros nos processos de trabalho.
	Garantir que os dados sejam transformados em informação.
	Estabelecer procedimentos para qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do cuidado.
	Integrar as informações da farmácia popular com o Hórus.
	Rodada 3
	Aprimoramento do Hórus ou criação de sistema para gestão dos medicamentos oncológicos.
Ampliar capacitação sobre as ferramentas de gestão da Assistência Farmacêutica (relatórios gerenciais BI, Hórus).	
Garantir estrutura e recursos humanos para utilização de sistema de informação.	
Monitoramento da estrutura dos serviços de AF para garantir a qualidade do acesso.	
Vinculação dos indicadores à manutenção dos repasses de recurso.	
Garantir que o banco de preços funcione de forma efetiva.	
Rodada 4	
Inclusão do farmacêutico no controle social.	
Ampliar o papel do farmacêutico.	
Estabelecer ferramentas de controle para garantir que o usuário do SUS não tenha acesso ao mesmo medicamento em mais de um estabelecimento.	
Criação do Hórus <i>off-line</i> .	
Estabelecer indicadores de saúde pactuados entre os três entes, penalizando aqueles que não cumprirem seu papel e fomentando incentivos àqueles que cumprirem.	
Disponibilização de informações da AF aos gestores.	
Estabelecer padrão de informação nas ferramentas de monitoramento.	

INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO	
Principais assuntos discutidos	<p>Rodada 5</p> <p>Garantir que a informação monitorada seja utilizada para qualificação e apoio da AF, não para exposição/punição do ente federado.</p> <p>Fomentar a utilização do Hórus no almoxarifado do Ministério da Saúde.</p> <p>Estabelecer estratégias de apoio para monitoramento além dos medicamentos com maior impacto no orçamento do MS (grupos 1A e 1B).</p> <p>Monitorar eficácia/eficiência do tratamento pós-incorporação da tecnologia.</p>
	<p>Rodada 6</p> <p>Estabelecer transparência de informações entre os entes.</p> <p>O estado deve acompanhar e monitorar os municípios.</p> <p>Preocupação do monitoramento na nova proposta de financiamento da AF.</p>
	<p>Rodada 7</p> <p>Capacitação nas ferramentas de gestão.</p> <p>Estado deve ter acesso aos dados dos municípios.</p> <p>Farmacêutico deve produzir a informação.</p>
	<p>Rodada 8</p> <p>Estabelecer pequenos monitoramentos em AF pelo profissional farmacêutico, com registros de dados.</p> <p>Educação permanente.</p>

INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO

Síntese das propostas

Implantação do *Web Service* com acesso dos dados/informações por todas as esferas.

Ampliação gradativa do conjunto mínimo de dados da base nacional para qualificação da AF, sendo uma via de mão dupla de informações.

Integrar as informações entre os sistemas do Ministério da Saúde (Hórus, farmácia popular etc.).

Criar mecanismo de monitoramento dos repasses de recursos de estado ao município.

Ampliar capacitação sobre as ferramentas de gestão da Assistência Farmacêutica (relatórios gerenciais, BI, Hórus).

Melhorar a *performance* do Hórus.

Garantir estrutura e recursos humanos para utilização de sistema de informação.

Monitoramento da estrutura dos serviços de AF para garantir a qualidade do acesso.

Criação do Hórus *off-line*.

Estabelecer de forma pactuada indicadores de qualidade na AF.

Garantir que os dados sejam transformados em informação.

Garantir que a informação monitorada seja utilizada para qualificação e apoio da AF, não para exposição/punição do ente federado.

Estabelecer estratégias de apoio para monitoramento, além dos medicamentos com maior impacto no orçamento do MS (grupos 1A e 1B).

Monitorar eficácia/eficiência do tratamento pós-incorporação da tecnologia.

Fomentar a estruturação de núcleos estaduais de apoio aos municípios.

Disponibilizar acesso ao estado dos dados de municípios.

Fomentar a utilização do Hórus no almoxarifado do Ministério da Saúde.

Ampliar auditorias por parte dos órgãos de controle externo.

Investir em capacitação nas ferramentas de gestão (planejamento e orçamento financeiro).

Estabelecer instrumento norteador para capacitação em ferramentas de gestão (Ex.: PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias, planos municipais e estaduais de saúde, relatórios de gestão com metas definidas etc.).

Estabelecer normatização com as atribuições do farmacêutico.

Ampliar projetos de estágios/residências no sentido de apoiar a captação de informações.

Gerar infográficos dos dados por região (ex.: uso do Tablo do comprasnet).

INCORPORAÇÃO E ACESSO

Principais assuntos discutidos

Rodada 1. Necessidade de protocolo clínico, independentemente da complexidade do tratamento. Mesmo na Atenção Básica, temos que ter uma difusão de informação para os medicamentos que estão na Rename, disponibilizando a informação oportuna do uso racional de medicamentos (URM). Necessidade de integração das publicações do MS, visando harmonizar as condutas. Necessidade de elencar os principais agravos da Atenção Básica, visando integrar os procedimentos e os medicamentos entre os protocolos e a Rename. Aprimorar as linhas de cuidado na Atenção Básica, começando pelas doenças mais prevalentes ou comuns. Excluir da Rename os medicamentos de efetividade duvidosa. No município de São Paulo, glibenclamida foi excluída. Uniformização nacional pode não ocorrer, devido às diferenças entre os municípios. Porém, se há um protocolo nacional, ele deve ser seguido. Protocolo clínico deve ter boa informação e ser bem difundido, especialmente junto aos prescritores, visando à sua maior adesão pelos profissionais de saúde. Protocolo deve ser seguido. No Ceaf protocolo é único para o Brasil. Em certos casos, o protocolo pode ser visto como uma burocratização. Na Inglaterra, por exemplo, o médico da família não pode prescrever medicamentos que estão fora do protocolo.

