

**MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**

**GESTÃO DE FARMÁCIA EM UNIDADES DE  
SAÚDE PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE ATALAIA  
NO ESTADO DE ALAGOAS – BRASIL**

**Orientador: Prof. Doutor António Augusto Teixeira da Costa**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias  
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa  
2015**

**MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**

**GESTÃO DE FARMÁCIA EM UNIDADES DE  
SAÚDE PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE ATALAIA  
NO ESTADO DE ALAGOAS – BRASIL**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 313/2015, de 31 de agosto de 2015, com a seguinte composição:

Presidente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Cristina Freitas  
Brasão Amador

Arguente:

Prof. Doutor Mário Fernando Carrilho  
Negas

Orientador:

Prof. Doutor António Augusto Teixeira  
da Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa**

**2015**

*O papel do Farmacêutico no mundo é tão nobre quanto vital. O Farmacêutico representa o órgão de ligação entre a medicina e a humanidade sofredora. É o atento guardião do arsenal de armas com que o Médico dá combate às doenças. É quem atende às requisições a qualquer hora do dia ou da noite. O lema do Farmacêutico é o mesmo do soldado: servir.*

(Monteiro Lobato)

### Dedico este estudo

A todas as pessoas que sempre me disseram a verdade, pois com elas aprendi a lapidar a pedra bruta da vida e retirar dela a excelência para vencer os obstáculos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado condições de lutar e alcançar os objetivos pretendidos. Não nasci rico, mas isso não me impediu de ver riquezas na capacidade de transformar vida em presente e conquistas.

Aos meus familiares, pelo apoio dessa nova conquista.

Aos meus amigos de trabalho e profissão, pelo apoio e incentivo de enfrentar essa jornada durante esse período tão extenso.

Aos meus companheiros e amigos, que vêm enfrentando comigo, durante as viagens, todos os momentos de frustrações bem como também as horas de alegrias, quando pensávamos que nunca iria chegar ao fim.

À minha coorientadora, Márcia Karina Silva Luiz, pela atenção, compreensão e incentivo de não desistir já no término da pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. Dr. António Augusto Teixeira da Costa, pela efetiva colaboração na feitura deste trabalho.

## RESUMO

A partir das determinações da Constituição brasileira de 1988, em que se recomenda a criação de um Sistema Único de Saúde, algumas práticas no que se refere à melhoria da Assistência Farmacêutica foram sendo empregadas. Com a criação do SUS inúmeras políticas para a gestão da Assistência Farmacêutica foram criadas além do desenvolvimento de pesquisas para solução dos problemas de gestão. Este estudo trata da Gestão de Farmácias nas unidades de saúde pública do município brasileiro de Atalaia, o qual fica localizado no estado de Alagoas. O objetivo principal da pesquisa foi verificar de que modo os gestores públicos do referido município têm realizado a Gestão de Farmácias nas unidades de saúde. Com a finalidade de se alcançar o objetivo do trabalho, fez-se, inicialmente, uma revisão de literatura para se entender melhor a base conceitual de *organizações* e de *gestão empresarial*, bem como de *gestão de farmácia em unidade de saúde pública*, tópicos que constituem o primeiro e segundo capítulos da dissertação. Do ponto de vista metodológico, optou-se, dada a natureza do objeto de estudo, por uma abordagem quantitativa. A partir do conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da anuência dos informantes, foram respondidos questionários por dois grupos de sujeitos, sendo um grupo formado por 21 gestores públicos e outro por 107 profissionais das equipes multiprofissionais do município, totalizando 128 sujeitos. Após análise dos dados obtidos, constatou-se que os gestores têm uma visão mais crítica acerca da estrutura, capacitação e recursos financeiros que envolvem a Gestão de Farmácias do município de Atalaia/AL; já os profissionais das equipes multiprofissionais das unidades de saúde possuem uma visão mais positivista sobre a qualidade da estrutura do serviço.

**Palavras-chave:** Gestão de Farmácia; Assistência Farmacêutica; SUS – Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

From the determinations of the Brazilian Constitution of 1988, which recommends the creation of a National Health System, some practices with regard to improving pharmaceutical assistance were being employed. With the creation of SUS, numerous policies for the management of pharmaceutical services were created in addition to the development of research for solving management problems. This study deals with Pharmacy Management in public health facilities in the Brazilian city of Atalaia, which is located in the state of Alagoas. The main objective of the research was to investigate how the city's public managers have been conducting Pharmacy Management in the health facilities. In order to achieve the objective of the study, there was first an analysis of literature to better understand the conceptual basis of organizations and business management, as well as pharmacy management in a public health unit; topics that make up the first and second chapters of the dissertation. From a methodological point of view, it was decided, given the nature of the object of study, a quantitative approach. After reading the Informed Consent Form, and with the approval of the informants, questionnaires were administered to two groups of subjects, one being a group of 21 public managers and the other of 107 professionals from multidisciplinary teams in the city, totaling 128 subjects. After analyzing the data obtained, it was found that managers have a more critical view on the structure, training and financial resources involving the Pharmacy Management municipality Atalaia/AL; and the professionals of multidisciplinary teams of health facilities have a more positive view of the quality of the service structure.

**Keywords:** Pharmacy Management; Pharmaceutical Services; SUS.

## ABREVIATURAS

ABS – Atenção Básica em Saúde  
AF – Assistência Farmacêutica  
AL – Alagoas  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
BPS – Banco de Preços em Saúde  
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico  
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial  
CEME – Central de Medicamentos  
CF – Constituição Federal  
CFT – Comissão de Farmácia Terapêutica  
CMM – Consumo Médio Mensal  
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica  
FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural  
GM – Gabinete Ministerial  
H1N1 – *Influenza A* tipo H1N1  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social  
MEC – Ministério de Educação e Cultura  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PFB – Programa de Farmácia Básica  
PNM – Plano Nacional de Medicamentos  
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos  
SAMCIL - Serviço de Assistência Médica ao Comércio e Indústria  
SAMDU – Serviço de Assistência médica domiciliar de urgência  
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência  
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*  
SUS – Sistema Único de Saúde  
ULHT – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1. ORGANIZAÇÕES E A GESTÃO EMPRESARIAL .....</b>	<b>21</b>
1.1 CONCEITOS DE ORGANIZAÇÃO .....	22
1.2 ABORDAGEM HISTÓRICA DO SURGIMENTO DAS ORGANIZAÇÕES .....	24
1.3 TEORIAS ORGANIZACIONAIS DA GESTÃO .....	26
1.4 CONCEITO DE GESTÃO .....	30
1.5 GESTÃO ESTRATÉGICA .....	31
<b>2. GESTÃO DE FARMÁCIAS EM UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>35</b>
2.1 REVISÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	38
2.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS .....	43
2.3 PLANEJAMENTO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	46
2.4 CICLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	49
2.4.1 Seleção de Medicamentos .....	50
2.4.2 Programação de Medicamentos .....	52
2.4.3 Aquisição de Medicamentos .....	53
2.4.4 Armazenamento e Distribuição de Medicamentos .....	54
2.4.5 Prescrição, Dispensação e uso de Medicamentos .....	56
2.5 O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA GESTÃO DE MEDICAMENTOS .....	57
<b>3. CAMINHOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>61</b>
3.1 TIPO DA INVESTIGAÇÃO .....	62
3.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	62
3.3 OBJETIVOS .....	63
3.3.1 Objetivo Geral .....	63
3.3.2 Objetivos Específicos .....	64
3.4 UNIVERSO DA AMOSTRAGEM .....	65
<b>4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>70</b>
4.1 SUJEITOS E <i>LÓCUS</i> DA PESQUISA: CARACTERIZAÇÃO .....	70
4. 1.1. Sobre o <i>lócus</i> da pesquisa .....	70
4. 1. 2 Sobre os sujeitos da pesquisa .....	71
4.2 GESTORES .....	78
4.3 PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	80

---

4.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	81
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>92</b>

## ÍNDICE DE FIGURA E QUADROS

<b>Figura 1 – Inter-relação entre as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica .....</b>	<b>49</b>
<b>Quadro 1 – Objetivos e estratégias da seleção de medicamentos.....</b>	<b>51</b>
<b>Quadro 2 – Procedimentos e métodos da programação. ....</b>	<b>53</b>
<b>Quadro 3 – Objetivos, requisitos e procedimentos.....</b>	<b>57</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Distribuição do número de participantes da pesquisa .....</b>	<b>65</b>
<b>Tabela 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa por perfil profissional.....</b>	<b>65</b>
<b>Tabela 3 – Distribuição do perfil pessoal dos gestores avaliados .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 4 – Distribuição do perfil pessoal dos profissionais avaliados .....</b>	<b>67</b>
<b>Tabela 6 – Distribuição do perfil pessoal dos profissionais avaliados .....</b>	<b>75</b>
<b>Tabela 7 – Distribuição da avaliação dos gestores acerca das ações de gestão de assistência farmacêutica no município de Atalaia/AL .....</b>	<b>78</b>
<b>Tabela 8 – Distribuição da percepção dos gestores acerca das dificuldades encontradas para garantir a efetividade da gestão de farmácias nas USB de Atalaia/AL .....</b>	<b>78</b>
<b>Tabela 10 – Distribuição da avaliação dos profissionais acerca da estrutura física, assistência e número de profissionais presentes no serviço farmacêutico do município de Atalaia/AL .....</b>	<b>80</b>
<b>Tabela 11 – Distribuição da percepção dos profissionais acerca da participação do profissional farmacêutico junto à equipe multiprofissional .....</b>	<b>80</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 – Distribuição dos gestores segundo o sexo .....</b>	<b>73</b>
<b>Gráfico 2 – Distribuição dos gestores segundo a faixa etária .....</b>	<b>73</b>
<b>Gráfico 3 – Distribuição dos gestores segundo o estado civil. ....</b>	<b>74</b>
<b>Gráfico 4 – Distribuição dos gestores segundo a escolaridade .....</b>	<b>74</b>
<b>Gráfico 5 – Distribuição dos gestores segundo o tempo de atuação .....</b>	<b>74</b>
<b>Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais segundo o sexo .....</b>	<b>75</b>
<b>Gráfico 7 – Distribuição dos profissionais segundo a faixa etária .....</b>	<b>76</b>
<b>Gráfico 8 – Distribuição dos profissionais segundo o estado civil.....</b>	<b>76</b>
<b>Gráfico 9 – Distribuição dos profissionais segundo a escolaridade .....</b>	<b>77</b>

---

## INTRODUÇÃO

As atividades de Gestão envolvem larga gama de atividades dentro das organizações e se prestam à prestação de serviços e ou produtos à sociedade. Por assim ser, a Gestão requer recursos materiais e humanos a fim de que o público-alvo a que se destinam esses serviços e ou produtos possa recebê-los de forma eficiente e eficaz. Com o acesso à tecnologia e à formação especializada, o gerenciamento de qualquer atividade de Gestão no século XX pode ser otimizada de modo que os usuários finais consigam serviços e produtos de boa qualidade. Na área de saúde, por exemplo, a prestação de serviços que tangencia os fármacos é de suma importância para a sociedade, uma vez que toda sociedade necessita de uso de medicamentos.

No Brasil, há uma política de acesso a medicamentos que envolve pelo menos duas importantes instituições: o Estado e a Sociedade. Se de um lado o Estado (seja por meio de programas nacionais, estaduais, distritais ou municipais) detém uma série de programas que visam à assistência à população por meio da distribuição gratuita de medicamentos, o que causa grande dispêndio ao erário público, por outro, a Sociedade, sobretudo as pessoas que não possuem recursos próprios para prover, quando necessário, seus medicamentos, recorre ao serviço público de acesso a medicamentos. Como se trata de uma grande parcela da população que usa o Sistema, acaba havendo, muitas vezes, sérios problemas: demora na prestação do serviço, falta de medicamentos, perda de medicamentos nos estoques por falta de controle adequado ou por falta de condições adequadas de armazenamento ou mesmo por compras excessivas, o que gera a perda de validade do produto.

Diante desse contexto, este estudo se propõe a investigar o papel da Gestão das Farmácias nas Unidades de Saúde do Município de Atalaia, no estado de Alagoas, nordeste brasileiro, bem como saber qual a contribuição do profissional farmacêutico quando inserido numa Equipe Multiprofissional: este profissional pode pôr em prática ou desenvolver suas ações/ atribuições para que a população de forma geral tenha uma adesão ao tratamento e ao uso de medicamentos de forma racional? Embora o nosso recorte seja muito restrito se compararmos a dimensão do nosso município foco de investigação à massa populacional e geográfica brasileira, defendemos que este estudo é, ainda assim, bastante representativo porque pode servir de pesquisa-piloto para outros municípios poderem analisar a sua realidade no que concerne à Gestão das Farmácias e porque, mesmo em termos proporcionais, representa a realidade do nosso país quanto à Gestão das Farmácias.

A escolha do tema para essa investigação se firmou a partir de nossas inquietações em compreender a atuação do profissional Farmacêutico, sobretudo no que diz respeito à contribuição efetiva desse profissional junto à Equipe Multiprofissional das Unidades de Saúde de Atalaia, assim como suas angústias e anseios profissionais como sujeitos que buscam sua identidade profissional, ressignificando o seu papel no espaço da saúde pública, ademais, intentamos compreender os aspectos envolvidos de suas funções e atribuições.

Assim, o nosso ponto de partida para a execução desta pesquisa incide sobre as seguintes questões:

*a) O profissional farmacêutico no município pode pôr em prática ou desenvolver suas ações/ atribuições para que a população de forma geral tenha uma adesão ao tratamento e ao uso de medicamentos de forma racional?*

De uma forma geral o farmacêutico é o profissional que está responsável pelas boas práticas no setor farmacêutico de todas as instituições da saúde. De acordo com Feitosa (2006), o farmacêutico deve na sua prática da assistência farmacêutica desenvolver de forma participativa junto com a comunidade à qual está ligado orientações para o uso racional dos medicamentos. Assim, entende-se que é prática do farmacêutico organizar e gerenciar o setor para possibilitar a adequada dispensação e universalização do acesso a todos de forma racional. Ante esse contexto, parece razoável entender como o profissional farmacêutico está desempenhando suas atividades fins no seu lócus de trabalho.

*b) Dentro das equipes multiprofissionais de saúde no município-alvo de nossa investigação – Atalaia - AL, o profissional farmacêutico tem conseguido, em conformidade com o que prevê o Ministério da Saúde, gerenciar suas atividades de modo a consolidar a identidade desse profissional e a atender às demandas da sociedade?*

De acordo com o Código de Ética Farmacêutico Brasileiro, o profissional farmacêutico deve desenvolver sua prática visando à saúde do paciente, orientando-o em todos os sentidos. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2004). Entretanto, na prática diária desses profissionais o que se observa é uma forte tendência para o desenvolvimento da gestão burocrática, onde o foco se concentra na garantia de disponibilizar os medicamentos ao usuário. Nessa perspectiva da gestão burocrática, os princípios éticos de que o farmacêutico deve desenvolver na sua prática profissional cuidando não apenas da dispensação do medicamento, mas principalmente cuidando do paciente, para que este use adequadamente e

racionalmente o medicamento, muitas vezes a atividade desse profissional fica restrita a uma demanda que não atende a sociedade de modo adequado.

Inúmeras razões podem ser apontadas que justifiquem a prática voltada para a gestão burocrática como, por exemplo: jornadas de trabalho longas, falta de estrutura física, falta de verbas específicas para a formação complementar dos profissionais no que se refere ao “aperfeiçoamento interdisciplinar condizente com as novas responsabilidades, remetendo-o a assumir efetivamente a autonomia de seu cargo liberal, incorporando os componentes da moral, ética e ideologia dentro de sua atuação”. (OLIVEIRA, et al. 2005, p. 412)

*c) De que forma os gestores públicos têm lidado com a Gestão de Farmácias do município de Atalaia – AL?*

Como será melhor analisado no decorrer desse estudo, os profissionais que foram consultados acreditam que a gestão da Assistência Farmacêutica no Município de Atalaia está sendo desenvolvida de forma satisfatória, visto que, no geral, tem-se obtido resultados positivos no que se refere à redução dos custos e melhoria na distribuição dos medicamentos.

Partindo desses questionamentos, este estudo tem por objetivo geral verificar de que modo os gestores públicos do referido município têm realizado a Gestão de Farmácias – GE nas unidades de saúde. Os objetivos específicos são analisar o papel do farmacêutico de modo geral; verificar a atuação desse profissional nas equipes multiprofissionais, em Atalaia, levando em consideração dois aspectos: condições de trabalho e identidade profissional; e avaliar como os gestores públicos compreendem e lidam com a Gestão de Farmácias no município.

Assim nossa pesquisa foi empreendida com o objetivo de compreender a realidade dos gestores de farmácia no município de Atalaia no estado de Alagoas, tendo como base os conhecimentos abordados sobre o tema em trabalhos acadêmicos, teses e dissertações e publicações a respeito do objeto de estudo. Além do material teórico utilizado para nos aprofundarmos acerca da temática, foram respondidos questionários pelos gestores públicos do município com o intuito de verificar a compreensão que eles têm acerca da Gestão de Farmácias.

O município que se constituirá como campo do estudo dispõe de dezoito (18) Unidades de Saúde, das quais oito (08) estão localizadas na zona rural, dez (10) na zona urbana e 01(uma) CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico. Dentre essas unidades de saúde, quatro (04) dispõem de profissional farmacêutico, sendo estas localizadas na zona urbana, já as demais não contam com a presença do profissional farmacêutico a serviço da

população. Em consequência disso, percebe-se que a não inclusão desses profissionais resulta em descontrole com materiais e medicamentos, desvios, perdas e uso indiscriminado de medicamentos devido à automedicação.