Rodada 2. Tratamento do câncer não está na política de Assistência Farmacêutica; dessa forma, não está prevista uma lista de medicamentos oncológicos. Inclusão desses medicamentos na Rename pode trazer prejuízos para a gestão. Em certos casos, o custo de financiamento desses medicamentos fica somente com municípios. O Inca, por exemplo, norteia, mas confere flexibilidade para cada instituição padronizar seus próprios tratamentos. Necessidade de monitorar nacionalmente os medicamentos utilizados nas unidades de referência em câncer. Deve haver melhor difusão e atualização da Rename. Tempo prolongado entre a incorporação e a disponibilização do medicamento. Atualização periódica e permanente do FTN, alinhado às atualizações da Rename. Falta de respeito dos profissionais às diretrizes do SUS (p. ex.: prescrição de medicamentos não padronizados na lista do SUS).

Rodada 3. Cada instituição define sua padronização de condutas em Oncologia. O Inca não tem protocolos nacionais. Acompanhamento das tecnologias já incorporadas no SUS. Por exemplo, como as fitas de glicemia e aparelhos estão contribuindo com a qualidade de vida das pessoas. Não se consegue fazer uma auditoria da incorporação. Fortalecer os núcleos de avaliação de tecnologia nas intuições. Está perdendo a essência da lista de medicamentos primordiais preconizada pela OMS. Acabar com a dicotomia de que a Assistência Farmacêutica não está compreendida na Atenção Oncológica. Várias opções nas diretrizes em Oncologia (ou X, ou Y, ou Z) são prejudiciais. Rename não atende de forma efetiva a atenção primária. São incorporados somente medicamentos de alta complexidade. Município, e não o MS, recebe a maior parte da judicialização.

INCORPORAÇÃO E ACESSO

Principais assuntos discutidos

Rodada 4. Farmacêuticos excluem-se muito do processo de avaliação de tecnologias em saúde. Farmacêutico deve se apropriar mais desses conhecimentos. Processo de revisão da RENAME deve ser atualizado de forma mais rápida (em menos de dois anos). A atualização da RENAME até pode ser mais ágil, porém, deve ser feita a discussão do acesso a essas tecnologias, quando estiverem no âmbito da Atenção Básica. Pode-se usar uma ata de registro de preços para viabilizar os medicamentos incorporados. A RENAME não está adequada à nossa realidade. Existem lacunas na RENAME, como a saúde mental. O foco deve ser a necessidade do usuário, não a tecnologia.

Rodada 5. Custo-efetividade deve ser observado nos processos de avaliação de tecnologias, visando otimizar recursos e selecionar as melhores tecnologias. Difundir para os municípios as informações sobre avaliação de tecnologias que estão nos atos normativos. Investir na comunicação e na educação em saúde do usuário do SUS, para que ele fique empoderado dos seus direitos e deveres na Assistência Farmacêutica. Integração e divulgação das informações entre os entes do SUS.

Rodada 6. Monitorização da efetividade dos tratamentos incorporados. Fluxo de incorporação precisa ser revisto. Prazo fixado para disponibilização da tecnologia é muito curto para sua efetiva disponibilização.

Rodada 7. Resgate da essencialidade. RENAME é uma lista de compra. Pode-se incorporar no SUS itens para situações específicas, sem incorporar na RENAME. Incorporar para realizar a compra é uma coisa, definir como sendo essencial é outra. Conceitos de essencialidade e lista padronizada no SUS são documentos diferentes. Pagamento por Apac é obscuro e não permite conhecer a terapêutica. De forma agregada, em nível de país, traçar a linha do tempo do percurso terapêutico do paciente.

Rodada 8. Meios de comunicação junto aos usuários devem ser aprimorados, visando aumentar o acesso. O sistema precisa de definição de prioridades na avaliação de tecnologias. Focar em ações de prevenção de doença e promoção da saúde.