Até o começo do século XX, conforme ensina Vecina Neto (2011), a assistência à saúde tinha seus conhecimentos bem limitados, no sentido de, no máximo, evitar as doenças. Importantes descobertas se deram na evolução histórica da assistência à saúde, tendo como foco o desenvolvimento do conhecimento médico durante o período do renascimento. Considera-se que foi após a descoberta da anestesia, por Norton (1846, na cidade de Boston, nos Estados Unidos) a descoberta da assepsia, por Lister (1865) e os conhecimentos desenvolvidos por Koch, e Pasteur sobre microbiologia e Claude Bernard sobre fisiologia (1865), que se pode considerar a prática médica com semelhanças com a prática atual.

Alguns eventos ocorridos durante o século XX, tais como a Revolução Industrial e a formação do Estado Moderno ou como é conhecido hoje Estado-providência foram sendo montadas as bases para uma nova prática da saúde pública. A partir daí se tem início a estruturação do hospital que deixa de ser apenas um local que separar os pobres doentes das demais pessoas e se torna um local onde se cuida da saúde e, ao mesmo tempo, hospitais vão absorvendo tecnologia e conhecimento (VECINA NETO, 2011).

É justamente a partir dessa nova conscientização para a busca de uma saúde pública para todos, ocorrida principalmente no século XX, como foi anteriormente exposto que vai sendo construído o conceito de saúde pública. Um conceito que surgiu em 1920, foi o desenvolvido por Charles Edward Amory Winslow e que, segundo Vecina Neto (2013, p. 3), continua bastante apropriado no século XXI. Assim, no entendimento de Winslow (1920): “Saúde Pública é a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, por meio de esforços organizados do estado para saneamento do meio ambiente, o controle das doenças infecciosas [...]”.

Definida Saúde Pública como um dever do Estado como forma de prevenir a doença e prolongar a vida em todos os aspectos, os países da Europa foram desenvolvendo outros conhecimentos permitindo que “[...] a prática da saúde pública se estruturasse como função fundamental do Estado moderno tanto no campo da prevenção, como na recuperação. [...]”. Estas são as bases que contribuiram para a construção dos dois modelos vigentes nos países europeus no século XXI, que são o modelo da seguridade social (tem funções de previdência social e de assistência médica) e o modelo do serviço nacional (VECINA NETO, 2011, p. 4).

Entretanto, seguindo o que ensina Vecina Neto (2011), alguns fatores, tais como: o envelhecimento da população e a mudança nos padrões de consumo dos serviços de saúde, as mudanças no perfil epidemiológico das populações, a difusão do conhecimento (globalização das informações), a medicalização, o corporativismo dos profissionais de saúde, a revolução tecnológica em curso e a busca da equidade têm contribuído para uma grande crise nos modelos de saúde no mundo.

Quanto à evolução da saúde pública no Brasil, observa-se que apesar de ter como base o modelo desenvolvido nos países europeus, apresenta suas particularidades e vem, ao longo dos anos, passando por diversas reorganizações. As primeiras medidas em saúde adotadas no Brasil datam da chegada da família real portuguesa em 1808, quando foram criados os primeiros cursos de medicina. Contudo, a assistência médica era exclusiva para os ricos (nobres, oficiais militares) deixando o povo em geral entregue à própria sorte.

Por muito tempo, a saúde pública tinha como atividades primordiais duas áreas específicas: delegar atribuições sanitárias às juntas municipais e controlar navios e saúde dos portos. Essa concepção de saúde pública se manteve até 1850. Ou seja, durante esse tempo “o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século” (BRASIL, 2011, p. 11).

Assim como visto anteriormente, até o século XIX, as políticas públicas estavam restritas a um controle sanitário e os hospitais, tal qual ocorreu no resto do mundo, eram o lugar onde os pobres iam morrer e os acometidos de alguma enfermidade eram segregados. A partir do século XX, ocorrem algumas evoluções no sentido de preparar as cidades com saneamento básico, especialmente na cidade de Santos, no estado de São Paulo, para eliminar a febre amarela, a peste bubônica e a varíola que, segundo Vecina Neto (2011, p. 4), “[...] causavam prejuízos econômicos à circulação de mercadorias devido ao temor dos navios que temiam aportarem nessas cidades [...]”.

Nesse contexto de epidemias no Brasil, em que muitas pessoas da elite foram atingidas, os governantes passam a se preocupar com políticas públicas, por isso Finkelman, (2002, p. 40) salienta que “[...] a história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose”.

Em um ambiente de movimentos contestadores, empregados principalmente pelos trabalhadores que lutavam por condições mais humanas de trabalho e sob a preocupação do pós-guerra e o medo da epidemia da gripe espanhola que assolou o Brasil no ano de 1918, é

criada a base do sistema previdenciário brasileiro com a promulgação da em 1923 da lei Eloy Chaves, instituindo a Caixa de Pensões e aposentadoria dos Ferroviários (VECINA NETO, 2011).

Em síntese, podem-se apontar alguns marcos históricos na evolução da saúde pública no Brasil ocorridos antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, que resultou na implantação do SUS (Sistema Único de Saúde). Em 1941, foi discutida na 1ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no Brasil, a organização do setor da saúde nos estados e a situação das grandes endemias e de suas campanhas. Entre os assuntos discutidos da Conferência Nacional de 1941, ganham destaques às questões da defesa sanitária, a assistência social, entre outros. Essa conferência foi realizada primeiramente para cumprir o disposto na Lei nº 378 de 1937, além de debater questões da saúde.

Dando sequência, no ano de 1944, foi criado o SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde separado do Ministério da Educação. No ano de 1960, em meio a uma crise institucional (Jânio Quadros tenta um golpe contra o Congresso e não consegue e renuncia ao cargo), foi fundada a primeira medicina de grupo do Brasil, a SAMCIL (Serviço de Assistência Médica ao Comércio e Indústria). No ano seguinte, 1961, foi Instituído o Código Nacional de Saúde. Em 1963, foi criado o FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural.

Até o final da década de 70, o que existia de saúde pública era restrito aos trabalhadores que possuíam assistência médica e hospitalar na Previdência Social. Ainda na década de 70, mais precisamente em 1978, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social (INAMPS), que conforme coloca Lopes (2011, p. 5), foi criado “[...] para melhor administrar as relações e repasses de verba entre o poder público e as empresas particulares, [...]”. Porém, a criação desse Instituto não mudou a realidade da assistência médica, que se manteve curativa e voltada para campanhas de vacinação.

Seguindo o processo evolutivo da saúde pública no Brasil, encontra-se o fato que mais teve significado na questão da evolução da assistência à saúde. Trata-se da promulgação da Constituição Federal de 1988, que através dos seus artigos 196 a 200, traça as bases legais para a criação de um novo sistema de saúde, aumentando as obrigações do Estado, já que reconhece a saúde como um direito social (VECINA NETO, 2011).

Diante das novas determinações previstas na Constituição Federal de 1988 - CF/88, no que se refere ao dever do Estado em promover a saúde como direito de todos, surge a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS tem como princípios “[...] a universalidade e

integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social” (MERCADANTE, 2002, p. 248).

As determinações constitucionais estabelecem que o SUS esteja voltado para atender de forma universal, igual e integral a toda a população brasileira, ou seja, que modifique as ações existentes e reoriente para a criação de um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (MERCADANTE, 2002).

Portanto, de acordo com o que expõe o autor supracitado, o SUS, criado a partir das Leis nº 8080, de 19/9/1990, e nº 8142, de 28/12/1990, estendeu o direito à saúde a toda a população brasileira, universalizando os serviços médicos, descentralizando-os e regionalizando-os.

De uma forma geral, de acordo com as determinações legais estabelecidas pela CF/88 e pelas leis nº 8080, de 19/9/1990, e nº 8142, de 28/12/1990, explicitadas anteriormente, considera-se o SUS como sendo uma instituição pública e nacional, criada com base no princípio da universalidade do atendimento, ou seja, toda a população deve ser atendida no âmbito da saúde sem restrições. “Suas diretrizes são a administração descentralizada, a integralidade do atendimento e a participação da comunidade” (GADIA; OLIVEIRA JÚNIOR E BORGES, 2012, p. 7).

Ao longo dos anos e após 23 anos de sua implementação, o SUS foi sendo modificado para adequar as necessidades da população brasileira. Entre os importantes avanços, pode-se citar a implantação do Programa de Agentes Comunitários, cuja principal função é trabalhar junto à comunidade a prevenção das doenças através de informações e de orientação sobre cuidados de saúde; trata-se de um Programa criado em 1991, que foi regulamentado em 1997 (BARROS; FREITAS e SOARES, 2012).

No ano de 1994, foi criado e estruturado o Programa de Saúde da Família, o qual tem como principal objetivo reorganizar a prática da atenção à saúde buscando estratégias a partir da atenção básica, levando saúde para a família, assim, o antigo modelo é substituído e se adequa às exigências dos princípios do SUS. Em 1996, foi criado um programa por meio do qual os portadores de HIV tinham acesso à distribuição de medicamentos; ainda na década de 90, mais precisamente em 1999, ocorre a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, para proteger a saúde do cidadão, através do controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária (BARROS; FREITAS e SOARES, 2012).

Continuando cronologicamente com o resumo da evolução do SUS, pode-se citar o ano de 2001, quando ocorre a regulamentação da “[...] proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. [...]”. No ano de 2003 foi criado o SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. No ano seguinte 2004, “[...] são lançadas várias novas políticas, dentre as quais se destacam: a Saúde da Mulher, a Humanização do SUS e Farmácia Popular do Brasil.[...]”. (BARROS; FREITAS e SOARES, 2012, p. 6)

Chegando ao ano de 2007, cabe destacar a regulamentação da Política Nacional de Combate ao Uso Abusivo do Álcool. Já no ano de 2009, com o aparecimento da influenza H1N1 o Governo Federal através do SUS lança a campanha Nacional de Prevenção através da vacinação e no ano de 2011 o SUS “[...] inicia com ações de combate à dependência química reconhecendo-a como uma doença crônica e incapacitante” (BARROS; FREITAS e SOARES, 2012, p. 6).

Diante do que foi colocado anteriormente, pode-se entender que quanto à assistência à saúde, o Brasil conseguiu grandes avanços, contudo algumas questões relativas aos programas de saúde ainda necessitam de ajustes e financiamentos para uma adequação, especialmente no que concerne às unidades de saúde e da contratação de pessoal qualificado para atuarem nos programas de Saúde da Família tornando possível o cumprimento real dos princípios do SUS, garantidos pela Constituição Brasileira.

Para ser mais bem compreendido optou-se por dividir o trabalho em capítulos, sendo o primeiro destinado a uma revisão de literatura sobre a Organização e a Gestão Empresarial, no qual serão abordados os conceitos de organização, abordagem histórica do surgimento das organizações, teorias organizacionais da gestão, conceito de gestão e gestão estratégica.

O segundo capítulo também constitui-se de revisão de literatura, mas agora sobre o que os teóricos dizem a respeito da Gestão de Farmácias em unidades de saúde pública. Busca-se, através de um percurso histórico da assistência farmacêutica, entender os problemas que atualmente os profissionais farmacêuticos têm enfrentado. Ainda aborda a assistência farmacêutica no SUS, como deve ser realizado teoricamente o planejamento em assistência farmacêutica, o ciclo de assistência farmacêutica com todos os seus elementos e o papel do farmacêutico na gestão de medicamentos no serviço público de saúde.

A partir do terceiro capítulo, este estudo busca demonstrar o que foi observado a partir da pesquisa de campo. Assim, o terceiro capítulo trata sobre a metodologia que foi empregada para desenvolver a pesquisa. Nessa parte constará o tipo da investigação; caracterização dos instrumentos de coleta de dados e os procedimentos de análise de dados; objetivos da

pesquisa; e o universo da amostragem. O quarto capítulo traz uma caracterização dos sujeitos e do *locus* da pesquisa; na sequência, a apresentação e discussão dos resultados obtidos após a pesquisa de campo em contraponto com o que os teóricos dizem a respeito do tema. Por fim constarão algumas considerações do que pôde ser constatado após o desenvolvimento do desse estudo.

## **CAPÍTULO I**

---

# **ORGANIZAÇÕES E A GESTÃO EMPRESARIAL**

Falar sobre as constantes e rápidas mudanças que têm sido frequentes no mundo atual não é novidade. Entretanto, é necessário se estabelecer uma razão para entender por que as sociedades pós-industriais têm passado por tantas mudanças e na busca de novos conhecimentos e relacionamentos para serem incorporados no dia a dia do ambiente corporativo.

A globalização tem sido apontada como fator determinante para as atuais formas de gestão. Sobre esse assunto Farah Júnior (1999, p.34) salienta que:

[...] as transformações que estão ocorrendo globalmente impõem mudanças na forma de gestão empresarial para que a empresa se torne competitiva, estruturada de acordo com os padrões mundiais, desenvolvendo suas potencialidades de maneira pró-ativa, tal qual se observa em outros países.

Nesse contexto de globalização, em que as mudanças são constantes e rápidas, surgem novos desafios no que diz respeito à gestão, dada a necessidade de as organizações assumirem novas posturas procurando meios alternativos para se diferenciar no mercado global.

Para melhor compreender o tema aqui proposto, organizações e a gestão empresarial no mundo globalizado e de constantes transformações, é pertinente que se construa uma retrospectiva histórica em que se traga à tona os processos evolutivos por que passaram as organizações, bem como a base conceitual sobre organização e gestão.

## 1.1 CONCEITOS DE ORGANIZAÇÃO

Compreender os aspectos evolutivos e contextualizar as organizações no atual momento de mudanças exige, *a priori*, buscar através dos teóricos (HAMPTON, 1992; CUNHA et. al, 2007; SOTOMAYOR, RODRIGUES, DUARTE, 2013; entre outros) uma análise conceitual e o desenvolvimento ao longo do tempo das organizações e das teorias que lhe dão suporte.

Desde o surgimento das primeiras organizações que estudiosos têm, ao longo do tempo, tentado desenvolver definições para essa palavra. De modo análogo ao que ocorre com grande parte dos termos nas diversas áreas do conhecimento, o termo *organização* também tem semântica rica e diversificada, portanto. De acordo com os dicionários da língua portuguesa *organização* é o ato de organizar; estado do que se acha organizado; constituição

física; estrutura; fundação; constituição moral ou intelectual; composição (FERNANDES, LUFT, GUIMARÃES, 1990).

Conforme Lopes (1970, p. 618),

O termo «organizações» é de utilização corrente. Dir-se-ia que toda a gente sabe o que são organizações. Numa primeira abordagem, a definição do conceito não parece levantar sérias dificuldades, pois as organizações são detectáveis na experiência quotidiana.

De acordo com Hampton (1992, p. 8) toda organização tem três partes básicas: pessoas, tarefas e administração e pode ser definida como sendo:

[...] uma combinação internacional de pessoas e de tecnologia para atingir um determinado objetivo. Uma empresa é uma organização. Também o é uma divisão, um departamento ou seção dentro de uma organização maior. Pessoas, dinheiro e materiais compõem os recursos que ingressam na organização [...].

Do ponto de vista de Nunes (2005) organizações são um

[...] conjunto de duas ou mais pessoas que realizam tarefas, seja em grupo, seja individualmente, mas de forma coordenada e controlada, actuando num determinado contexto ou ambiente, com vista a atingir um objectivo pré-determinado através da afectação eficaz de diversos meios e recursos disponíveis, liderados ou não por alguém com as funções de planear, organizar, liderar e controlar.

Cunha et al. (2007, p. 38) define organização como o: “conjunto de pessoas que trabalham de forma coordenada para atingir objetivos comuns”. Os autores supracitados salientam ainda que a literatura traz inúmeras definições para organizações e isso decorre da complexidade do conceito.

Sotomayor; Rodrigues; Duarte (2013, p. 9), no mesmo sentido dos autores citados anteriormente, definem organizações como “[...] o conjunto distinto de pessoas que se agrupam de forma deliberada para atingirem determinados objetivos. [...]”. Ou ainda organização é “um conjunto de duas ou mais pessoas que conjugam esforços de modo estruturado para alcançarem determinado(s) objetivo(s)”.

Outra conceituação que segue a mesma linha de entendimento dos demais autores supracitados é o de Figueiredo (2011, p. 2):

Organização é um conjunto de duas ou mais pessoas que realizam tarefas, seja em grupo, seja individualmente, mas de forma coordenada e controlada atuando num determinado contexto ou ambiente, com vista a atingir um

objetivo pré-determinado com eficácia, utilizando diversos meios e recursos disponíveis, liderados ou não por alguém com funções de planejar, organizar, liderar e controlar.

Diante das definições anteriormente analisadas, constata-se que o termo *organizações* pode ser entendido a partir de duas dimensões: a definição dos dicionários da língua portuguesa do Brasil e as desenvolvidas pelos especialistas. No primeiro caso, organização é entendida como a ação ou resultado de organizar ou organizar-se; no segundo caso, a palavra organização está ligada ao sistema onde uma ou mais pessoas se juntam para atingir satisfatoriamente determinados objetivos ou metas.

Assim é possível entender organizações empresariais como sendo um conjunto de pessoas que desenvolve atividades para atingir os objetivos propostos. Normalmente as organizações são o resultado da combinação de diferentes elementos, pessoas, máquinas, equipamentos, recursos financeiros, etc., capazes de atingirem um objetivo comum.

## 1.2 ABORDAGEM HISTÓRICA DO SURGIMENTO DAS ORGANIZAÇÕES

Historicamente as organizações surgiram desde a antiguidade da necessidade do homem em juntar esforços para atingir determinado objetivo. Nesse sentido, cita-se o que ensinam Sotomayor; Rodrigues; Duarte (2013, p. 9), para quem “as organizações surgiram da necessidade sentida pelo homem em agregar esforços e recursos com vista à prossecução de determinados objectivos colectivos.”.

Continuando Sotomayor; Rodrigues; Duarte (2013, p. 9), apontam três razões que justificam a existência das organizações: a razão social; a razão material e o efeito de sinergia. A razão social diz respeito ao fato de os indivíduos se juntarem para satisfazer a sua necessidade de relacionamento com os seus semelhantes; a razão material se refere ao fato de reunir um conjunto de indivíduos buscando atingir um determinado objetivo ou objetivos facilitando a execução das tarefas, o que resulta em melhor eficiência e diminuição de tempo gasto na realização do objetivo. E o efeito sinergia: “o todo é superior ao somatório das partes; é a noção do efeito multiplicador que se obtém pelo facto de termos mais do que um indivíduo a trabalhar para fins comuns”.

Hampton (1992, p. 10) sobre o surgimento das organizações e as ideias de dirigi-las salienta que:

As organizações e as ideias sobre como dirigi-las existem desde a Antiguidade; documentos tanto da China como da Grécia antigas revelam

uma preocupação com a coordenação e direção habilidosas de empreendimentos públicos. Nem a grande Muralha nem o Paternon teriam sido construídos sem planejamento, organização, direção e controle. Os Gregos e os romanos também obtiveram sucesso em dirigir uma vasta gama de empreendimentos cooperativos, tais como aventuras militares, obras públicas e sistemas jurídicos.

Diante do exposto, pode-se considerar que as organizações surgem nos primórdios das civilizações e surgem com o propósito de satisfazer o homem. No entendimento de Bondarik, Carvalho, Pilatti, (2002, P. 2) “As organizações empresariais são, portanto consideradas essenciais para a existência da sociedade e para o desenvolvimento humano”.

Com o passar do tempo, as organizações vêm acompanhando a evolução das sociedades. Nesse sentido, Hampton (1992, p.10) considera que foi a partir da Revolução Industrial na Inglaterra nos séculos XVIII e XIX que são fornecidas as evidências das práticas administrativas e de gestão. Entretanto, esse autor salienta que durante esse período da Revolução Industrial prevaleciam muito mais as práticas administrativas do que o pensamento administrativo, isso em razão da falta de obras escritas.

Continuando com os ensinamentos de Hampton (1992, p.11), pode-se dizer que, de um modo geral, foram três razões que impediram a disseminação dos pensamentos administrativos até o século XX.

1. Era difícil isolar a função administrativa e distingui-la das funções comerciais e técnicas. [...].
2. O período foi dominado por “pioneiros e administradores-fundadores”. [...].
3. A ideia mais difundida entre aqueles que dirigiam as organizações era que se tornava necessário reformar o caráter de cada trabalhador, para que este se tornasse um servidor obediente da organização. [...].

A partir do século XX, novas perspectivas são introduzidas no que se refere às organizações. Os estudos sobre o pensamento administrativo ganham uma dimensão maior e mais específica para a construção dos atuais meios de gestão. As circunstâncias no final do século XX e início do século XXI se apresentavam favoráveis para uma efetivação das teorias da administração, pois os mercados passaram a ser cada dia mais globais e as empresas precisavam “se moldar rapidamente dentro desse novo ambiente, objetivando o atendimento ao consumidor, a qualidade dos seus produtos e buscando a competitividade”. É nesse contexto que surgem as teorias administrativas de gestão que serão mais bem analisados no tópico seguinte (MENEGHELLI, 2000, p.1).

### 1.3 TEORIAS ORGANIZACIONAIS DA GESTÃO

Nesse tópico abordaremos os fundamentos históricos do surgimento da gestão à partir das necessidades de adequação para as transformações impostas pela mudança estrutural do mundo global, partindo do surgimento das teorias das organizações.

Define-se “teoria como sendo um conjunto coerente de pressupostos elaborados para explicar as relações entre duas ou mais variáveis” (SOTOMAYOR, RODRIGUES, DUARTE, 2013, p. 47).

A teoria é aquela que embasa todas as nossas ações dentro da organização e sobre todos os seus stakeholders. Todas as teorias da administração são produto do ambiente, forças sociais, econômicas, políticas, tecnológicas e culturais. Situações de nosso dia-a-dia são bem claras das teorias administrativas, pois em cada situação vemos a relação com as teorias. (FERREIRA, 2001, p. 10)

Cunha et al (2007), seguindo Barley e Kunda (1992), consideram cinco grandes teorias da organização que são: *melhoria industrial, gestão científica, relações humanas, racionalismo sistêmico, cultura organizacional e racionalismo radical*.

A *teoria da melhoria industrial* surgiu a partir das preocupações de teóricos, como por exemplo Dickens (Tempos Difíceis) e Frederich Engels, com as condições de trabalho que vivenciavam os trabalhadores no início da Revolução Industrial. A partir dessa preocupação, ações no sentido de aumentar a produção foram tomadas pensando, sobretudo, nas condições de trabalho introduzindo-se benefícios, mesmo que pequenos, para os trabalhadores. Com o passar do tempo, as ações dessa primeira tentativa de melhoria na gestão passou a não mais gerar resultados e a insatisfação das classes trabalhadoras faz surgir uma nova fase: a gestão científica (CUNHA et al, 2007).

A gestão científica teve como principal representante Frederick W. Taylor que ficou conhecido por suas inúmeras obras como o "Pai da Administração Científica". Foram três os objetivos defendidos por Taylor em sua teoria:

1. Ilustrar as partes relacionadas com a ineficiência;
2. Mostrar como a forma de resolução dessa ineficiência reside na aplicação dos princípios da gestão sistemática e não na procura de trabalhadores extraordinários. [...];

3. Argumentar como a melhor gestão é aquela que se baseia num conjunto claro de princípios e não na prática discricionária. (CUNHA et al, 2007, p. 57)

Sobre o mesmo assunto, a evolução das teorias organizacionais da gestão, pode-se citar Sotomayor, Rodrigues, Duarte, (2013, p. 47), para os quais as teorias organizacionais da gestão passaram por diferentes fases. A primeira foi a fase da escola científica que se propagou no início do século XX também conhecida como tendência racional.

Por esse ponto de vista, a organização do trabalho deve ser racional, (organização e métodos, organograma, linha de montagem) e o foco está na motivação através de fatores econômicos como salários, prêmios de produtividade ou bônus. “Procura motivar as pessoas focando-se ao nível das necessidades básicas da pirâmide de Maslow. É representada por nomes como Frederick Taylor, Henri Fayol, Frank Gilberth, Henry Gantt e Emerson.” (SOTOMAYOR, RODRIGUES, DUARTE, 2013, p. 50)

Para lá do interesse histórico, a gestão científica do trabalho permitiu a criação de um conjunto de técnicas que ainda hoje mantém utilidade e utilização, incluindo a estandardização dos tempos e procedimentos do trabalho, a definição de objetivos, o *feedback* sobre o desempenho, o sistema de recompensas, a formação e seleção de pessoal. Mais do que um objeto museológico, o taylorismo é, hoje, uma filosofia de gestão viva. Esta validade não retira é claro, a pertinência a muitas das críticas à gestão científica do trabalho (CUNHA et al, 2007, p. 61).

Entretanto, como visto anteriormente, apesar da importância da teoria científica, com o passar do tempo, muitas críticas foram sendo feitas a essa teoria. Entre essas críticas Cunha et al (2007) citam a tensão entre a necessidade de autonomia individual e o princípio da submissão à máquina organizacional, do mesmo modo que o empobrecimento do próprio trabalho no modo de organização taylorista/fordista.

Mesmo com inúmeras críticas à teoria clássica ou teoria racional do trabalho, ela deixou alguns princípios que têm sido usados ainda hoje na administração de algumas organizações, a saber: princípio de planejamento, princípio de preparo, princípio do controle e o princípio da execução (CHIAVENATO, 2011).

O princípio de planejamento orientou os trabalhadores no sentido de planejar as suas atividades diárias, substituindo o modo de trabalho improvisado. O princípio de preparo procura selecionar, a partir de estudos científicos, os trabalhadores por aptidões treinando-os para produzirem cada vez mais e melhor. O princípio do controle procura controlar as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores para garantir que sejam realizadas conforme os métodos estabelecidos e, por último, o princípio da execução que estabelecia a disciplina entre

os trabalhadores para que cada um assuma suas atribuições com responsabilidade (CHIAVENATO, 2011).

A terceira teoria apontada por Cunha et al (2007) é a *Teoria das relações humanas*. Segundo esses autores, essa teoria tem como base a melhoria das condições de trabalho associada à eficiência. Nessa teoria destacam-se os trabalhos desenvolvidos por Elton Mayo e seus colaboradores.

O modelo das relações humanas recupera o caráter normativo da melhoria industrial, mas fá-lo sem o intuito de melhorar as condições de trabalho. Em vez de princípios morais, a ênfase é colocada na eficiência, uma noção herdada da gestão científica do trabalho [...] (CUNHA, ET AL, 2007, p. 64).

Essa teoria surgiu por volta de 1940 em razão da teoria taylorista/fordista não estar sendo eficiente quanto à produção e à harmonia do local de trabalho. Sob a ótica dessa teoria, a preocupação é com as pessoas, com a organização informal, ou seja, busca-se trabalhar o lado humano nas organizações (FERREIRA, 2001).

Esta teoria foi desenvolvida em estudos realizados na Western Electric Company, e passou a ser conhecida como as experiências de Hawthorne, pois este estudo foi desenvolvido numa fábrica da Western Electric Company, na cidade de Hawthorne. O referido estudo tinha como objetivo verificar a relação existente entre o nível de iluminação no local de trabalho e a produtividade dos operários. Durante o estudo foram trocadas várias variáveis além da iluminação para verificar a influência das variáveis na produtividade dos operários (FERREIRA, 2001, p. 15).

Após essa primeira fase de estudo, Elton Mayo e seus colegas, da Haward Business School, não obtiveram resultados precisos necessitando de outros estudos para apontar de fato as questões relacionadas com os aspectos humanos, psicológicos e sociais e a produtividade no trabalho. Nesse sentido, outros estudos foram realizados por Elton Mayo e outros pesquisadores e chegaram à conclusão de que não é somente uma variável que altera a produtividade dos operários, mas sim um conjunto de variáveis interligadas (FERREIRA, 2001).

Para Sotomayor, Rodrigues, Duarte, (2013, p. 50) as técnicas de gestão defendidas pela teoria das relações humanas são três:

1. A importância do espírito de grupo (jantares anuais, grupos desportivos, refeitório nas instalações, jornal interno, prêmios e distinções por antiguidade, cooptação de líderes informais);

2. A necessidade de dar *status* às pessoas (carros, diferentes conforme os níveis hierárquicos, lugar de estacionamento, tipo de gabinete no escritório, andar em que trabalha, jornal para clientes);
3. O estilo de liderança (ênfase na consideração, descentralização e participação, círculos de controle de qualidade, caixas de sugestões, política de porta aberta).

Desse modo, parece ser mais fácil entender a dimensão teórica empregada principalmente por Elton Mayo e seguidas por Chris Argirys, Rensis Likert e Chester Barnard quanto à valorização do trabalhador como ser social na busca por maiores e melhores técnicas de produtividade, diferente da visão adotada na teoria clássica de Frederick Taylor que buscava o aumento da produtividade na melhoria industrial, partindo da organização das tarefas e racionalização das tarefas.

A quarta teoria destacada por Cunha et al (2007) é o *Racionalismo Sistêmico*. Essa teoria, cuja ênfase empregada pelas empresas estava na aplicação de métodos quantitativos e nos problemas organizacionais de planejamento e controle, surgiu a partir da década de 50, com predomínio vigente nas organizações até os anos 80. Sobre essa teoria Ferreira (2001, p. 20) explica que:

Esta escola trabalha com métodos quantitativos e conta com cientistas nas áreas de matemática e física. Esta escola foi desenvolvida pelos britânicos na segunda guerra mundial. Com os métodos quantitativos desenvolvidos nesta escola, foram possíveis grandes avanços tecnológicos. Os britânicos também utilizavam os métodos quantitativos para criar estratégias durante a segunda guerra mundial e eram formados por equipes de pesquisa operacional. Os americanos, copiando o grande modelo britânico, colocaram estes métodos nos primeiros computadores para efetuarem cálculos mais rápidos e precisos.

Em síntese, o racionalismo sistêmico pode ser entendido, de acordo com Cunha et al (2007), como um conjunto de respostas às condições envolventes, unidas pela mesma antipatia pelo movimento das relações humanas.

A quinta teoria organizacional da gestão apontada por Cunha et al (2007, p. 632) é a *Cultura organizacional*, a qual tem como ênfase a racionalização e o calculismo e busca reconhecer as diferenças entre os vários ambientes de uma organização. “A cultura organizacional é de natureza multidimensional e pode ser analisada em vários níveis: individual, grupal, organizacional e nacional”.

A sexta teoria, *Racionalismo radical* ou reengenharia, surgiu nos anos 90 e dentre os principais objetivos dessa teoria destacam-se: reorganizar radicalmente os processos organizacionais; focar os esforços nos processos criadores de valor; melhorar a

produtividade com o aumento da satisfação do cliente. Tais práticas resultam em diferentes intervenções como, por exemplo, o achatamento da estrutura organizacional; destaque na avaliação dos resultados e não nas atividades; valorização da produtividade ao invés da proteção; os departamentos funcionais são transformados em equipes de processo e o controle e as verificações são reduzidos (CUNHA et al., 2007).

#### **1.4 CONCEITO DE GESTÃO**

Estudos (MATOS; PIRES, 2006, FERREIRA et al., 2009, VECINA NETO; PAIVA, et al., 2010; entre outros) têm sido desenvolvidos na tentativa de adequar ações e práticas de gestão que se tornem eficazes. Sobre essa questão Paiva et al (2010, p. 311) salientam que “a gestão dos serviços de saúde tem sido enfatizada como um importante instrumento para se operacionalizar a construção de modelos de atenção em saúde que atendam às necessidades”.

Para entender melhor os instrumentos de gestão que têm contribuído atualmente no desempenho das gerências nas unidades de saúde é importante que se tenha esclarecidas algumas definições conceituais de gestão.

De acordo com o dicionário (HOLANDA, 2010) gestão é ação de gerir ou seja gerenciar, administrar. No entanto, a literatura correlata tem empregado definições mais específicas e complexas como é o caso da definição dada por Miranda (2012, p. 10), para quem a gestão “é a administração de uma organização através de tomada de decisões para a satisfação de necessidades da sociedade em geral ou de um grupo em particular”.

Ferreira et al. (2009, p. 19) definem gestão como sendo uma forma de gerir, “[...] organizar e modelar, por meio de instrumentos e técnicas adequados, os recursos financeiros e materiais da organização e até as pessoas que a compõem.”

Outra definição de gestão, que segue a mesma linha teórica dos autores suprarreferidos, é trazida por Nunes (2006): gestão é um conjunto de ações que procuram garantir a efetivação e eficácia de todos os recursos disponibilizados pela organização, para que os objetivos pretendidos sejam atingidos.

Já na perspectiva de Macedo; Carvalho e Coutinho (2008) os termos gerência e administração são sinônimos de gestão que é definida como sendo atividades contínuas de estratégias e planejamentos envolvendo muitas pessoas.

Essa generalização entre os termos gerência, administração e gestão têm sido bastante comuns de ser encontrada na literatura, entretanto, alguns estudos como o desenvolvido por

Paula (2010) distinguem os termos. Nesse entendimento, a administração é a mais abrangente, pois trata sobre diferentes aspectos e problemas buscando criar ambientes propícios para atingir os objetivos determinadas. Enquanto a gerência trata sobre área específica da organização como departamento ou divisão e a gestão trata de níveis especializados tanto no que diz respeito à administração quanto ao gerenciamento.

Apesar de as discussões sobre essa questão estarem distante de se encerrar, visto que as definições não deixam claras as diferenças entre os termos, opta-se aqui neste estudo por seguir o entendimento de que, apesar da similaridade nas definições dos termos gestão e administração, credita-se que ocorrem sim fatores que as diferenciam: a gestão tem suas ações voltadas para determinada área, agindo no sentido de atingir com eficácia os objetivos pretendidos da organização; a administração, por seu turno, produz suas ações em um plano mais abrangente, mas tendo o mesmo objetivo da gestão (DIAS, 2002).

Considerando tudo que foi analisado antes, pode-se trazer aqui um conceito sobre gestão, em linhas gerais, o conceito de gestão pode ser assim concebido: um processo cujas ações são tomadas nas organizações no sentido de determinar e orientar os caminhos que devem ser seguidos para que os seus objetivos sejam atingidos. Ou seja, trata-se de táticas que geram vantagens competitivas no sentido de organizar as ações que atendam os objetivos da empresa.

## 1.5 GESTÃO ESTRATÉGICA

Antes de analisar as definições de gestão estratégica na literatura é importante entender um pouco de sua evolução histórica.

Conforme Mainardes; Ferreira; Raposo, (2011, p. 284):

[...] a gestão estratégica nasceu como uma disciplina híbrida, influenciada pela Sociologia e pela Economia. Pode-se considerar que é uma evolução das teorias das organizações. Começou a receber mais atenção, tanto acadêmica quanto empresarial, somente na década de 1950, porém seu desenvolvimento começa a partir dos anos 60 e 70. Tem como objetivo integrar estratégia, organização e ambiente de forma sinérgica.

Continuando Mainardes; Ferreira; Raposo, (2011) salientam que a gestão estratégica surgiu como parte do planejamento estratégico e se juntou à gestão estratégica, que uniu, num mesmo processo, planejamento e gestão. A partir de sua constituição, a gestão estratégica foi rapidamente se desenvolvendo.

Sobre o assunto, Vecina Neto; Malik (2011, p. 113) explicam que: “A aplicação dos conceitos de planejamento e de estratégia à área empresarial se difundiu a partir de meados dos anos 1960, embora sua origem na área militar remonta ao século IV a. C.”. Na década de 70, a gestão estratégica procura se integrar ao planejamento buscando resultados em longo prazo. Nas décadas de 80 e 90, o conceito de gestão estratégica passa a ser identificado como mais abrangente que o do planejamento estratégico, pois considera a importância não apenas da formulação estratégica, mas também da sua implementação e do seu controle.