INCORPORAÇÃO E ACESSO

Síntese das propostas

1. Vinculação e harmonização da Rename e protocolos clínicos, independentemente do tipo de doença e do bloco do financiamento, disponibilizando toda a informação de forma rápida e oportuna a todos.
2. Criar e aprimorar as linhas de cuidado na atenção básica, começando pelas doenças mais prevalentes ou com alta carga.
3. Rever a política de atenção oncológica, visando a uma padronização do cuidado e do elenco mínimo de medicamentos.
4. Atualizar periódica e permanentemente o FTN, alinhado às atualizações da Rename.
5. Promover a adesão dos clínicos à prescrição de medicamentos à Rename.
6. Criar, fomentar e fortalecer os núcleos de avaliação de tecnologia –comissões de farmácia e terapêutica nas instituições de saúde, em nível regional.
7. Realizar auditoria das incorporações de medicamentos, verificando se a tecnologia está disponível e se o usuário está tendo acesso.
8. Realizar uma revisão significativa da Rename com a Conitec, observando o que está sendo mais judicializado.
9. Desburocratizar o processo de submissão de propostas de avaliação de tecnologias à Conitec, quando submetidas pelos entes do SUS.
10. Investir, aumentar e qualificar a equipe de técnicos e parceiros da Conitec.
11. Fomentar a divulgação dos protocolos para prescritores e demais profissionais de saúde.
12. Consultar previamente a sociedade civil-gestores-academia sobre as tecnologias a serem avaliadas pela Conitec, estabelecendo uma agenda anual de prioridade com base nas necessidades de saúde da população.
13. Fomentar estudos de vida real, de forma agregada com dados do DATASUS ou junto à academia, para discutir a desincorporação, desinvestimento e/ou revisão de preço, visando reestabelecer o custo-efetividade de medicamentos incorporados.

EDUCAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

Principais assuntos discutidos

1. Atribuições definidas de cada membro da equipe na Assistência Farmacêutica, por meio de normatização em parceria com CFF; estimular projetos de parceria (estágio, extensão) entre IES e Secretaria de Saúde; estimular educação permanente, por meio de política ou outra normativa, com foco em resultado e avaliação conforme necessidades locais; planificação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (espelhar para AF).

2. Carência de técnicos qualificados em AF (falta de reconhecimento do CRF); propor modelos de capacitação específicos e práticos (equipe técnica); alta rotatividade dos profissionais da Atenção Básica e ausência de plano de cargos, carreira para os profissionais (mesmo apresentando no plano de saúde e discutido nas conferências municipais); desvio de função (falta de atribuição); estimular a qualificação da equipe técnica dos envolvidos com a Assistência Farmacêutica (farmacêuticos e demais profissionais envolvidos); estado do Paraná vinculou a presença do farmacêutico no município com a programação para aquisição dos medicamentos; propor a aquisição de medicamentos do município somente com a presença do farmacêutico para receber os medicamentos.

3. Propor ao Ministério da Saúde que realize oficina a fim de definir especificações e atribuições para a Assistência Farmacêutica e pactuar na CIT, respeitando a complexidade de cada município e porte populacional; definir exigência mínima para profissional do nível médio (técnico); ausência de plano de cargos e carreira e dificuldade de definir piso para o sistema público; formação do profissional farmacêutico com maior participação em estágios e práticas no SUS durante a graduação; cuidado farmacêutico a partir de pequenas mudanças no serviço.

4. Município de São José do Rio Preto elaborou normativa a partir da CFT para definição das especificações das atividades do farmacêutico (cronograma semanal); necessidade de definir plano de cargos e carreira com bonificações e estímulo para o profissional; verificar a necessidade de existência de Coordenação da Assistência Farmacêutica; estimular, a partir do Ministério da Saúde, o custeio da Assistência Farmacêutica (tirar o foco apenas no medicamento); capacitação via Proadi-SUS em farmácia clínica.

EDUCAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

Principais assuntos discutidos

5. Necessidade de definir o farmacêutico na equipe de saúde; institucionalizar o farmacêutico no organograma (criação de Coordenação de Assistência Farmacêutica); estudar a possibilidade de capacitar gestores em termos de referência e licitações (SGETS); estimular a capacitação dos profissionais de nível médio; papel do farmacêutico na elaboração de termos de referência para aquisição de medicamentos e materiais; orientação do Ministério da Saúde aos estados e aos municípios quanto ao uso do Catmat e BPS para elaboração de termos de referência.

6. Número de profissionais farmacêuticos aquém do necessário; aplicabilidade da Lei nº 13.021/2014 no SUS; fiscalização do CRF em unidades de saúde (estados entram na justiça para proibir a fiscalização em locais públicos); profissional farmacêutico é o único com possibilidade de economicidade (em comparação com os demais); pensar em indicadores que mostram esses resultados para mostrar a necessidade do profissional; capacitação de profissionais de nível médio; necessidade de regulamentação do auxiliar de farmácia pelo CFF para definir atribuições; estímulo financeiro aos profissionais (plano de cargos e carreira); portal do MS com cursos na área e parceiros; curso de capacitação aos conselheiros de saúde sobre AF.

7. Necessidade de definir número mínimo de farmacêutico por porte populacional; estimular pelo Ministério da Saúde a inclusão do farmacêutico na equipe de saúde; propor modelos de Assistência Farmacêutica para grupos de municípios; farmacêutico sem conhecimento de empreendedorismo; estimular a capacitação à distância; falta de qualificação dos estados para os municípios.

8. Proposta de modelos, de acordo com a realidade do município, para Assistência Farmacêutica; disponibilização de documentos, POPs, legislação, materiais, cursos em um portal único; bolsas para fomentar residência em Assistência Farmacêutica.

EDUCAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

Síntese das propostas

1. Normatização com o CFF para definir atribuição de cada membro da equipe de Assistência Farmacêutica.
2. Política de educação permanente com foco em resultado e avaliação, conforme necessidade local.
3. Propor modelos de capacitação específicos e práticos (equipe técnica).
4. Estimular a qualificação da equipe técnica dos envolvidos com a Assistência Farmacêutica (farmacêuticos e demais profissionais envolvidos).
5. Propor a obrigação da presença do farmacêutico para aquisição de medicamentos do município.
6. Elaborar normativa com especificações e atribuições para Assistência Farmacêutica pactuada com Conass e Conasems (manual com orientações respeitando a diferença de complexidade e porte populacional).
7. Ampliar parceria com Proadi-SUS para capacitação do farmacêutico na prática clínica.
8. Estimular recurso de custeio para Assistência Farmacêutica.
9. Posicionamento do Ministério da Saúde sobre a Lei nº 13.021/2014 – farmácia como estabelecimento de saúde.
10. Divulgar, para estados e municípios, locais (escolas de governo, TCU) para capacitação de gestores e profissionais de saúde na área de compras e licitações.
11. Orientar estados e municípios a utilizarem Catmat, BPS para elaboração de termos de referências.
12. Elaborar indicadores para controle da Assistência Farmacêutica (mostrar economicidade para justificar a necessidade do farmacêutico).
13. Criar portal no Ministério da Saúde para educação permanente da AF com cursos próprios e divulgação de parceiros (TCU, universidades etc.).
14. Necessidade de elaborar curso para conselheiros (CMS, CES, CNS) sobre Assistência Farmacêutica.
15. Criar programa de Assistência Farmacêutica, via Ministério da Saúde, com quantitativo/habitante e recurso (semelhante ao PSF, Saúde Bucal etc.).
16. Criar manuais com POPs sobre AF para replicação nos estados e nos municípios.
17. Fomentar bolsas para criação de residência em Assistência Farmacêutica.

DISPENSAÇÃO E CUIDADO

Principais assuntos discutidos

Rodada 1

- 1) Qualifar-SUS, no eixo Cuidado: para sua implantação é necessário investir na estrutura. Não é promissor investir no cuidado em municípios pequenos, pois estes ainda não possuem estrutura adequada para estes serviços.
- 2) A implantação do cuidado é um mecanismo de valorização e reconhecimento da importância do farmacêutico, que pode ser usado como ferramenta para sensibilizar gestores para a contratação de profissionais e investimento nas melhorias necessárias para o avanço da Assistência Farmacêutica.
- 3) Definir um sistema informatizado para o registro da dispensação.
- 4) Inserir os serviços farmacêuticos no planejamento municipal, estadual, como forma de garantir os investimentos para a execução das atividades.
- 5) Investir e incentivar a qualificação do cuidado em serviço.
- 6) Implantação de código que garanta a remuneração dos serviços para profissionais farmacêuticos (procedimento).
- 7) Adequar o e-SUS para as atividades do cuidado farmacêutico.

Rodada 2

- 1) Fazer evolutivas no Hórus, de forma a torná-lo mais ágil, com alimentação *off-line* e com módulo cuidado farmacêutico.
- 2) Hórus deve conter as regras e exigências previstas nos PCDT, de forma a facilitar o trabalho.
- 3) Hórus deve ter maleabilidade nas exigências, de forma que o farmacêutico possa tomar decisões racionais que favoreçam o acesso ao medicamento, que hoje é dificultado.
- 4) Desburocratizar o processo de dispensação (PCDT).
- 5) Readequar as atividades do farmacêutico, de forma que ele possa ser estimulado a executar atividades de cuidado, além da dispensação e da logística.
- 6) Definição de estrutura mínima para que a unidade possa oferecer os serviços farmacêuticos (cuidado).
- 7) Revisar a Resolução do CNS – Pnaf ou construir uma portaria ministerial, pactuada em CIT, que institucionalize o cuidado farmacêutico no SUS, prevendo, além da disponibilidade do medicamento, a garantia da contratação de profissionais para prestar os serviços.
- 8) DAF elaborar diretrizes de Cuidado Farmacêutico.
- 9) Qualificação dos profissionais e garantia de estrutura para prestação dos serviços.

DISPENSAÇÃO E CUIDADO

Principais assuntos discutidos

Rodada 3

- 1) A dispensação e o cuidado são os mecanismos que promoverão o verdadeiro uso racional de medicamentos. Deve ser estimulado.
- 2) O farmacêutico precisa tomar consciência de que também é um gestor da saúde pública, com responsabilidades desde a construção dos planos municipais.
- 3) A grade curricular do curso de Farmácia precisa ser modificada de forma que o profissional possa sair formado em clínica, com foco no paciente e não exclusivamente no medicamento. Isso deve ocorrer para a formação em gestão.
- 4) Desmistificar a imagem do farmacêutico que hoje está atrelada ao medicamento.
- 5) Aproximar-se de instituições como MEC e CFF para que a formação clínica do farmacêutico nas academias seja efetivada.
- 6) O modelo do cuidado implantado em Curitiba é uma metodologia difícil de implantar. Precisa ser revisado para facilitar a multiplicação.

Rodada 4

- 1) Investir nas especificidades do cuidado. Devem ser promovidas especializações, de forma que o profissional possa ser dedicado a áreas da saúde específica.
- 2) Definição de papéis dentro da farmácia (farmacêutico e técnico de farmácia). Apoio técnico para que o farmacêutico possa ficar disponível para exercer o cuidado.
- 3) Pouca cobrança do governo nos resultados, como contrapartida dos investimentos efetuados.
- 4) Reativar e fomentar o projeto cuidado do DAF, nos moldes de Curitiba, com uma equipe de supervisão que promova a capacitação dos profissionais em serviços.
- 5) Multidisciplinaridade ainda é um desafio para os avanços do cuidado farmacêutico, principalmente em âmbito ambulatorial.