Atualmente, a gestão estratégica é uma das áreas do campo da gestão de maior destaque e relevância. Sua importância reside no fato de se constituir em um conjunto de ações gerenciais que permitem aos gestores de uma empresa mantê-la integrada ao seu meio envolvente e no curso correto de desenvolvimento, possibilitando atingir seus objetivos e sua missão (MAINARDES; FERREIRA; RAPOSO, 2011, p. 285).

Sotomayor; Rodrigues; Duarte, (2013) lembram que o pensamento estratégico deve ser entendido como o principal meio para a formulação da estratégia global das organizações. A formulação estratégica resulta do poder criativo e inovador dos colaboradores da empresa, em especial dos gestores de topo.

A partir dessa rápida análise na evolução histórica da gestão estratégica, é possível destacar alguns aspectos conceituais que justifiquem sua importância nas práticas das organizações, considerando, sobretudo, todas as mudanças advindas da globalização que favorece as rápidas transformações competitivas e tecnológicas.

A princípio entende-se gestão como sendo as ações desenvolvidas nas organizações para melhoria dos processos, redução de custo, aumento da produtividade e consequentemente melhoria da sua competitividade e que estratégia é o processo de tomada de decisões e implementação das ações.

Sobre estratégia, Alday (2000, p. 21) considera que se trata “dos planos da alta administração para alcançar resultados consistentes com a missão e os objetivos gerais da organização”. Já a gestão estratégica, de acordo com o referido autor, “[...] abrange não somente a administração dos estágios já identificados, mas também os estágios iniciais de determinação da missão e os objetivos da organização no contexto de seus ambientes externo e interno”.

Para Vecina Neto; Malik, (2011) gestão estratégica é uma forma de liderança que se efetiva através das atitudes, ou seja, é um processo desenvolvido na organização que tem

como objetivo analisar e realinhar as suas estratégias para identificar o futuro pretendido e desenvolver guias de decisões.

Mainardes; Ferreira; Raposo, (2011, p. 286) explicam que, de uma forma geral, “[...] a gestão estratégica é um termo amplo que abrange a determinação da missão e os objetivos da organização no contexto de seus ambientes externo e interno”.

“Então, a gestão estratégica baseia-se no desenvolvendo de estratégias de ação para explorar o que está acontecendo no ambiente interno e externo e através do uso de indicadores críticos parte-se, então, para decidir o que fazer” (TAVARES, KAMIMURA, ARAÚJO, 2011, p.5).

Pode-se, então, diante do exposto, definir de modo simplificado a gestão estratégica como sendo as decisões que devem ser tomadas pelos gestores para solucionar ou encaminhar as ações no sentido de concretizar os objetivos da organização.

Schmitz et al (2009, p. 3) lembram que a gestão estratégica se constitui de “uma estrutura voltada para o planejamento do funcionamento de uma empresa, no qual planos construídos exigem eficácia, para que possam ser alcançados os objetivos propostos”.

Vecina Neto; Malik, (2011) ensinam que o processo de gestão estratégica deve ser organizado incluindo quatro etapas que são: Análise do ambiente; Formulação estratégica; Execução da estratégia e Gerenciamento da estratégia.

A *análise do ambiente* consiste na análise do ambiente externo, na análise da concorrência e na análise do ambiente interno. A *Formulação estratégica* é a etapa seguinte e visa identificar objetivos que contribuam para minimizar as ameaças do mercado e as fraquezas internas, além de reforçar as oportunidades existentes no ambiente e os pontos fortes do serviço (VECINA NETO; MALIK, 2011).

Quanto à execução da estratégia, Vecina Neto; Malik, (2011) lembram que é necessário que haja compromisso e patrocínio por parte de alta direção para que sejam criados mecanismos de controle e incentivos adequados para a sua realização. A execução da estratégia envolve, assim, um conjunto de processos críticos que constituem o suporte do comportamento da liderança.

Por último, Vecina Neto; Malik, (2011) explicam o Gerenciamento da estratégia ou controle da estratégia. Trata-se do controle através de medições dos resultados alcançados comparando estes com os objetivos pretendidos. Assim, pode-se identificar os motivos apontando as razões para os desvios, corrigindo se for o caso.

No mesmo sentido de que a gestão estratégica deve seguir alguns passos para atingir os objetivos determinados pela organização, encontra-se a opinião de Mainardes; Ferreira; Raposo, (2011, p. 286) de acordo com esses autores são seis os passos:

1. Analisar oportunidades e ameaças ou limitações que existem no ambiente externo;
2. Analisar os pontos fortes e fracos de seu ambiente interno;
3. Estabelecer a missão organizacional e os objetivos gerais;
4. Formular estratégias (no nível empresarial, no nível de unidades de negócios e no nível funcional) que permitam à organização combinar os pontos fortes e fracos da organização com as oportunidades e ameaças do ambiente;
5. Implantar as estratégias; e
6. Realizar atividades de controle estratégico para assegurar que os objetivos gerais da organização sejam atingidos.

De uma forma geral, partindo do que se propõe a literatura especializada, é possível entender que a gestão estratégica quando busca pela adequação da organização para que esta possa atingir seus objetivos deve procurar seguir alguns passos. Nesse sentido, as ações estarão mais organizadas facilitando para que os objetivos sejam alcançados de forma eficaz.

Cabe ainda enfatizar que, atualmente, após inúmeras adequações, a gestão estratégica é uma ferramenta indispensável para o controle e reflexão das ações avaliando sua eficácia para propor, caso necessário, a adequação destas. Em outras palavras, procura-se elaborar estratégias que direcionem a organização para a implementação das ações, no sentido de envolver todas as áreas para atingir os objetivos que é se manter no mercado competitivo que se nos apresenta no século XXI, na era da globalização.

## **CAPÍTULO II**

---

# **GESTÃO DE FARMÁCIAS EM UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA**

No capítulo anterior, analisamos mais detalhadamente alguns aspectos referentes ao surgimento das organizações, sua importância no desenvolvimento das sociedades e contribuições das teorias organizacionais no desenvolvimento da gestão. Nessa parte do estudo, importa analisar através dos teóricos como ocorre a gestão de farmácias no serviço público de saúde, especialmente para fundamentar a pesquisa realizada em uma unidade de saúde do município de Atalaia, no estado de Alagoas.

Considerando os inúmeros aspectos evolutivos da saúde pública no Brasil, principalmente após as determinações do art. 196 da Constituição Federal, em que se institui a saúde como um “direito de todos” e um “dever do Estado”, medidas para a democratização da saúde pública são adotadas, resultando na criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A partir da criação do SUS, foi necessária uma redefinição das ações em saúde mobilizando especialistas, governantes e a população na busca por políticas sociais que tendam a diminuir o risco de doenças e de outros agravos, propondo acesso universal e igualitário às ações e serviços nas unidades de saúde.

A Assistência Farmacêutica está incluída nas determinações constitucionais que prevê a universalização do acesso a todos os níveis de atenção à saúde. Sobre o assunto, o Ministério da Saúde, juntamente com a Secretaria de Políticas de Saúde e Departamento de Atenção Básica, elaborou um manual de Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2001) onde explica que:

[...], a Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização dos Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde, tornando-os mais eficientes, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações.

Nesse contexto, pode-se entender que a Assistência Farmacêutica tem papel determinante para a eficácia das ações em qualquer processo para a uma saúde pública que atenda a todos. Seu papel é fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população (BRASIL, 2001).

Ainda sobre a Assistência Farmacêutica, a Cartilha para Gestores Municipais de Assistência Farmacêutica no Serviço Público (2013) enfatiza que o SUS vem, ao longo dos anos, tentando construir bases para garantir a todos os cidadãos brasileiros o direito a uma saúde de qualidade, com acesso universal e integral, ofertando ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

Nesse contexto, está incluída a Assistência Farmacêutica. Entretanto, no cotidiano dos serviços de saúde é comum a compreensão limitada deste conjunto de ações, reduzindo a Assistência Farmacêutica apenas à “necessidade de adquirir e distribuir os medicamentos, marginalizando a complexidade e a necessidade de ações para a garantia do acesso e uso racional, com consequências negativas para toda a sociedade” (ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SERVIÇO PÚBLICO, 2013, p. 8).

Segundo Pereira, Freitas (2008) esforços têm sido dispensados para introduzir a Assistência Farmacêutica junto às instituições de saúde e de educação, buscando a redefinição da atividade farmacêutica no Brasil. Porém, os referidos autores salientam que a realidade brasileira tem sido um obstáculo que os gestores têm que enfrentar para conseguir garantir o acesso aos medicamentos.

Para melhor entender a importância da Assistência Farmacêutica na efetivação das políticas da saúde universal é necessário defini-la. De acordo com a Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, entende-se por Assistência Farmacêutica como sendo:

[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, NA RESOLUÇÃO nº 338 de 06 de maio de 2004. Inciso III art. 1º).

De acordo com essa definição acima, a Assistência Farmacêutica possui inúmeras atividades que envolvem todas as ações de abastecimento dos medicamentos. Contudo, de acordo com Barreto (2010, p. 27), existe uma grande variação conceitual para a Assistência Farmacêutica em decorrência das diferenças de concepções relacionadas ao papel que o medicamento, ou seja, para alguns os medicamentos é o foco da Assistência Farmacêutica e “para outros ele é apenas um instrumento, pois o foco da assistência é o indivíduo”.

Todas essas atividades e etapas essenciais da Assistência Farmacêutica serão mais bem analisadas no decorrer deste capítulo, buscando, sobretudo, entender os grandes desafios dos gestores para a estruturação da Assistência Farmacêutica no que se refere à tomada de atitudes e à busca por novas estratégias no seu gerenciamento (ALVES, COSTA, FIGUEIRA, MONTEIRO, 2004).

## 2.1 REVISÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Como foi anteriormente exposto, a Assistência Farmacêutica está diretamente ligada às novas diretrizes estabelecidas pela Lei n.º 8080/90 que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS. A partir disso foi necessário estabelecer uma política de medicamentos que suprisse as exigências da nova estrutura do sistema de saúde do País. Até a criação do SUS nos anos 90, as ações do governo, no que concerne à atenção farmacêutica, foram marcadas por questões pontuais.

Historicamente, conforme Araújo et al (2008), a Assistência Farmacêutica no mundo atingiu um grande avanço depois da realização da Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Foi nessa reunião que foram discutidos pontos importante sobre a Assistência Farmacêutica, dentre os quais Araújo et al (2008, p. 612) destacam os seguintes:

O abastecimento dos medicamentos essenciais foi considerado um dos oito elementos básicos da atenção primária à saúde; Recomendação para que os governos formassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários a saúde; que adotassem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporassem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento.

Para concretizar as medidas sugeridas na Conferência Mundial de Atenção Primária à Saúde foi criado em 1981 o Programa de Ação de Medicamentos da OMS. Marin et al. (2003, p. 115) explicam que esse Programa tinha como objetivo “diminuir a morbimortalidade das doenças mais comuns, [...]”.

De 1981, quando da criação do referido Programa até os dias atuais, 2014, a lista modelo passou por inúmeras reformulações além de ter sido adotada em aproximadamente 156 países. Outro ponto do Programa de Ação de Medicamentos Essenciais que deve ser destacado diz respeito ao desenvolvimento de proposta de “como desenvolver e implementar uma política nacional de medicamentos publicada em 1988 e cuja segunda edição foi publicada em 2001” (MARIN, et al, 2003, p. 115).

No Brasil, as preocupações com formulação de políticas voltadas para a regulamentação de medicamentos e o estabelecimento de relação básica é mais antiga que as

medidas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Sobre isso, Ferreira (2010, p. 19) salienta que:

É importante registrar que, com relação ao estabelecimento de relação básica de medicamentos, o Brasil se antecipou à OMS, conforme Decreto 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, que estabeleceu a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para uso farmacêutico humano e veterinário. Esse decreto firmou também a obrigatoriedade de aquisição aos órgãos da administração pública federal somente dos produtos constantes dessa relação.

Assim observa-se que a preocupação do governo brasileiro com a garantia da Assistência Farmacêutica à população tem sua origem antes mesmo da universalização da assistência à saúde. Desde a década de 60 que “já se debatiam na 3ª Conferência Nacional de Saúde propostas para a inserção de uma Política de medicamentos como parte do sistema de saúde” (OLIVEIRA, 2004, p. 5).

Ainda sobre o pioneirismo do Brasil na criação de políticas de Assistência Farmacêutica Oliveira; Labra; Bermudez (2006, p.2.383) registram que “a história recente da elaboração e implementação de uma política pública de medicamentos no Brasil tem alguns marcos dignos de nota”. Os referidos autores se referem ao fato de o governo brasileiro formular políticas de medicamentos essenciais antes de medidas em nível mundial.

Na década de setenta, quando a OMS incorporou os medicamentos essenciais como componentes das políticas públicas de saúde, o governo brasileiro procurou formas de promover o acesso da população a medicamentos. Nesse sentido, foram promulgadas algumas leis tais como:

Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973, regulamentada pelo Decreto n. 74.170, de 10 de junho de 1974, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e também a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, regulamentada pelo Decreto n. 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneamentos e outros produtos. (OLIVEIRA, LABRA, BERMUDEZ, 2006, p. 2.383).

Outra importante iniciativa que foi adotada na década de 70, mais precisamente em 1971, pelo governo brasileiro, foi a criação da Central de Medicamentos – CEME. Por meio do Decreto nº 68.806/71 que criou a CEME, o governo federal brasileiro passou a ter maior controle de planejamento, organização e aquisição de medicamentos, de forma centralizada para todo o país (OLIVEIRA, LABRA, BERMUDEZ, 2006).

A CEME tinha como objetivos: Promoção e organização das atividades de Assistência Farmacêutica à população de baixo poder aquisitivo; Incremento à pesquisa científica e tecnológica da área químico-farmacêutica; e, Incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e laboratórios piloto.

Conforme Brasil (2004, p. 203),

[...], no início da década de 70, ocorreu a criação da Central de Medicamentos (CEME), com o objetivo de promover e organizar o fornecimento de medicamentos aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, bem como o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico, estimulando o desenvolvimento de vários laboratórios estatais, em parceria com universidades e grupos de pesquisa.

De uma forma geral, com a criação da CEME, apesar de ter sido um marco para os avanços na Assistência Farmacêutica no Brasil, os resultados não foram os esperados, pois ocorreram alguns desvios da proposta inicial, “uma vez que a não implantação de uma política de medicamentos efetiva descaracterizou o seu possível papel como centro de incentivo à pesquisa e como reguladora do mercado”. Além de outros problemas como o “sucateamento dos laboratórios oficiais aliado ao uso político da instituição reforçaram ainda mais o uso irracional de medicamentos” (MARIN, et al, 2003, p. 121).

Além desses problemas citados outros fatos como a falta de atualização da Relação Nacional de Medicamentos – RENAME –, medida necessária para a implantação do sistema integrado de medicamento, e a falta de critérios de distribuição dos medicamentos contribuíram para que em 1997 a CEME fosse desativada através do Decreto nº 2283/97 (MARIN, et al, 2003).

Antes, porém, de ser desativada a CEME organiza o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos em 1988. Alguns autores, como por exemplo, Pereira e Freitas (2008) e Ferreira (2010) consideram esse evento um marco para o desenvolvimento de políticas de Assistência Farmacêutica, visto que pela primeira “um conjunto de forças da Sociedade Civil e do Estado se reuniu para discutir o estabelecimento de uma política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos” (FERREIRA, 2010, p. 22).

Nesse mesmo sentido Pereira e Freitas (2008, p.605) acrescentam que no Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, ocorrido em Brasília no ano de 1988, foi a primeira vez que um conjunto de forças da Sociedade Civil e do Estado se reuniu para discutir o estabelecimento de uma política de Assistência Farmacêutica e de

medicamentos. “Neste evento, definiram-se a Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos como instrumentos estratégicos na formulação das políticas de saúde”.

Entre os muitos pontos que foram debatidos no Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos em 1988, pode-se destacar: “a nacionalização, o não reconhecimento de patentes, a ampliação da pesquisa, a ampliação da Assistência Farmacêutica e sua inserção no SUS” (FERREIRA, 2010, p. 22).

Também foi no Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos (1988) que a Assistência Farmacêutica foi conceituada como sendo:

[...] um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento, englobando as atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, [...] esta última entendida como o ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado dos medicamentos e sendo privativa do profissional farmacêutico. (ARAÚJO, et al, 2008, p. 612).

Em uma análise geral dos 26 anos de funcionamento da CEME, Silva Junior (2006) salienta durante o período a CEME foi responsável por todas as ações relacionadas com a Assistência Farmacêutica. As atividades desenvolvidas pela CEME eram centralizadas na esfera do governo federal deixando os estados e os municípios fora das ações decisórias.

Após a desativação da CEME, ainda no ano de 1997, “o governo federal criou o Programa Farmácia Básica – PFB – com o objetivo de proporcionar o acesso a um elenco de 40 medicamentos essenciais, destinados à atenção básica, para atender municípios de até 21.000 habitantes.”. Esse Programa tinha como meta cobrir 3.000 habitantes durante três meses, contudo, recebeu inúmeras críticas por não envolver a esfera estadual. (FRAGA, 2005, p. 13)

A partir de mais esse fracasso na elaboração de políticas de Assistência Farmacêutica, o governo brasileiro, através da Secretaria de Políticas de Saúde, passa a elaborar políticas de medicamentos compatíveis com a Política de Saúde desenvolvida no país (FRAGA, 2005).