DISPENSAÇÃO E CUIDADO

Principais assuntos discutidos

Rodada 5

- 1) Receitas ilegíveis ainda são uma realidade que dificulta uma dispensação adequada.
- 2) Desmistificação do cuidado. Não é possível atender a todos. Muitas vezes os próprios pacientes exercem o autocuidado de forma segura, dominando a tecnologia, não sendo necessário fazer o cuidado. É preciso filtrar.
- 3) Falta de indicadores para medir resultados é um obstáculo para os avanços do cuidado.
- 4) Estabelecer parcerias com as universidades, onde as unidades de saúde possam ceder espaço para que ocorram as capacitações em serviço.
- 5) Promover a interoperabilidade do e-SUS com o Hórus, de forma a facilitar a captação de informações (prontuário eletrônico).

Rodada 6

- 1) A conectividade ainda é um problema que deve ser encarado, pois muitos municípios têm a dificuldade de acesso a informações, inclusive da transmissão de dados; por exemplo, os pacientes que tentam retirar medicamentos mais de uma vez.
- 2) A qualificação em cuidado ainda é insipiente, sendo necessário fomentar capacitações.
- 3) Os gestores, algumas vezes, não sabem utilizar os recursos do Qualifar e acabam aplicando em outras atividades.
- 4) Deficiência de formação dos farmacêuticos em epidemiologia para compreender a realidade local e estabelecer parâmetros e indicadores de avaliação dos resultados de seu trabalho.
- 5) Desatrelar o recurso da aquisição de medicamentos do recurso para capacitação, estrutura etc.

DISPENSAÇÃO E CUIDADO	
Principais assuntos discutidos	Rodada 7 <ol style="list-style-type: none">1) Para o exercício do cuidado, o farmacêutico não necessita de estrutura avançada.2) Instituir documento do MS que reconheça e oriente, com pactuação em CIT, os gestores sobre o cuidado farmacêutico como ferramenta que contribui para a melhoria da saúde do paciente e para a melhor gestão dos recursos, com a promoção do uso racional dos medicamentos.3) Difundir experiências exitosas entre farmacêuticos, para divulgar os trabalhos executados pelos profissionais, como forma de multiplicação.4) Difundir entre os gestores que a dispensação racional e o cuidado farmacêutico são custo-efetivo e trazem economia ou bom uso de recursos à gestão; evitando o desperdício de medicamentos.5) O Cartão Nacional do SUS deve ser a ferramenta única para registro das informações no SUS, de forma que possibilite o rastreamento nos diversos níveis de atenção.6) MS deveria estabelecer níveis de cuidado farmacêutico (maturidade), atrelado à estrutura e aos serviços, possibilitando que esses serviços sejam prestados nas diversas realidades nacionais.
	Rodada 8 <ol style="list-style-type: none">1) A farmácia e o farmacêutico não são reconhecidos como uma parte da equipe de saúde. É preciso retomar esse reconhecimento.2) Estabelecer um padrão mínimo para exercício do cuidado.3) Retomar a questão da humanização da dispensação (melhorar a ambientação das farmácias com retirada das grades, janelinhas, com aproximação do paciente x farmacêutico).
Síntese das propostas	

BUROCRATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Principais assuntos discutidos

Rodada 1

Prestação de contas via Apac, com vigência de seis meses devido à dificuldade de acesso dos pacientes a médicos de especialidade, já que a doença crônica não vai desaparecer em três meses.

Modo de ressarcimento, já que ele é vinculado ao abastecimento e à vigência.

Estímulo de preenchimento dos LMEs aos médicos, aumentando a informação aos médicos e da comunicação entre os atores.

Acordo da mesa de que a LME não é muito complexo e que as informações são necessárias.

Talvez se o LME fosse pré-preenchido, mas o que pode ser engessado dependendo do PCDT.

Tecnologia da informação pode colaborar transformando o LME físico em LME digital.

Anúncio do MS da criação de novo formulário, o que burocratiza o processo.

Identificação do usuário é duplicada com CPF e CNS, devendo haver um documento único. O ideal seria que houvesse algum filtro para duplicação (vinculação dos cadastros ao CPF) ou um cadastro único.

Tecnologia da informação como um poderoso aliado, havendo experiências positivas sobre o Hórus.

Eventos em que os estados e os municípios pudessem apresentar experiências exitosas, de modo não simultâneo a outros eventos.

Período de guarda dos documentos por cinco anos – falta de espaço físico à necessidade de revisão, à normativa e à possibilidade de digitalização de todos os documentos.

Investimento para implantação em tecnologia da informação, como o prontuário eletrônico, o qual agiliza o atendimento aos pacientes.

Aumentar a oferta de diagnóstico, na medida em que há cota populacional para diferentes municípios (revisão da tabela SUS) para que dê maior agilidade aos processos e diminua a fila de espera.

Penalização para atraso nos repasses dos estados aos municípios ou, pelo menos, aumento da fiscalização para que os repasses sejam feitos corretamente.

Judicialização do medicamento demandando tempo dos técnicos.

Manual instrutivo como ordenamento único dos auditores do DENASUS para todos os municípios a harmonizar as regras para as necessidades de cada um deles, tendo em vista as distintas necessidades.

Aumentar a transparência dos dados para os cidadãos, considerando ferramentas já disponibilizadas pelo MS, como o Hórus cidadão.

BUROCRATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Principais assuntos discutidos

Rodada 2

Sistema de informação que é sujeito às condições do município (falta de internet impedindo a dispensação) à sistema que funcione *off-line*.

Aumento do tempo de renovação da LME, pois as atuais desconsideram as possibilidades e tempos médios da rede local e cada local deveria ser estudado para avaliar o tempo, pois seis meses não podem ser suficientes para todas as SES; renovação também pode ser revista por PCDT. Cada doença ter um tempo de renovação diferente, já que nem todas as doenças serão alteradas em três meses.

Reduzir as solicitações de exames, porque muitas vezes eles nem são avaliados pelas SES.

Capacitação dos profissionais de saúde sobre o processo de trabalho, a falta de informação dos profissionais faz com que o usuário seja informado corretamente.

Acolhimento de novos profissionais e educação continuada sobre o que é o SUS, como funciona etc.

União dos blocos de financiamento como expectativa de desburocratização.

Para a aquisição, obrigatoriedade de uso de banco de preços e sua alimentação adequada pelos entes públicos, diálogo com os órgãos de controle para que este banco seja utilizado como base válida para cotação dos preços.

Incentivar a aquisição por meio de consórcios ou de modo regionalizado, pois há um ganho de escala e também há maior celeridade para punir empresas que descumpram os contratos.

Incentivar parcerias com laboratórios públicos para garantir o abastecimento e também como operador logístico entre estados e municípios, como SP fez com a Furp.

Recomendação dos órgãos de controle sobre boas práticas e para adoção de práticas exitosas de outros estados, para que os gestores tenham mais segurança.

Informatização em toda a rede de saúde (prescrição eletrônica etc.), integrando os vários atores.

Disponibilização dos dados do *Web Service* referentes aos municípios para que os estados monitorem.

Atraso no repasse dos estados para o município, impactando a aquisição e a maior fiscalização dos órgãos de controle.

Redução do tempo de guarda dos documentos e digitalização dos documentos.

BUROCRATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Principais assuntos discutidos

Rodada 3

Dificuldade em todas as mudanças na gestão das Secretarias Municipais de Saúde e perda de conhecimento nas áreas de aquisição e licitação.

Consórcios de saúde e construção de redes em todos os locais em que as circunstâncias políticas permitem.

Hórus não fornece ferramentas gerenciais suficientes para programação e aquisição, apenas o BI, para o qual as secretarias não foram treinadas a implementar melhores relatórios gerenciais e capacitar os gestores a utilizar essas informações para a tomada de decisões.

Definição do MS a respeito do tempo para guarda de documentos, pois as Secretarias de Saúde alocam recursos apenas para guardar papel.

Implementar outras alternativas digitais para guarda de documento à assinatura digital, digitalização de documentos, biometria, utilização do SEI.

Prorrogação urgente da vigência da LME para seis meses.

Reavaliação da necessidade de exames para prorrogação de vigência de LME, porque eles dificultam o acesso.

A modalidade de componentes burocratiza o sistema e não dialoga com a vida real dos pacientes, embora tenha sido importante para organizar o fornecimento a exemplo do RS em que há dispensação descentralizada do componente especializado, posto que o estado continue a programar.

Rodada 4

Reavaliação da necessidade de exames para prorrogação de vigência de LME, pois eles dificultam o acesso a essas exigências, que devem ser mais enxutas.

Prorrogação da vigência da LME para seis meses.

Fim da vinculação de documentos para acesso a documentos de faturamento (Apac) a facilitar acesso ao particular e não dos pacientes do SUS.

Revisão dos blocos de financiamento, de modo a desfrAGMENTAR.

Pouca disponibilização das informações de como ter acesso ao medicamento, onde ir, qual é a documentação necessária, de modo a evitar idas e vindas do usuário.

Disponibilizar informações também aos profissionais de saúde, como orientações para o médico preencher a LME.

Dar a celeridade ao processo licitatório a possibilitar uma equipe única própria para a aquisição e os procedimentos-padrão estabelecidos.

Lentidão do Hórus para fazer todas as etapas e a quantidade de papel gasta.

Para a aquisição, obrigatoriedade de uso de banco de preços e sua alimentação adequada pelos entes públicos, diálogo com os órgãos de controle para que este banco seja utilizado como base válida para cotação dos preços. No entanto, essa ferramenta tem fragilidades, pois estados maiores e mais distantes terão preços maiores devido à necessidade de logística.

Considerar a viabilidade e factibilidade das normas para todas as realidades do País

BUROCRATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Principais assuntos discutidos

Rodada 5

Definir tempo do termo de guarda do medicamento.

Avaliar a possibilidade de digitalizar esses documentos e, neste caso, definir quem são os responsáveis, aporte financeiro para estruturar (impressora, *scanner*), treinamento.

Foi citado o uso do SEI no MS ou o uso do AME em São Leopoldo.