É nesse contexto que, após inúmeros debates, foi promulgada a portaria nº 3.916/98, em 12 de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos – PNM. Por esse documento, o governo federal esclarece quais as intenções com relação ao setor farmacêutico, constituindo-se num guia norteador das ações no campo da Assistência Farmacêutica. (FRAGA, 2005)

Oliveira, Labra e Bermudez (2006) salientam que a partir da publicação da PNM houve outro avanço na elaboração de políticas voltadas para a efetivação da Assistência Farmacêutica dentro dos princípios das diretrizes do SUS.

Oliveira, Labra e Bermudez (2006, p. 2.383) acrescentam ainda que:

A PNM é considerada o primeiro posicionamento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão dos medicamentos no contexto da reforma sanitária. Foi formulada com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde e expressa as principais diretrizes para o setor com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006) consideram a PNM como parte necessária para a Política Nacional de Saúde, visto que compõe um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

A criação da PNM traz uma nova perspectiva para a Assistência Farmacêutica que passa a ser entendida em uma dimensão maior de ações que visam à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde além de envolver as três esferas de governo: o Federal, Estadual e Municipal, que atuam em parceria (BARRETO e GUIMARAES, 2010, p. 1207).

Essa Política Nacional de Medicamentos, segundo Ferreira (2010, p. 23), teve as seguintes diretrizes:

1. Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais;
2. Regulação Sanitária de Medicamentos;
3. Reorientação da Assistência Farmacêutica;
4. Promoção do Uso Racional de Medicamentos;
5. Desenvolvimento Científico e Tecnológico;
6. Promoção da Produção de Medicamentos;
1. Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos;
2. Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos.

Com as novas medidas empregadas pela PNM era preciso redefinir as estratégias de ações em cada esfera de governo “buscando a racionalização, alocação equitativa dos recursos destinados à Assistência Farmacêutica”. Por essa razão, algumas medidas foram adotadas: Elaboração e revisão da RENAME; Criação da ANVISA como ente regulatório; Regulamentação da legislação referente aos medicamentos genéricos; Instituição do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e outros mecanismos de financiamento e compras governamentais; Criação do BPS – Banco de Preço em Saúde –; Ampliação e estímulo à produção de medicamentos por laboratórios farmacêuticos estatais; e adoção de critérios

explícitos de controle e acompanhamento de preços dos medicamentos (BRASIL 2004, p.205).

No geral, em decorrência da revisão de literatura feita até aqui, é possível perceber que ocorreram avanços importantes na política brasileira de medicamentos nos últimos anos principalmente no que diz respeito à valorização das atividades da Assistência Farmacêutica (FRAGA, 2005).

Outras regulamentações no processo evolutivo da Assistência Farmacêutica foram sendo criadas no decorrer do tempo. Em 2007 foi publicada a Portaria GM nº 3.237/2007 que aprovou as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na atenção básica em saúde, além de definir o elenco de medicamentos e insumos prioritários para o atendimento dos principais e prevalentes agravos, relacionados à atenção básica, que acometem a população – Elenco de Referência. (PASQUETTI, 2011).

Ainda de acordo com Pasquetti (2011, p. 10), em 2009, foi criada a Portaria nº 2.982 que manteve a descentralização da Assistência Farmacêutica no componente básico, e os municípios se responsabilizam pela aquisição e distribuição da maioria dos medicamentos e insumos. “Alguns medicamentos e insumos, como as insulinas e medicamentos do Programa da Mulher, continuam sendo adquiridos pelo Ministério da Saúde”.

“A atual legislação em vigor do componente básico da assistência farmacêutica é Portaria nº 4.217, publicada no dia 29 de dezembro de 2010. Mantém os mesmos princípios das outras portarias, alterando alguns medicamentos” (PASQUETTI, 2011, p. 11).

## **2.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS**

Como foi anteriormente analisado a Assistência Farmacêutica no Brasil passou por muitas reformulações na tentativa de facilitar o acesso da população aos medicamentos essenciais. Um dos fatores que determinaram as principais mudanças na concepção da Assistência Farmacêutica no Brasil foi a universalização da saúde através da criação do SUS com a promulgação da Lei nº 8.080/90, como exigência da Constituição Federal de 1988.

Vieira (2010, p. 149) explica que:

O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 e institucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde, é reconhecido em decorrência de seus princípios de universalidade e igualdade no atendimento e de integralidade das ações e serviços de saúde. A integralidade pressupõe que as ações de promoção,

proteção e recuperação da saúde não podem ser separadas; assim, as unidades prestadoras de serviço devem contemplar os vários graus de complexidade da assistência à saúde.

Assim é possível entender a necessidade de incluir o acesso aos medicamentos essenciais na concretização da universalização e descentralização da assistência à saúde. Para isso foi necessário formular uma política de medicamentos que atendesse às novas exigências do SUS, em razão da ineficiência da CEME.

Antes de iniciar a análise do papel da Assistência Farmacêutica no SUS é importante entender rapidamente quais as principais mudanças que foram introduzidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Acerca desse assunto, Vieira (2010, p. 149) salienta que “No Brasil, o sistema público de saúde, chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), é apontado como uma grande conquista da sociedade, tendo em vista o seu caráter de política estatal que promoveu ampla inclusão social”.

Através do SUS fica garantido a assistência integral à saúde e completamente gratuita para todos os cidadãos brasileiros. “É fruto de uma grande mobilização social e sustentado pela redemocratização dos anos 80, que foi consolidada em Reforma Sanitária Brasileira” (CORDEIRO; SANTOS; CARNEIRO NETO, 2012, p.38).

Além de garantir a assistência integral à saúde da população brasileira de forma gratuita, o SUS também integrou as ações de saúde nas três esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal (VASCONCELOS, PASCHE, 2006).

De acordo com Vieira, Cruz, Cunha, (2013, p. 37):

O SUS reestruturou o Sistema Nacional de Saúde, atuando de modo a formular e reforçar as políticas de ações à saúde, administrando, planejando e agindo em toda esfera nacional, desempenhando assistencialismo e igualdade para todo e qualquer cidadão beneficiado no mesmo. A regulamentação do SUS contempla o direito da população ao acesso a todos os níveis de Atenção à Saúde, inclusive aos de Assistência Farmacêutica (AF), componente essencial para o sistema de saúde pública, o qual deve oferecer um serviço estruturado, de qualidade, que promova suporte à saúde da população, no que compete às ações de atenção, acompanhamento, educação e, em especial, acesso ao uso racional do medicamento.

É nesse contexto que as políticas de Assistência Farmacêutica vão sendo criadas, buscando a facilitação do acesso aos medicamentos. Em 2004 foi criada a “Política Nacional de Assistência Farmacêutica, indicando as diretrizes e formando o alicerce para a operacionalização da Assistência Farmacêutica” (SAVI, 2011. p. 2).

Ao longo dos anos, as políticas para a Assistência Farmacêutica têm acompanhado as novas exigências do SUS. Em 2007, através da Portaria GM – Gabinete Ministerial – nº 3.237/2007 a Assistência Farmacêutica passa a ser organizada em três componentes, buscando a integralidade de suas ações, bem como a definição da lista de medicamentos e insumos prioritários para o atendimento básico e prevalentes agravos, relacionados à atenção básica, que acometem a população. (PASQUETTI, 2011)

Ainda de acordo com Pasquetti (2011, p. 12), em 2009 foi publicada a Portaria nº 2.982 que mantém “a descentralização da Assistência Farmacêutica no componente básico, sendo a responsabilidade do Município a aquisição e distribuição da maioria dos medicamentos e insumos”, à exceção de alguns medicamentos como é o caso da insulina e medicamentos do Programa da Mulher, que continuaram a ser adquiridos pelo Ministério da Saúde. Em 2010, foi publicada a Portaria nº 4.217 que mantém os mesmos princípios das portarias de 2007 nº 3.237/2007 e Portaria nº 2.982/2009 alterando alguns medicamentos.

A Assistência Farmacêutica representa hoje um dos setores de maior impacto financeiro no âmbito das Secretarias de Saúde e a tendência de demanda por medicamentos é crescente. A ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios, sendo considerado recurso crucial. Gerenciar é alcançar resultados através de pessoas, utilizando eficientemente os recursos limitados. Um bom gerenciamento é fruto de conhecimento, habilidades e atitudes. Abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados. Esta é permanente, pois a avaliação dos resultados incorrerá em novo planejamento, nova execução, novo acompanhamento e nova avaliação (SAVI, 2011. p.3).

No SUS as ações de Assistência Farmacêutica estão divididas em ciclos quais serão posteriormente descritos, “Entretanto, não se deve resumir a Assistência Farmacêutica ao seu ciclo, visto que é um conjunto de ações desenvolvidas por vários profissionais relacionadas com o medicamento” (PASQUETTI, 2011, p. 11).

Por ser uma atividade que envolve uma equipe multiprofissional que atua em conjuntamente e tendo o farmacêutico como coordenador, a Assistência Farmacêutica enfrenta alguns desafios para a sua estruturação e implementação do SUS.

A esse respeito, Oliveira, Assis, Barboni (2010, p. 3565) salientam que:

Os desafios para a estruturação e a implementação de uma AF efetiva na esfera municipal, principalmente na ABS [Atenção Básica em Saúde], começa pela conscientização, por parte dos gestores, da importância da estruturação da AF municipal, através de investimentos em estrutura física, organização dos processos e capacitação permanente dos trabalhadores

envolvidos com as atividades que fazem parte do ciclo da AF. Desta maneira, a distribuição de medicamentos à população pode se tornar viável, racional e mais eficiente.

Atualmente, no que tange à organização e ao financiamento da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, percebem-se duas realidades um tanto quanto distintas. A primeira diz respeito à importância da base legal que consolida e estrutura a Assistência Farmacêutica, contribuindo para uma melhor organização desta nos municípios e a segunda está relacionada ao fato de que, na realidade, Assistência Farmacêutica passa “por vários problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para a sua terapêutica” (OLIVEIRA, ASSIS, BARBONI, 2010, p. 3565).

As causas dos problemas relacionados ao comprometimento da qualidade das ações da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros podem ser apontadas como sendo a insuficiência de recursos financeiros, necessidade de melhor capacitação dos trabalhadores envolvidos com os processos, bem como de seus gestores. (OLIVEIRA, ASSIS, BARBONI, 2010, p. 3566).

De uma forma geral, apesar de serem constatados alguns problemas na efetivação das ações da Assistência Farmacêutica no SUS, estudos de avaliação têm contribuído para diagnosticar, identificar as causas dos problemas para que ações corretivas e preventivas sejam adotadas para melhorar a organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, “fazendo-a cumprir efetivamente sua função social, qual seja: assegurar o acesso universal e igualitário dos usuários do SUS à Assistência Farmacêutica de qualidade e com responsabilidade por parte dos responsáveis por esta atenção”. (OLIVEIRA, ASSIS, BARBONI, 2010, p. 3566).

### **2.3 PLANEJAMENTO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

De um modo geral, todas as pessoas já fizeram algum tipo de planejamento em suas vidas, seja para planejar uma viagem ou mesmo sua vida familiar. Nos últimos anos, com o crescente desenvolvimento da economia globalizada, a palavra planejamento tem sido muito usada. Isso em razão da globalização de a economia impor constantes mudanças obrigando, assim, uma reformulação dos objetivos determinados pela organização.

De acordo com Terence, (2002, p. 10):

O planejamento tem sido um tema amplamente divulgado e utilizado nas organizações. A literatura trata o planejamento como uma das tarefas mais importantes de um administrador que pressupõe: escolher um destino, avaliar os caminhos alternativos e decidir o rumo específico para o alcance do destino escolhido. [...].

Veber (2008, p. 17) define planejamento como sendo:

[...] um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que pode ser aplicado a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura. Possibilita interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível o alcance dos objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos.

Em resumo, pode-se entender o planejamento como ações que pretendem organizar acontecimentos futuros, ou seja, são estratégias que podem ser desenvolvidas para se atingir um ou vários objetivos no futuro próximo ou a longo prazo, na vida pessoal ou nas organizações. Assim, prever as ações a serem executadas para conseguir resultados positivos e minimizar os efeitos negativos torna-se a grande função de planejamento. Trata-se de determinar antecipadamente o que deve ser feito.

Inúmeros estudos, como é o caso do desenvolvido por Chiavenato (2011), têm apontado que existem três tipos de planejamento que são: Planejamento Estratégico, Planejamento Tático, Planejamento Operacional. Para esse estudo procura-se a análise do planejamento no geral como ferramenta para a gestão na assistência farmacêutica, logo não se tomará aqui um tipo específico de planejamento.

É pertinente lembrar ainda que o planejamento tem sido empregado como ferramenta para a busca de resultados favoráveis há muito tempo nas organizações, especificamente nas organizações da saúde pública. Tavares et al (2009, p. 3) lembram que o planejamento pode e deve ser usado “como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social”.

Conforme já exposto, entende-se Assistência Farmacêutica como sendo “um conjunto de atividades de cunho multiprofissional, não se restringindo ao simples abastecimento de medicamentos, torna-se necessária a elaboração de diretrizes claras por parte do gestor envolvido” (VEBER, 2008, p. 25).

Dessa forma, é necessário que sejam desenvolvidas ações que tornem possível o desenvolvimento do processo complexo de Assistência Farmacêutica. Nessa direção, Weber (2008, p. 25) recomenda que seja desenvolvido um processo permanente de análise para que

cada diretriz da Assistência Farmacêutica atinja seus objetivos, sendo, nesse caso, o planejamento ação imprescindível em cujas diretrizes se “delineia o objetivo a ser alcançado e os possíveis obstáculos a serem superados para a construção da nova realidade, passando este a ser parte integrante do processo de gerenciamento da Assistência Farmacêutica”.

Planejar na Assistência Farmacêutica passa, então, a ser uma necessidade para gerir as atividades no sentido de atingir os objetivos propostos. Marin (2003) lembra que, nessa perspectiva, o gerente deve planejar, organizar, coordenar, acompanhar e avaliar o trabalho desenvolvido com racionalidade para que a Assistência Farmacêutica atinja seus objetivos.

O aspecto central do planejamento é o acompanhamento permanente da realidade com avaliação das decisões tomadas. O objetivo é o de verificar se os resultados produzidos convergem na direção dos resultados esperados. Assim, o planejamento deve ser entendido como um processo de aprendizagem / correção / aprendizagem, o que nos permite fazer a correção da trajetória, em direção aos objetivos propostos (VEBER, 2008, p. 25).

Observando a importância do planejamento em Assistência Farmacêutica e considerando as inúmeras atividades que devem ser desenvolvidas para atingir as determinações legais, é possível entender que o gestor deve construir um planejamento que inclua as diferentes etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica (Cf. Figura 1 abaixo).

Como meios para construir um planejamento que produza resultados positivos nas ações da Assistência Farmacêutica, de acordo com Tavares et al. (2009, p. 5) é preciso que:

[...] se tenha claro aonde queremos chegar; que sejam definidos os passos necessários; que sejam obtidos os recursos necessários; e que se estabeleçam prazos para sua realização, com definição da forma como mediremos se o resultado está de acordo com o que queríamos. É também importante que se esteja pronto para redefinir os rumos sempre que qualquer desses elementos se comporte de forma diferente.

É notório que o planejamento das ações da Assistência Farmacêutica se trata de uma ferramenta, cujo papel é de suma importância, visto que é através do planejamento que se identificam com clareza os objetivos esperados a longo prazo (a construção da ‘imagem’ que buscamos); avaliar as necessidades e problemas mais relevantes; garantir a otimização dos recursos disponíveis; buscar e orientar investimentos de recursos adicionais; constituir uma base de dados que nos permita avaliar a efetividade do sistema (MARIN, 2003).

## 2.4 CICLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Sabe-se que a Assistência Farmacêutica é um conjunto de atividades que estão interligadas. Para que essas atividades sejam efetivadas e implementadas é importante que se tenha como princípio basilar o ciclo da assistência que é um sistema constituído pelas seguintes etapas: a Seleção; a Programação; a Aquisição; Armazenamento e Distribuição; e a Prescrição, Dispensação e uso de Medicamentos, com suas interfaces nas ações de atenção à saúde. Segue figura 1 com a inter-relação entre as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica (MARTINS; M; GALATO, 2008).

Figura 1: Inter-relação entre as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Ciclo de Assistência Farmacêutica (adaptado do consenso: Grupo Técnico de Assessoria ASSFARM/MS e OPAS 1999)

Na sequência desse estudo, cada uma das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica serão melhor analisadas.

### 2.4.1 Seleção de Medicamentos

Esse é a primeira etapa do ciclo da assistência. De acordo com alguns estudos essa etapa é fundamental, visto que uma eficiente seleção resulta em muitos ganhos terapêuticos com poucos gastos com recursos humanos, materiais e financeiros (MARIN, et al, 2003).

Em termos gerais, a seleção é um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma dada população, tendo como base as doenças prevalentes, com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2001).

Para Marin, et al, (2003, p. 134)

A seleção de medicamentos é considerada o eixo do Ciclo da Assistência Farmacêutica. As demais atividades desse ciclo são desenvolvidas com base no elenco de medicamentos selecionados, tanto na atenção ambulatorial quanto na hospitalar, buscando se estruturar e organizar sistemas eficientes e efetivos.

Outro fator determinante na seleção dos medicamentos é que deve “estar fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos como, também, na estrutura dos serviços de saúde”. A seleção exige o envolvimento de vários profissionais que devem se articular em todo o processo de escolhas (BRASIL, 2001, p.31).