Aprimorar a redação dos PDCT e das legislações que, por serem genéricas, não auxiliam. Exemplo: medicamentos de hepatite C devolvidos podem ou não ser redispensados.

Formulário eletrônico por meio do e-saúde agiliza o processo e permite a integração do prescritor com os medicamentos da Rename, Remume.

Preenchimento automático da LME e enviado para a SMS/SES por algum sistema, o qual possuísse algum filtro ou bloqueio para problemas ou inconsistências. Também poderia ter *checklist* com toda a documentação necessária.

Considerar a possibilidade de descentralização da execução do componente especializado para municípios, já que eles são os responsáveis por receber o paciente e dispensar o medicamento à revisão da 1.554.

A possibilidade de que estado e o município pactuem a descentralização da execução por meio de CIB, utilizando Cnes do estado, estrutura e RH do município, conforme exemplo do Pará.

Rodada 6

Sistema que integrasse a unidade de saúde (pública ou privada) e prescrito à farmácia.

Cruzamento das informações do programa Aqui tem Farmácia Popular do que é retirado nas Unidades Básicas de Saúde.

Prorrogação da vigência da LME vinculada a cada patologia, utilizando as informações que irão compor a base nacional, diminuindo a apresentação de exames desnecessários e de LME de três em três meses.

Revisão do processo burocrático dos PCDT para que eles se adequem à realidade do local, tendo em vista que o PCDT é escrito pela academia.

Agilidade na realização de exames que são necessários para a dispensação de medicamentos do componente especializado.

Informar os pacientes claramente da documentação necessária para a dispensação de um medicamento, utilizando diferentes meios de comunicação (internet, pôster, manual).

Rever a fragmentação nos moldes dos componentes da Assistência Farmacêutica, o que confunde a população e que já está superado como modo de organizar o cuidado.

Investir e fortalecer os municípios para que eles dispensem todos os medicamentos aos pacientes, para que o paciente tenha apenas uma referência para informação à descentralização da execução atrelada à estrutura, à capacitação e ao acompanhamento; estado ficaria com a autorização, o monitoramento e a avaliação.

BUROCRATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Principais assuntos discutidos

Rodada 7

Inúmeros sistemas de informação utilizados para a dispensação, necessidade de alimentação do banco de preços de saúde à unificação dos sistemas de informação.

Lentidão do sistema Hórus obriga que as secretarias paguem sistemas privados.

Dificuldades de internet e estruturais que impedem a utilização de um sistema de informação *on-line*.

Críticas à exigência de dados da dispensação (*Web Service*) sem que haja um sistema de informação consistente.

Falta de integração entre o sistema da farmácia popular com o Hórus.

Falta de articulação entre os muitos sistemas de informação a serem alimentados (Hórus, Siclon etc.).

Simplificar as ações de dispensação, tais como o formulário de prescrição de medicamentos que não façam parte da Rename, os quais não agilizam o trabalho do farmacêutico e que não vão acrescentar informação alguma à Administração Pública.

Ampliar o tempo de vigência da LME, considerando o grau de complexidade das doenças e a dificuldade de obtenção de exames da rede.

Articulação do Hórus com o prontuário do paciente, de modo que o farmacêutico possa fazer suas considerações no prontuário.

Integração dos sistemas de informação, aproveitando o e-SUS.

Flexibilização dos blocos de financiamento, o que vai aumentar a responsabilidade do gestor em não diminuir o investimento em Atenção Básica e vigilância em saúde e aumentar na urgência e emergência.

Definir tempo do termo de guarda dos documentos de dispensações do medicamento.

Rodada 8

Maior autonomia para a renovação da LME dos medicamentos do componente especializado, pois isso dificulta o acesso ao medicamento, bem como a evolução do farmacêutico no sistema de saúde que pudesse justificar a ausência de exame.

Maior flexibilidade nos avaliadores do componente especializado, visto que há falta de recurso humano.

Simplificação dos PCDT, auxiliando a interpretação pelos avaliadores e de modo que eles não incluam exames indisponíveis no SUS ou com difícil acesso ao SUS.

Laudo médico ser considerado como entrada de pacientes fora do controle, pois esse dado é usado para monitorar epidemiologicamente o andamento da doença.

Aumentar a janela de renovação para seis meses ou de acordo com a patologia. No âmbito da patologia, foi considerado que seria confuso para os pacientes e avaliadores.

EQUIPE TÉCNICA

Facilitadores e Relatores:

Alane Andreelino Ribeiro
Anne Caroline Oliveira Bernarde
Antônio Joaquim Bonfim
Benilson Beloti Barreto
Camila Kaori Nakagawa
Clariça Rodrigues Soares
Daniela Dias Dantas
Ediane de Assis Bastos
Evandro de Oliveira Lupatini
Fábio Cardoso Reis
Gabriel Gonçalves Okamoto
Jessé da Nobrega Azevedo
João Henrique Vogado Abrahão

Karen Cristine Tonini
Letícia Mendes Ricardo
Luciana Costa Xavier
Luiz Alberto Delboni Filho
Igor Luiz Cerqueira
Marta da Cunha Lobo Souto Maior
Nicole Menezes de Souza
Patrícia Santos Marcal
Raissa Allan Santos Domingues
Rodrigo Ramos de Sena
Wanslei Oliveira Lima
Wendell Rodrigues Oliveira da Silva
William Amorim Santana

Participantes e Colaboradores:

Adla Marques	Divaldo Pereira de Lyra Junior
Adroaldo Gasparoti de Barros	Eduardo Parente da Rocha
Agnes Nami Kaminosono	Eglin Thais da Penha Gonçalves
Alberto Felipe do Nascimento Santos	Elaine Lazzaroni
Alessandra Regina de Melo Sousa	Elayne Simões de Oliveira Santos
Alex Alexandre de Carvalho	Elton da Silva Chaves
Alexandra Mariano Fidêncio Casarini	Fabiana Ruas
Aline Silva Pereira	Fabio Moreth Mariano
Amanda Maria Paixão Soares	Fernanda França Cabral
Ana Bolena Lima da Costa	Francilene Amaral da Silva
Ana Patrícia Souza Ximene	Francisco Batista Júnior
Anderson Lourenço da Silva	Francisco das Chagas Alves Aguiar Junior
André de Oliveira Baldoni	Gabriela Costa Chaves
André Lacerda Ulysses de Carvalho	Gracieli Pilla Miglioren
Andréia Rodrigues Meira dos Santos	Graziela de O. Silva
Ângela Cristina Rodrigues Cunha Castro	Grazielle Custódio David
Lopes	Geisa Maria Grijó Farani
Angelita Cristine de Melo	Giovana Garofalo
Anna Heliza Giomo	Giovanny Kley Silva Trindade
Antônio Joaquim Bonfim	Gustavo Henrique Rocha Kesselring
Armelinda Marconato	Gustavo Vasconcelos Bittencourt Cabral
Axana Schwarzbald Ramos	Gysella Santana Honório de Paiva
Camila Matos da Silva	Helenilson José Soares Boniares
Cassyano Januário Correr	Herlon Francisco dos Santos
Charleston Ribeiro Pinto	Homero Cláudio Rocha
Cláudia Garcia Serpa Osorio de Castro	Inísio Roberto Saggioro
Cláudia Regina Rabelo Corrêa	Isabela de Oliveira Sobrinho
Cleuzilene Almeida Vila Verde	Israel Murakami
Dagoberto de Castro Brandão	Ítala Rodrigues de Oliveira
Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá	Jean de Sousa Batista
Daniel Miele Amado	João Pedro Gebran Neto
Daniela Aguiar Alberto	Josélia Cintya Quintão Pena Frade
Daniela Nunes Vitor	Josivan Barbosa Gonzaga
Daniella C Rodrigues Pereira	Josimeire Freitas de Sousa
Dayde Lane Mendonça da Silva	Juliana Álvares
Déa Regina de Alencar Caldas Bezerra	Julio César Benalcázar Chum
Deise Regina Sprada Pontarolli	Karina de Oliveira Fatel Martins
Diego Espindola de Avila	Karinny Alves de Sousa Araújo
Dirce Cruz Marques	Kátia Regina Torres
Dirceu Ditmar Klitzke	Kleber Lomonte Teixeira

Leonardo Henrique Pereira	Ricardo Chiappa
Liemar Coelho Vieira	Ricardo Silva Madruga
Lilian Azevedo Zollikofer	Rogério Coutinho Pereira
Lore Lamb	Ronald Ferreira dos Santos
Lúcia de Fátima Sales Costa	Ronaldo Carlos Gonçalves Junior
Luciana Costa Xaves	Rossana Santos Freitas Spigel
Luciane Anita Savi	Rusliene Pereira Dantas
Luciane Cruz Lopes	Salviano Augusto de Almeida Mariz
Lucio Alvim	Samuel Silva Ibrahim Sena
Maely Peçanha Fávero Retto	Sandro Cesar Feitosa Monteiro
Manoel Roberto da Cruz Santos	Sarah Nascimento Silva
Manuela Martins Cruz	Seila Tolentino
Marcel Jandson Menezes	Selma Rodrigues de Castilho
Marcelo Brasil da Silva	Sergio Araujo Correia Lima
Maria Adriana Moreira	Silvana Nair Leite Contezini
Maria Bernadete Souza Nápoli	Silvia Maria Neri Piedade
Maria Selma Lopes Machado	Silvio César Machado Santos
Mariana Weizenmann	Sybelle Solange Lima de Oliveira
Mario Borges Rosa	Soraya Machado de Jesus
Mario Jorge Silva	Taciana E. de Carvalho
Maurício Portella	Tarcísio José Palhano
Melissa Borges de Farias	Tayonara Cristiane B. Silva
Mie Muroya Guimarães	Thalison Henrique de Souza
Mirna Poliana Furtado de Oliveira	Vania dos Santos
Monica Holtz Cavichiolo Grochocki	Valmir de Santi
Natália Franco Veloso	Vera Lúcia Luiza
Nathália S. Dantas Pelliccioni	Vitor Manuel Jesus Matos
Nélio Saraiva Paim Filho	Wagner Silva dos Santos
Paulo Mayorga	Walter da Silva Jorge João
Poliana Bernardes Gonçalves	Washington Leite de Siqueira
Raylayne Ferreira Bessa	Wellington Barros da Silva
Regilene de Lima Rodrigues	Wesley Magno Ferreira
Renata Aline de Andrade	Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara
Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento	Yara Maria Coelho Burlamaque
Ricardo Ronsoni	



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