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, a seleção de medicamentos não se limita à elaboração da relação de medicamentos essenciais, porquanto esse processo deve ocorrer seguindo cinco etapas que são: 1ª etapa – fase política: apoio e sensibilização do gestor e dos profissionais da saúde; 2ª etapa – fase técnico-normativa: criação de Comissão de Farmácia e Terapêutica em caráter permanente e deliberativo (quando necessário, subcomissões ou consulta a especialistas); 3ª etapa – seleção propriamente dita: a qual tem como resultado e/ou produto consiste na elaboração de uma relação de medicamentos essenciais, que deve nortear as diretrizes e utilização, programação, aquisição, prescrição, dispensação etc.; trata-se da fase de estruturação da relação de medicamentos: definição de critérios e efetivação do processo; 4ª etapa – fase de divulgação e implantação: elaboração de estratégias para divulgação da relação, que poderá ser feita por meio de seminários, palestras, meios de comunicação, instrumento oficial (Portaria), entre outros, como forma de validar e legitimar o processo; e a 5ª etapa – elaboração de um formulário terapêutico. Documento que

consiste de informações técnicas relevantes e atualizadas a respeito dos medicamentos que foram selecionados, para subsidiar os prescritores (BRASIL, 2006).

Com o intuito de mostrar os aspectos organizacionais da seleção de medicamentos, conforme preconizado pelo MS, veja-se, a seguir o Quadro 1 - *Objetivos e estratégias da seleção de medicamentos*, baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.32).

Quadro 1: Objetivos e estratégias da seleção de medicamentos

<b>OBJETIVOS</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>
Reduzir o número de especialidades farmacêuticas	Sensibilizar o gestor
Uniformizar condutas terapêuticas	Apoio dos profissionais de saúde
Melhorar o acesso aos medicamentos selecionados	Levantar informações necessárias ao desenvolvimento do processo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situação de saúde local</li> <li>• Medicamentos mais utilizados, demanda e custos.</li> <li>• Acesso a fontes de informação técnico-científica</li> <li>• Utilizar como referência</li> <li>• Criar Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)</li> </ul>
Contribuir para promoção do uso racional de medicamentos	
Assegurar o acesso a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos	
Racionalizar custos e possibilitar maior otimização dos recursos disponíveis.	
Facilitar a integração multiprofissional, envolvendo os profissionais de saúde, na tomada de decisões.	
Favorecer o processo de educação continuada e atualização dos profissionais, além do uso apropriado dos medicamentos.	
Melhorar a qualidade da farmacoterapia e facilitar o seu monitoramento.	
Otimizar a gestão administrativa e financeira, simplificando a rotina operacional de aquisição, armazenamento, controles e gestão de estoques.	

Fonte: Brasil, 2006.

São inúmeras as vantagens que se pode obter quando é feita uma seleção eficaz. De acordo com o Ministério da Saúde, existem alguns fatores que são importantes na seleção de medicamentos para a obtenção de ganhos terapêuticos e econômicos, entre estes fatores cita-se: Avanços tecnológicos; Diversidade e multiplicidade de alternativas terapêuticas disponíveis no mercado; Limite dos recursos financeiros e demandas cada vez mais

crescentes; Necessidade de garantir medicamentos de qualidade, seguros e eficazes; e Necessidade de manutenção da regularidade do suprimento.

#### **2.4.2 Programação de Medicamentos**

De forma sintética Aurea et al (2011, p. 13) explica que:

A programação consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para o atendimento a determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo. A programação inadequada reflete diretamente sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento.

A programação, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, tem por objetivos: Identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento às demandas da população; Evitar aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade no abastecimento; Definir prioridades e quantidades a serem adquiridas, diante da disponibilidade de recursos (BRASIL, 2006).

Ainda acerca dos objetivos da programação acrescenta-se o que explica Marin et al, (2003, p.156):

A programação tem por finalidade que o serviço ou sistema disponha de medicamentos apropriados e previamente selecionados, nas quantidades necessárias, em tempo oportuno e cuidando para que se contribua à promoção do uso racional dos medicamentos. Para tanto, deve empreender a quantificação dos medicamentos a serem adquiridos e elencar as necessidades, priorizando-as e compatibilizando-as com os recursos disponíveis, e ainda cuidar para evitar a descontinuidade no abastecimento.

Como requisitos para a programação da seleção dos medicamentos na Assistência Farmacêutica, o Ministério da Saúde aponta 7 pontos primordiais que são: Dispor de dados de consumo e de demanda (atendida e não atendida) de cada produto, incluindo sazonalidades e estoques existentes, considerando períodos de descontinuidade; Sistema de informação e de gestão de estoques eficientes; Perfil epidemiológico local (morbimortalidade) – para que se possa conhecer as doenças prevalentes e avaliar as necessidades de medicamentos para intervenção; Dados populacionais; Conhecimento da rede de saúde local (níveis de atenção à saúde, oferta e demanda dos serviços, cobertura assistencial, infraestrutura, capacidade instalada e recursos humanos); Recursos financeiros para definir prioridades e executar a programação; Mecanismos de controle e acompanhamento (BRASIL, 2006).

Segue abaixo Quadro 2 – *Procedimentos e métodos da programação*. Quanto ao método vale lembrar que existem inúmeras opções de métodos para o programa de medicamentos, entretanto o Ministério da Saúde considera o método por perfil epidemiológico, por consumo histórico, por oferta de serviços como os mais usados recomendando que sejam combinados para uma programação mais ajustada.

Quadro 2 – Procedimentos e métodos da programação

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>MÉTODOS</b>
Definir critérios e métodos a serem utilizados para elaboração da programação e o período de cobertura;	Perfil epidemiológico;
Elaborar formulários apropriados para o registro das informações;	Consumo histórico;
Efetuar levantamentos de dados de consumo, de demanda, de estoques existentes de cada produto, considerando os respectivos prazos de validade;	Consumo Médio Mensal (CMM);
Analisar a programação dos anos anteriores e efetuar análise comparativa;	Oferta de serviços.
Elaborar planilha contendo: relação dos medicamentos com as especificações técnicas, quantidades necessárias e custo estimado para cobertura do período pretendido;	
Identificar fontes de recursos para assegurar a aquisição dos medicamentos;	
Acompanhar e avaliar.	

Fonte: Brasil, 2006.

### 2.4.3 Aquisição de Medicamentos

A etapa da aquisição dos medicamentos no ciclo da Assistência Farmacêutica trata do conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade e manter a regularidade do sistema de abastecimento (BRASIL, 2006).

Sobre o assunto Marin et al, (2003, p.175) salienta que

A aquisição de medicamentos no setor público, assim como as demais atividades do Ciclo da Assistência Farmacêutica, é uma das peças que contribuem para o sucesso e a credibilidade dos serviços farmacêuticos. Um

elenco de medicamentos definido dentro de rigorosos critérios, boas condições de armazenamento e profissionais capacitados não atenderão às necessidades da rede de serviços se houver descontinuidades no suprimento dos medicamentos.

Do mesmo modo que as demais etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, também esta etapa tem alguns requisitos para a sua efetivação eficaz. O Ministério da Saúde recomenda que sejam observados alguns aspectos, pois se trata de uma atividade complexa em razão da diversidade de segmentos envolvidos, exigindo que seja estabelecida uma política de aquisição, com diretrizes claras, para dar agilidade ao processo e evitar irregularidades no abastecimento (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, o processo de aquisição, para ser bem executado, deve considerar diversos fatores e atender a alguns requisitos, tais como: Existência de uma política de aquisição; Programação das compras; Existência de relação de medicamentos essenciais; Pessoal qualificado; Normas e procedimentos operacionais com definição explícita das responsabilidades e fluxo operacional do processo de compras; Sistema de informação e gestão de material eficiente, que permita identificar em tempo oportuno o histórico da movimentação dos estoques (entradas e saídas); Articulação permanente com os setores envolvidos no processo de aquisição para troca de informações, atualizações e discussões pertinentes; e Cadastro de fornecedores (BRASIL, 2006).

Em resumo, pode-se definir a etapa da aquisição no ciclo da Assistência Farmacêutica como sendo o processo em que atividades são desenvolvidas, obedecendo à legislação em vigor para garantir a disponibilidade de medicamentos em quantidade adequada à área e ao tempo determinado, viabilizando a racionalização terapêutica pela oferta regular dos produtos (MARIN et al, 2003).

Para que essa etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica possa ser realizada com sucesso, como foi salientado anteriormente, o profissional deve seguir com rigor os requisitos estabelecidos pela legislação brasileira especialmente porque se trata de compra para o setor público, o que resulta em planejamento para que possa ocorrer a licitação.

#### **2.4.4 Armazenamento e Distribuição de Medicamentos**

O armazenamento e a distribuição de medicamentos, indubitavelmente, constituem importante etapa no que concerne ao ciclo dos medicamentos. “O armazenamento é um

conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos” (AUREA, et al, 2011, 14).

De acordo com os autores supracitados o armazenamento dos medicamentos deve obedecer às técnicas administrativas no sentido de assegurar as “condições adequadas de conservação dos produtos. Envolve as atividades de: recepção/recebimento; estocagem e guarda; conservação e controle de estoque de medicamentos” (VEBER, 2008, p. 33).

Marin et al. (2003) salientam ainda que:

Nos sistemas mais modernos, espera-se que as equipes responsáveis pelo armazenamento e distribuição comprometam-se com o processo de cuidado. Devem assumir para si a corresponsabilidade na preparação dos produtos, de forma que as unidades usuárias os recebam, na medida do possível, prontos para uso; por exemplo, medicamentos fracionados e devidamente rotulados.

Em conformidade com o Ministério da Saúde, as atividades de armazenamento devem observar as seguintes etapas: *Recepção/recebimento de medicamentos* - ato de examinar e conferir o material quanto à quantidade e documentação; *Estocagem e guarda de medicamentos* - arrumação do material em certa área definida, de forma organizada, para maior aproveitamento de espaço possível e dentro de parâmetros que permitam segurança e rapidez; *Conservação de medicamentos* - capacidade de manter asseguradas as características dos produtos, durante o período de estocagem; e *Controle de estoque* - monitoramento da movimentação física dos produtos (entrada, saída e estoque). (BRASIL, 2006, e MARIN et al., 2003).

Considerando os requisitos para o armazenamento dos medicamentos, conforme citado anteriormente, pode-se definir como objetivo dessa etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica como a necessidade de garantir a qualidade do medicamento buscando adequar e controlar o estoque de forma eficiente (MARIN et al., 2003).

Veber (2008) lembra que na busca do armazenamento eficaz é importante que os profissionais farmacêuticos, além de seguir os procedimentos determinados pela legislação, têm que observar em qual estrutura física este medicamento deve ser armazenado.

Entre as exigências para ter um espaço físico adequado para o armazenamento Marim, et al (2003) apontam os seguintes aspectos: alto grau de flexibilidade do arranjo físico, eficiente organização do espaço, reduzida necessidade de equipamentos, adequação sanitária das instalações, segurança quanto à integridade e estabilidade dos itens armazenados, pronto acesso aos itens, manutenção de registros adequados de entrada e saída, mecanismos de

minimização de perdas por deterioração e/ou desvio e garantia dos requisitos de segurança individual e coletiva.

#### **2.4.5 Prescrição, Dispensação e uso de Medicamentos**

Para Veber (2008, p. 34) “o desenvolvimento destas atividades está intimamente relacionado ao desempenho das etapas anteriores, já que a disponibilidade do medicamento está condicionada à eficácia deste processo”.

De acordo com o Ministério da Saúde, através da publicação da obra “Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização”, a prescrição de medicamentos, segundo o que determina a Política Nacional de Medicamentos de 1998, é a especificação de qual medicamento deve ser usado pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. “Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica”. “A ‘receita’ é, portanto, o documento formal e escrito que estabelece o que deve ser dispensado ao paciente e como o paciente deve usá-lo” (MARIM, et al, 2003).

A dispensação é o ato profissional farmacêutico, que consiste em proporcionar um ou mais medicamentos, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. O ato de dispensar compreende a análise técnica da prescrição e a orientação ao paciente (BRASIL, 2006).

Marim et al. (2003, p.242) lembram que:

Nesse momento, são estabelecidas oportunidades ímpares para a contribuição do farmacêutico ao uso racional de medicamentos. Isto ocorre por meio de vários procedimentos, nem sempre adequadamente valorizados: fornecendo a quantidade correta de medicamento de boa qualidade e em adequadas condições de armazenamento; verificando a integralidade técnica e legal da prescrição; orientando adequadamente o paciente quanto ao uso e cuidado corretos do medicamento, bem como promovendo a adesão à terapêutica prescrita, para o que será necessário estabelecer interação suficiente a fim de individualizar o atendimento de acordo com as necessidades do usuário, monitorando o uso de medicamentos, o que inclui o registro de reações adversas.

No Quadro 3 – *Objetivos, requisitos e procedimentos* podem-se observar algumas importantes etapas da dispensação de medicamentos dentro do ciclo da assistência farmacêutica.

Quadro 3: Objetivos, requisitos e procedimentos

<b>OBJETIVOS</b>	<b>REQUISITOS</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>
Garantir o cumprimento da prescrição e o uso correto do medicamento;	Prescrição racional	Abordagem ao paciente – busca de confiança;
Contribuir para adesão ao tratamento e o cumprimento da prescrição médica;	Informação correta/simples, objetiva e de forma compreensível.	Recepção da prescrição – quando se verifica diversos parâmetros e aspectos legais, na busca de evitar riscos ao paciente;
Minimizar erros de prescrição;	Instrumentos que facilitem a orientação.	Nome do paciente, prescritor, medicamento, forma farmacêutica, posologia, via de administração, duração do tratamento;
Proporcionar atenção farmacêutica de qualidade	Orientação ao paciente;	Interpretação e análise da prescrição – com base nos aspectos terapêuticos e farmacológicos (adequação, indicação, interação etc.).
Garantir o cumprimento da prescrição médica, no fornecimento do medicamento correto e em quantidade adequada.	Normas e procedimentos	Orientação ao paciente – possibilitar o cumprimento da prescrição.
Informar sobre o uso correto do medicamento.	Adesão ao tratamento.	Registros da prescrição

Fonte: Brasil, 2006.

## 2.5 O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA GESTÃO DE MEDICAMENTOS

Como foi explicitado, a Assistência Farmacêutica deve seguir um ciclo para que se tenha um atendimento de qualidade, entretanto, a fim que o Ciclo da Assistência Farmacêutica seja seguido corretamente além do planejamento é necessário que o profissional desenvolva uma gestão de medicamento no qual o processo possa ocorrer da melhor forma possível (FERREIRA; NOBREGA, 2012).

Considerando que inicialmente para exercer a função de farmacêutico o profissional deve ser graduado em Farmácia, curso por meio do qual os futuros profissionais serão capacitados para desenvolver seu papel e função conforme predeterminado na matriz curricular do curso estabelecido pelo MEC.

Estando estes capacitados, deverão exercer diferentes funções conforme sua área de atuação. No caso em pauta da pesquisa ora em questão, a função do farmacêutico é gerenciar os medicamentos através da Assistência Farmacêutica.

Sobre o assunto Ferreira e Nobrega (2012, p. 12):

De modo geral, as concepções sobre a Assistência Farmacêutica refletem as representações dos profissionais farmacêuticos sobre o seu próprio processo de trabalho rotineiro na unidade de saúde. Nesta visão, o medicamento se destaca como o mais evidente objeto de trabalho farmacêutico na unidade de saúde, fortemente marcado pela gestão burocrática, ou seja, garantir a disponibilidade do medicamento ao usuário [...].

Outro ponto salientado por Ferreira e Nobrega (2012) a respeito do papel do farmacêutico na gestão da Assistência Farmacêutica é que estes atualmente têm se voltado para o cuidado mais específico aos pacientes e não apenas aos medicamentos; quando integrados a uma equipe multiprofissional assumem um importante papel na orientação dos pacientes quanto ao uso racional e correto dos medicamentos.

Na posição de gestor, o farmacêutico deve possuir um conhecimento amplo das legislações do SUS e de outros compêndios legais, assim como conhecer toda a estrutura dos serviços disponíveis no município. Deve possuir a habilidade de se articular com todos os profissionais de saúde, além do pessoal administrativo. É necessário também que tenha boa articulação política com o executivo, legislativo e judiciário para a manutenção da estabilidade do serviço (BRASIL, 2013, p. 24).

Os profissionais farmacêuticos que trabalham em unidades de saúde devem se responsabilizar pela gestão dos medicamentos seguindo o ciclo da Assistência Farmacêutica, ou seja, é o farmacêutico quem deve selecionar os medicamentos essenciais; programar ou planejar as necessidades de aquisição dos medicamentos, distribuição e controle do uso que deve ser racional. Também faz parte da gestão do farmacêutico o controle dos dados necessários para as agências e órgão governamentais (IVAMA, MALDONATO, 2004).

Ferreira e Nobrega (2012) salientam que é importante que a função do farmacêutico não se restrinja a apenas a logística de medicamento (adquirir, armazenar e distribuir). Nesse sentido, a Assistência Farmacêutica deve estar integrada ao sistema de saúde, em que o farmacêutico gestor esteja capacitado para não apenas escolher os medicamentos, mas escolher os medicamentos mais seguros, eficazes e com menor custo.

A gestão adequada desenvolvida pelo farmacêutico ainda inclui o desenvolvimento de programas voltados para aquisições dos medicamentos na quantidade certa e no momento

oportuno evitando, assim, gastos desnecessários. Ainda deve, o profissional farmacêutico, gerir o armazenamento, a distribuição e o transporte garantindo, sobretudo, a qualidade dos medicamentos, dessa forma poderão gerenciar os estoques e entregar o medicamento com orientação ao paciente que deve ser acompanhado ao longo do tratamento pelo farmacêutico (FERREIRA, NOBREGA, 2012).

Barbosa (2009, p. 40) salienta que a partir dos encontros organizados pela OMS nas décadas de 80 e 90 surgiram documentos os quais apontavam o papel e responsabilidades dos farmacêuticos na atenção à saúde voltada “para a utilização de conhecimento científico no uso apropriado de medicamentos e para a proteção do público contra os perigos inerentes a essa utilização”.

Em todos os campos de atuação, o propósito do farmacêutico passou a ser a otimização da terapia medicamentosa, tanto contribuindo para a fabricação, abastecimento e controle de medicamentos e produtos para a saúde quanto provendo informações e aconselhando àqueles que prescrevem ou usam produtos farmacêuticos. Além de assegurar estoques suficientes dos medicamentos apropriados, as atividades profissionais dos farmacêuticos incluem o aconselhamento dos pacientes no ato de dispensar medicamentos com ou sem receita, o fornecimento de informações sobre os medicamentos aos profissionais de saúde, aos pacientes e ao público em geral, a participação em programas de promoção de saúde e a constante articulação com outros profissionais da APS (BARBOSA, 2009, p. 40).

Após algumas mudanças ao longo dos anos na concepção da função dos farmacêuticos, hoje já é claro “[...], seu papel perante a sociedade, corresponsabilizando-se pelo bem-estar do paciente e trabalhando para que este não tenha sua qualidade de vida comprometida por um problema evitável, decorrente de uma terapia farmacológica. [...]” (VIEIRA, 2007, p. 216).

Como foi já dito antes cabe ao profissional farmacêutico gerenciar a assistência farmacêutica usando sua experiência, capacidade e conhecimento “[...] para criar um ambiente de trabalho onde sejam conciliados todos os interesses envolvidos e atendidas as necessidades políticas do gestor e da população” (BRASIL 2013, p. 16).

É pertinente lembrar ainda que para que todas as funções do farmacêutico na gestão de medicamentos dentro da Assistência Farmacêutica sejam desempenhadas a contento, reclama-se uma estrutura adequada ao pleno exercício de suas atividades laborais de modo a atender às demandas sociais da saúde da população em parceria com os órgãos gestores. Entre os pontos essenciais da estrutura para a Assistência Farmacêutica cita-se: Área física específica; Linha telefônica que sirva de canal com os usuários de medicamentos e fornecedores; Equipamento

de informática ligado à rede mundial de computadores; Hardware em quantidade suficiente para atender à demanda; Softwares específicos ou equivalentes para o controle do medicamento; Mobiliário que atenda às necessidades dos profissionais envolvidos no departamento; Livros e outros materiais técnicos (BRASIL, 2013).

## **CAPÍTULO III**

---

### **CAMINHOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO**

### 3.1 TIPO DA INVESTIGAÇÃO

Dada a natureza do nosso objeto de estudo e os objetivos que nos propusemos alcançar, optamos por uma abordagem quantitativa. Entendemos que a Gestão de Farmácias tem implicações, necessariamente, na qualidade de vida das pessoas, porque afeta diretamente um importante componente sociopessoal: a saúde. Assim, entendemos que além de se ter “um desenho do problema” em termos quantitativos, devemos refletir sobre os impactos e consequências dele na vida das pessoas.

A respeito abordagem quantitativa, Dalfovo (2008, p. 7) lembra que se trata de uma forma que o pesquisador tem para quantificar as modalidades de coleta de informações bem como no tratamento dessas informações através de técnicas estatísticas, apresentando como diferencial “[...] a intenção de garantir a precisão dos trabalhos realizados, conduzindo a um resultando com poucas chances de distorções.”

Dada a natureza do nosso objeto de estudo, a análise quantitativa parece ser a mais adequada para a compreensão do fenômeno ora estudado – a Gestão de Farmácias. Se por um lado os gestores expressarão as suas expectativas e compreensão das ações votadas para a Gestão de Farmácias, por outro, as equipes multiprofissionais também expressarão o seu nível de satisfação em relação ao desempenho de suas atividades, em especial o profissional farmacêutico, cujo papel nas equipes multiprofissionais será analisado.

### 3.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Com o propósito de coletar os dados para levantamento das questões a que nos propusemos responder com esta pesquisa, lançamos mão do instrumento de coleta *questionário* (Cf. Apêndices I e II), por se tratar, sob nossa ótica, do mais adequado para a recolha dos dados a que pretendemos ter acesso. Foram respondidos 107 questionários pelos profissionais da saúde que trabalham nas instituições públicas vinculadas ao município de Atalaia tais como médicos, odontólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, os quais compõem as equipes multiprofissionais de saúde do município. Além dos profissionais de saúde, responderam aos questionários 21 gestores, uma vez que queremos verificar, de um lado, o posicionamento de compreensão de quem executa as atividades e necessita do gerenciamento adequado das farmácias e, de outro, de quem está diretamente envolvido nas políticas públicas

que garantem qualidade nesse gerenciamento.

Segundo Richardson (2011), há diversos instrumentos de coleta de dados que podem ser utilizados para obter informações acerca de grupos sociais. O mais comum é o questionário. O questionário que foi respondido pelos profissionais de saúde seguiu os parâmetros estabelecidos pela proposta da Escala de Likert.

Gil (1987, p. 124) define o questionário como instrumento de pesquisa: [...] como uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”

Nesse aspecto, Richardson (2011) ressalta que os questionários devem cumprir algumas funções:

Geralmente os questionários cumprem pelo menos duas funções: descrever as características e medir determinadas variáveis de um grupo social. A informação obtida por meio de questionário permite observar as características de um indivíduo ou grupo. Por exemplo: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, preferência política etc (RICHARDSON, 2011, p.189).

A partir destes instrumentos, acreditamos que alcançaremos os objetivos propostos para esta pesquisa, visto que a escala Likert, de acordo com TORRES (2011), tem a finalidade de atribuir um escore numérico aos atributos/elementos que estão sendo medidos em uma sequência.

Considerando que o método Likert é a escala mais popular e confiável para medir as atitudes ou o comportamento de alguém, e que é o mais indicado para pesquisas de cunho social, pois permite descobrir níveis de opinião variáveis, defendemos que se trata de mecanismo pertinente para avaliar e medir o grau de satisfação dos entrevistados da nossa pesquisa. Para fins didáticos, retomaremos os nossos objetivos com a realização dessa pesquisa, conforme descrição abaixo.

### **3.3 OBJETIVOS**

#### **3.3.1 Objetivo Geral**

- Verificar como os gestores públicos do referido município têm realizado a Gestão de Farmácias nas unidades de saúde.

### 3.3.2 Objetivos Específicos

- Verificar a atuação do farmacêutico nas equipes multiprofissionais, em Atalaia, levando em consideração dois aspectos: condições de trabalho e identidade profissional; e
- Analisar a situação do gestor público no que concerne à compreensão e à lida com a Gestão de Farmácia no município.

Tendo como norte os objetivos acima propostos, buscamos, a partir das respostas aos questionários, recobrir o tema Gestão de Farmácias sob diversos aspectos: do ponto de vista de quem gerencia as políticas públicas da saúde, do ponto de vista do profissional farmacêutico e sob a ótica das equipes multiprofissionais, além da compreensão dos gestores acerca da Gestão de Farmácia, o que vai ter implicações diretamente com as políticas públicas por eles empreendidas para atender à população.

As atividades de Gestão implicam, necessariamente, planejamento. De acordo com Schraiber (1999, p. 01), a área de planejamento e gestão “pode ser vista como um conjunto bastante amplo de produções técnico-científicas que, de modo mais tradicional, pertenceu a uma das divisões da saúde coletiva já denominada Planejamento e Administração em Saúde”. A partir do que está traçado com Constituição Federal de 1988, no entanto, a compreensão da gestão de saúde teve importantes mudanças de foco. Agora, é de fundamental importância colocar, além das necessidades de saúde da população, o trabalho e o trabalhador no centro das investigações acerca das relações público-privadas estabelecidas mais recentemente na administração pública, pois isso implica considerá-los fundamentais para o processo de consolidação do SUS”, (CARNEIRO, 2015, p. 60).

É nesta perspectiva, pois, de que além da população, o trabalho e o trabalhador devem fazer parte dos processos gerenciais que envolvem a saúde, que entendemos a necessidade de se investigar a Gestão de Farmácias.

### 3.4 UNIVERSO DA AMOSTRAGEM

O município de Atalaia conta com um universo de 492 (quatrocentos e noventa e dois) servidores da área da saúde, os quais desenvolvem suas atividades nas mais diversas unidades de saúde do município em equipes multiprofissionais, e de 21 gestores. Desse universo, todos os gestores se dispuseram a participar da pesquisa, no entanto, por razões logísticas ou por indisponibilidade, muitos servidores não quiseram participar. Assim, a amostragem dos participantes desta pesquisa deu-se da seguinte forma: usou-se como critério de inclusão dos sujeitos os seguintes aspectos: a) ser gestor do município de Atalaia; b) ser profissional envolvido nas equipes multiprofissionais do município de Atalaia; c) ser, direta ou indiretamente, utente dos serviços de farmácia do município de Atalaia, quer seja como gestor de farmácia, quer seja como agente do processos de saúde pública; d) ser voluntário para participar da pesquisa; e e) trabalhar no município no mínimo há dois anos, com exceção dos gestores. Feita essa seleção prévia, e após a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Cf. anexo)), obtivemos o seguinte quadro de participantes:

Tabela 1 – Distribuição do número de participantes da pesquisa

<b>Participantes</b>	<b>Nº</b>
Gestores	21
Equipe multiprofissional	107

Fonte: Autor, 2014.

É importante salientar que o número exposto acima não representa a totalidade dos profissionais do município de Atalaia; trata-se, antes, apenas daqueles que se dispuseram, voluntariamente, a participar da pesquisa e se enquadraram nos critério que estabelecemos para inclusão no nosso estudo.

Na tabela 2, abaixo, encontram-se detalhados os perfis profissionais dos participantes da pesquisa.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa por perfil profissional

<b>Participantes</b>	<b>Nº</b>
Administradores	01

Agentes de saúde	31
Assistentes sociais	02
Dentistas	10
Diretores administrativos (gestores)	21
Enfermeiros	13
Farmacêuticos	07
Médicos	07
Nutricionista	01
Pedagogos	03
Psicólogo	01
Técnicos de enfermagem	31
<b>Total</b>	<b>128</b>

Fonte: Autor, 2014.

Após a etapa de seleção dos sujeitos mais a anuência deles por meio de assinatura do TCLE, foram respondidos os questionários e, conforme descrição do próximo capítulo da dissertação, os dados obtidos foram submetidos à análise estatística, cujo objetivo foi traçar um perfil mais detalhado dos sujeitos da pesquisa.

Levando-se em conta as variáveis: idade, estado civil, escolaridade e tempo de serviço prestado nas unidades de saúde do município, traçamos um perfil dos gestores participantes da pesquisa, donde se obteve o seguinte quadro:

Tabela 3 – Distribuição do perfil pessoal dos gestores avaliados

<b>Fator avaliado</b>	<b>Nº</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	2
Feminino	19
<b>Idade</b>	
Até 30 anos	4
31 a 40 anos	13
Acima de 40 anos	4
<b>Estado civil</b>	
Solteiro	12
Casado/união estável	9
<b>Escolaridade</b>	
Superior completo	4
Especialização	17
<b>Tempo de serviço</b>	
Menos de 2 anos	3
2 a 5 anos	5
Mais de 5 anos	13

Fonte: Autor, 2014.

As variáveis ora escolhidas para se avaliar o perfil são de suma importância, uma vez que, por meio delas, podemos inferir diversas informações (nível de envolvimento com a assistência, expectativas de permanência nas atividades desenvolvidas, formação adequada para o exercício profissional etc.) quanto à atuação desses sujeitos ante as políticas públicas que visem à assistência em saúde e, conseqüentemente, à prestação e disponibilização de serviços à sociedade.

De modo análogo ao que se fez com os gestores, os profissionais das equipes multiprofissionais foram mapeados observando-se as variáveis: idade, estado civil, escolaridade e tempo de serviço prestado nas unidades de saúde do município, donde se obteve as seguintes informações, conforme tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição do perfil pessoal dos profissionais avaliados

<b>Fator avaliado</b>	<b>Nº</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	34
Feminino	73
<b>Idade</b>	
18 a 30 anos	28
31 a 40 anos	47
Acima de 40 anos	31
<b>Estado civil</b>	
Casado	46
Solteiro	39
União estável	11
Divorciado	6
Viúvo	5
<b>Escolaridade</b>	
Fundamental	5
Médio	35
Superior	47
Especialização	20

Fonte: Autor, 2014

Feita a caracterização dos aspectos composicionais da amostra de nossa pesquisa, no capítulo 4 (quatro), a seguir, serão feitas análises relativas às percepções dos gestores e dos profissionais das equipes multiprofissionais acerca da gestão de farmácias, observando-se as variáveis: satisfação, resultados, eficiência, redução de custos, burocracia, promoção de distribuição adequada, capacidade dos profissionais, número suficiente de farmacêuticos e insuficiência de recursos financeiros, além de diversos outros aspectos com compõem a

complexa trama da gestão de farmácias, a qual encontra-se hierarquicamente subordinada a uma rede ainda mais complexa que é a gestão de serviços públicos.

De acordo com Gil (1987, p. 91): as pesquisas de campo normalmente “abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impossível considerá-la em sua totalidade”. Por isso é necessário trabalhar com uma amostragem, uma pequena parte dos elementos que compõe o universo que possa representar a totalidade da população que foi estudada.

Ainda de acordo com Gil (1987, p. 92) o universo ou população na teoria da amostragem:

[...] é o conjunto de elementos que possuem determinadas características. Comumente fala-se de população como referência ao total de habitantes de determinado lugar. Todavia em termos estatísticos, uma população pode ser definida como o conjunto de alunos matriculados em uma escola, os operários filiados a um sindicato, todos os integrantes de um rebanho de determinada localidade, o total de industriais de uma cidade etc.

Neste estudo foi realizada uma amostragem probabilística que, segundo Gil (1987), é baseada em leis e por isso é especificamente de cunho científico garantindo, assim, resultados mais válidos que outro tipo de amostragem. Entre os tipos de amostragem probabilística mais usados estão: aleatória; simples, sistêmica, estratificada, por conglomerado e por etapas.

A amostragem probabilística desse estudo foi do tipo simples, em que todos os elementos têm igual possibilidade de ser escolhido. Para atingir este objetivo foi desenvolvido um plano de amostragem com base nas unidades de saúde onde atuam os profissionais de gestão de farmácia, bem como os profissionais da equipe multiprofissional da cidade de Atalaia/ Alagoas.



## CAPÍTULO IV

---

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### 4.1 SUJEITOS E *LÓCUS* DA PESQUISA: CARACTERIZAÇÃO

##### 4.1.1. Sobre o *lócus* da pesquisa

Abaixo Mapa do Estado de Alagoas com a localização do município de Atalaia



Fonte: <https://www.google.com.br/maps/place/Atalaia>

O município de Atalaia está localizado no estado de Alagoas, região nordeste do Brasil (Latitude: 9° 29' 40" Sul; Longitude: 30° 00', 45" W Gr; Altitude: 58m acima do nível do mar). O município fica na Zona da Mata do Estado e limita-se com os seguintes municípios: ao Norte, Capela e Murici; ao Sul, Pilar; ao Leste, Rio Largo; ao Oeste, Anadia; e ao Nordeste, Viçosa. Atalaia é margeada à esquerda pelo rio Paraíba e está a 49 km da capital do Estado, Maceió.

Segundo dados do IBGE (2010), o município de Atalaia tem uma população de 44.379 habitantes (considerando a falta de dados atualizados do IBGE, estima-se aumento dessa população), sendo 22.451 domiciliados na zona urbana e 22.928 na zona rural. Ainda segundo dados do IBGE, 22.230 habitantes do município são do sexo masculino e 22.149 do sexo feminino.

Atalaia tem como principal atividade econômica a agricultura e a industrialização da cana-de-açúcar. Trata-se de uma área geográfica cujas terras são férteis e apropriadas para diversos tipos de cultura. O município é considerado um dos maiores produtores da cana-de-do estado de Alagoas e sua produção é escoada para várias usinas da região.

#### 4. 1. 2 Sobre os sujeitos da pesquisa

Este estudo será direcionado aos profissionais de saúde do Município de Atalaia/AL, onde iremos abordar assuntos pertinentes à Assistência Farmacêutica. Dessa forma vamos trabalhar com 107 profissionais envolvendo médicos, odontólogos, enfermeiras, fisioterapeutas, assistente social, psicólogo, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e 21 gestores efetivos de cada unidade de saúde totalizando 128 profissionais. Esses profissionais estão inseridos nas Unidades Básicas de Saúde, Hospital, CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) e Farmácia Popular. São profissionais efetivos com mais de 2 anos de atuação no município, exceto os diretores administrativos.

Tabela 5 – Distribuição do perfil pessoal dos gestores avaliados

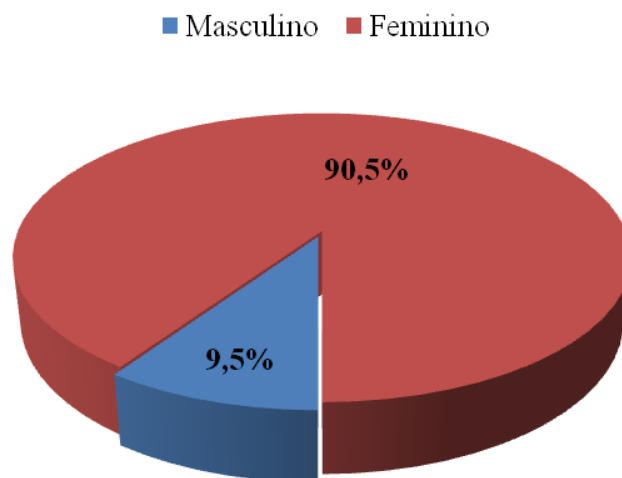
<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	2	9,5	<0,001
Feminino	19	90,5	
<b>Idade</b>			
Até 30 anos	4	19,0	0,021
31 a 40 anos	13	62,0	
Acima de 40 anos	4	19,0	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	12	57,1	0,513
Casado/união estável	9	42,9	
<b>Escolaridade</b>			
Superior completo	4	19,0	0,005
Especialização	17	81,0	
<b>Tempo de serviço</b>			
Menos de 2 anos	3	15,0	0,011
2 a 5 anos	4	20,0	
Mais de 5 anos	13	65,0	

Fonte: Autor, 2014.

<sup>1</sup> p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

Na tabela 5 temos a distribuição do perfil pessoal dos gestores avaliados. Através dela verifica-se que a maioria é do sexo feminino (90,5%), possui idade de 31 a 40 anos (62,0%), é solteiro (57,1%), possui especialização (81,0%) e possui mais de 5 anos de serviço (65,0%). Além de ser observada maior prevalência de gestores com este perfil, o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, exceto no fator estado civil (p-valor = 0,513) indicando que a proporção de gestores solteiros e casados é praticamente idêntica.

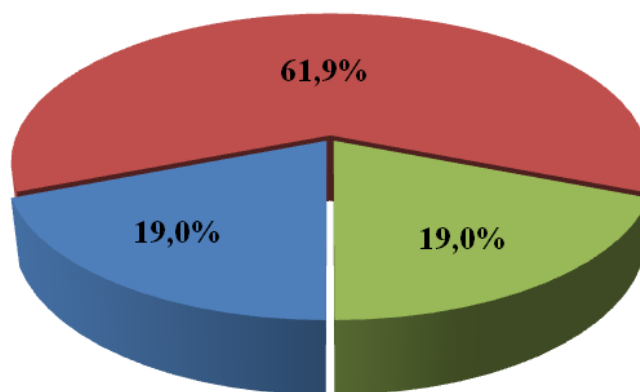
Gráfico 1 – Distribuição dos gestores segundo o sexo



Fonte: Autor, 2014.

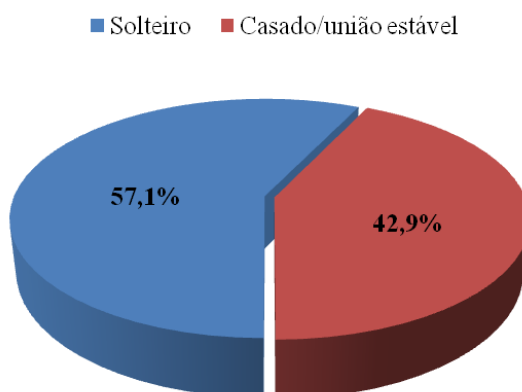
Gráfico 2 – Distribuição dos gestores segundo a faixa etária

■ Até 30 anos ■ 31 a 40 anos ■ Acima de 40 anos



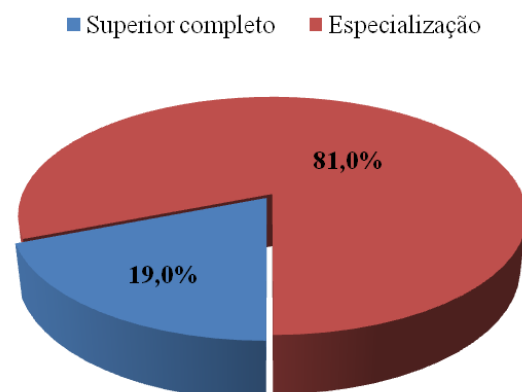
Fonte: Autor, 2014.

Gráfico 3 – Distribuição dos gestores segundo o estado civil



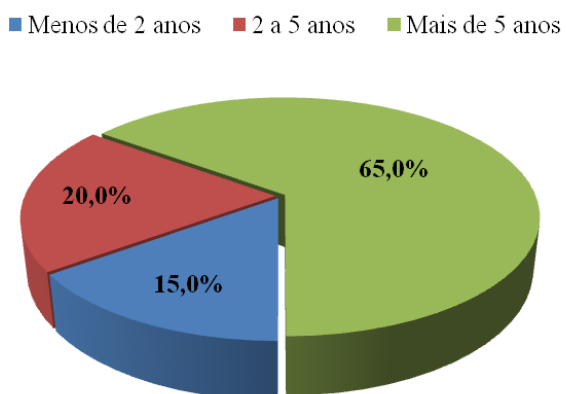
Fonte: Autor, 2014.

Gráfico 4 – Distribuição dos gestores segundo a escolaridade



Fonte: Autor, 2014.

Gráfico 5 – Distribuição dos gestores segundo o tempo de atuação



Fonte: Autor, 2014.

Tabela 6 – Distribuição do perfil pessoal dos profissionais avaliados

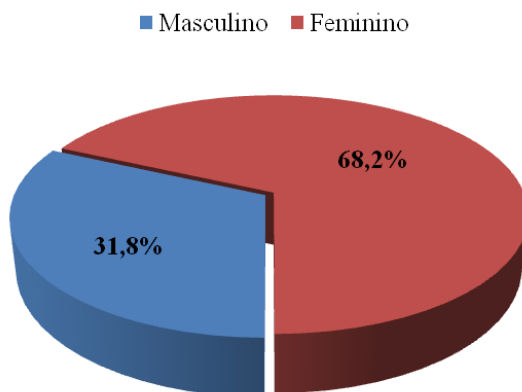
<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	34	31,8	<0,001
Feminino	73	68,2	
<b>Idade</b>			
18 a 30 anos	28	26,4	0,052
31 a 40 anos	47	44,3	
Acima de 40 anos	31	29,2	
<b>Estado civil</b>			
Casado	46	43,0	<0,001
Solteiro	39	36,4	
União estável	11	10,3	
Divorciado	6	5,6	
Viúvo	5	4,7	
<b>Escolaridade</b>			
Fundamental	5	4,7	<0,001
Médio	35	32,7	
Superior	47	43,9	
Especialização	20	18,7	

Fonte: Autor, 2014

<sup>1</sup>p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

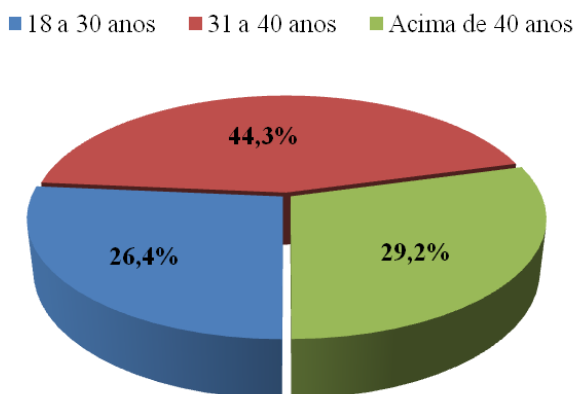
Na tabela 6 temos a distribuição do perfil pessoal dos profissionais avaliados. Através dela verifica-se que a maioria é do sexo feminino (68,2%), possui idade de 31 a 40 anos (44,3%), são casados (43,0%) e possuem nível superior (43,9%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, exceto na idade (p-valor = 0,052) indicando que a proporção de profissionais com idade entre 18 a 30 anos, 31 a 40 anos e acima de 41 anos são próximas.

Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais segundo o sexo



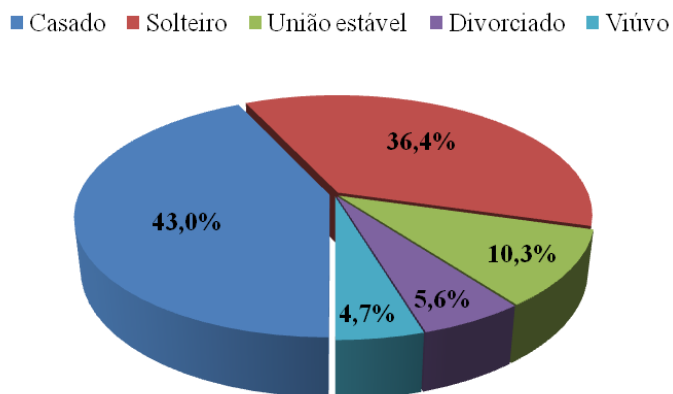
Fonte: Autor, 2014.

Gráfico 7 – Distribuição dos profissionais segundo a faixa etária



Fonte: Autor, 2014.

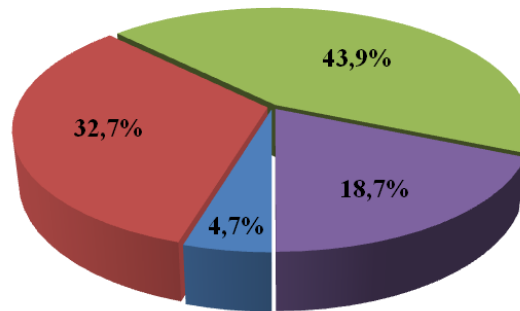
Gráfico 8 – Distribuição dos profissionais segundo o estado civil



Fonte: Autor, 2014.

Gráfico 9 – Distribuição dos profissionais segundo a escolaridade

■ Fundamental ■ Médio ■ Superior ■ Especialização



Fonte: Autor, 2014.

Fazendo uma breve comparação entre as características dos sujeitos da investigação, é possível observar que tanto os gestores quanto os profissionais da equipe multiprofissional pertencem, predominantemente, ao sexo feminino e também são da mesma faixa etária; a maioria dos gestores, no entanto, possui pós-graduação *lato sensu*, já no caso dos profissionais parte desse estudo quase 50% não possui nível superior.

Apesar de, no geral, as características dos sujeitos foco dessa pesquisa serem bem similares, o fator escolaridade pode ter interferido nos resultados finais da avaliação dos processos de gestão de Farmácia nas Unidades de Saúde, em razão de ser um aspecto fundamental para o devido processo de gestão: a formação técnico-científica em nível superior.

Conforme já discutido neste trabalho, o farmacêutico quando assume a posição de gestor deve possuir um conhecimento amplo sobre a legislação do SUS e das demais leis que tratam sobre os procedimentos a serem exercidos. De acordo com o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, o farmacêutico gestor tem que possuir inúmeras habilidades entre elas a de se articular com todos os profissionais de saúde, além do pessoal administrativo. “É necessário também que tenha boa articulação política com o executivo, legislativo e judiciário para a manutenção da estabilidade do serviço” (BRASIL, 2013, p. 24).

## 4.2 GESTORES

Tabela 7 – Distribuição da avaliação dos gestores acerca das ações de gestão de assistência farmacêutica no município de Atalaia/AL

Percepções avaliadas na gestão da assistência farmacêutica	Avaliação da assistência farmacêutica			
	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Satisfatório	2 (9,5%)	17 (81,0%)	2 (9,5%)	0 (0,0%)
Focado em resultados	5 (23,8%)	13 (61,9%)	3 (14,3%)	0 (0,0%)
Eficiente*	2 (10,0%)	14 (70,0%)	3 (15,0%)	1 (5,0%)
Deixa a desejar	1 (4,8%)	7 (33,3%)	12 (57,1%)	1 (4,8%)
Reduz os custos*	2 (10,0%)	13 (65,0%)	4 (20,0%)	1 (5,0%)
Aumenta a burocracia	2 (9,5%)	5 (23,8%)	12 (57,2%)	2 (9,5%)
Promove uma melhor distribuição	0 (0,0%)	17 (85,0%)	3 (15,0%)	0 (0,0%)
Profissionais capacitados	2 (9,5%)	19 (90,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Profissionais farmacêuticos suficientes	5 (23,8%)	15 (71,4%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)
Recursos financeiros insuficientes*	3 (15,0%)	12 (60,0%)	4 (20,0%)	1 (5,0%)

Fonte: Autor, 2014

Na tabela 7 temos a distribuição da avaliação dos gestores acerca das ações de gestão de Assistência Farmacêutica no município de Atalaia/AL. Através dela verifica-se que a maioria dos gestores concorda/concorda totalmente que o serviço é satisfatório (90,5%), que é focado em resultado (85,7%), que é eficiente (80,0%), que reduz os custos (75,0%), promove uma melhor distribuição (85,0%), os profissionais são capacitados (100,0%), o número de profissionais farmacêuticos é suficiente (95,2%) e que os recursos financeiros são insuficientes (75,0%). Ainda, a maioria deles discordou que o serviço deixa a desejar (61,9%) e que aumenta a burocracia (66,7%).

Tabela 8 – Distribuição da percepção dos gestores acerca das dificuldades encontradas para garantir a efetividade da gestão de farmácias nas USB de Atalaia/AL

Dificuldades encontradas	Avaliação das dificuldades encontradas			
	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Falta de capacitação para os funcionários	0 (0,0%)	11 (52,4%)	8 (38,1%)	2 (9,5%)
Excessiva burocracia	0 (0,0%)	10 (47,6%)	9 (42,9%)	2 (9,5%)
Pouca estrutura tecnológica	1 (4,8%)	13 (61,9%)	7 (33,3%)	0 (0,0%)
Falta de um modelo de gestão definido	1 (4,8%)	6 (28,5%)	14 (66,7%)	0 (0,0%)
Poucos recursos humanos	0 (0,0%)	9 (42,9%)	10 (47,6%)	2 (9,5%)

Alta rotatividade de funcionários	0 (0,0%)	8 (38,1%)	12 (57,1%)	1 (4,8%)
Deficiência na qualificação dos gestores*	0 (0,0%)	4 (20,0%)	16 (80,0%)	0 (0,0%)
Pouca estrutura física	0 (0,0%)	11 (52,4%)	10 (47,6%)	0 (0,0%)
Recursos financeiros insuficientes	2 (9,5%)	12 (57,1%)	6 (28,6%)	1 (4,8%)
Falta de interesse político*	1 (5,0%)	5 (25,0%)	14 (70,0%)	0 (0,0%)

Fonte: Autor, 2014

Na tabela 8 temos a distribuição da percepção dos gestores acerca das dificuldades encontradas para garantir a efetividade da gestão de farmácias nas Equipes de Saúde da Família de Atalaia/AL. Através dela, verifica-se que a maioria deles discorda que as dificuldades sejam por conta do excesso de burocracia (52,4%), falta um modelo de gestão (66,7%), existência de poucos recursos humanos (57,1%), existência de alta rotatividade de funcionários (61,9), deficiência na qualidade dos gestores (80,0%) e falta de interesse político (70,0%). Além disso, os fatores que a maioria dos gestores considera como complicadores para a efetividade da gestão são: falta de capacitação para os funcionários (52,4%), pouca estrutura tecnológica (66,7%), pouca estrutura física (52,4%) e recursos financeiros insuficientes (66,6%).

Tabela 9 – Distribuição da percepção dos gestores acerca da política de assistência farmacêutica na rede pública no município de Atalaia/AL

Percepções avaliadas acerca da política de assistência farmacêutica	Avaliação da assistência farmacêutica			
	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Satisfatório	2 (9,5%)	13 (61,9%)	6 (28,6%)	0 (0,0%)
Focado em resultados	2 (9,5%)	15 (71,5%)	4 (19,0%)	0 (0,0%)
Eficiente	1 (4,8%)	16 (76,2%)	4 (19,0%)	0 (0,0%)
Deixa a desejar	0 (0,0%)	6 (28,6%)	13 (61,9%)	2 (9,5%)
Reduz os custos*	1 (5,0%)	12 (60,0%)	6 (30,0%)	1 (5,0%)
Aumenta a burocracia	1 (4,8%)	9 (42,8%)	11 (52,4%)	0 (0,0%)
Promove uma melhor distribuição	1 (4,8%)	19 (90,4%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)
Determinante	1 (4,8%)	19 (90,4%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)
Indiferente	0 (0,0%)	3 (14,3)	18 (85,7%)	0 (0,0%)
Deficitário	1 (4,8%)	4 (19,0%)	15 (71,4%)	1 (4,8%)

Fonte: Autor, 2014

Na tabela 9 temos a distribuição da percepção dos gestores acerca da política de Assistência Farmacêutica na rede pública no município de Atalaia/AL. Através dela, verifica-se que a maioria dos gestores concorda totalmente/concorda que a política é satisfatória (71,4%), é focada em resultados (81,0%), eficiente (81,0%), reduz os custos (65,0%), promove uma melhor distribuição (95,2%) e é determinante (95,2%). Ainda percebe-se que a maioria discorda/discorda totalmente de que a política deixa a desejar (71,4%), aumenta a burocracia (52,4%), é indiferente (85,7%) e é deficitário (76,2%).

### 4.3 PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tabela 10 – Distribuição da avaliação dos profissionais acerca da estrutura física, assistência e número de profissionais presentes no serviço farmacêutico do município de Atalaia/AL

Questão avaliada	Avaliação			p-valor <sup>1</sup>
	Suficiente	Insuficiente	Regular	
Estrutura física	54 (50,5%)	35 (32,7%)	18 (16,8%)	<0,001
Assistência	57 (53,3%)	34 (31,8%)	16 (15,0%)	<0,001
Número de profissionais	89 (85,6%)	8 (7,7%)	7 (6,7%)	<0,001

Fonte: Autor, 2014

<sup>1</sup>p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

Na tabela 10 temos a distribuição da avaliação dos profissionais acerca da estrutura física, assistência e número de profissionais presentes no serviço farmacêutico. Através dela, verifica-se que a maioria dos profissionais consideram suficiente a estrutura física (50,5%), a Assistência Farmacêutica (53,3%) e o número de profissionais (85,6%).

Tabela 11 – Distribuição da percepção dos profissionais acerca da participação do profissional farmacêutico junto à equipe multiprofissional

Questão avaliada	Avaliação		p-valor <sup>1</sup>
	Concorda/ Concorda totalmente	Discorda/ Discorda totalmente	
Contribui quanto às orientações farmacêuticas ao paciente, uma vez que estas são de difícil acesso.	87 (86,1%)	14 (13,9%)	<0,001
Contribui para o uso racional do medicamento.	101 (97,1%)	3 (2,9%)	<0,001
Não há necessidade de participação.	6 (6,0%)	94 (94,0%)	<0,001

Fonte: Autor, 2014

<sup>1</sup>p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

Na tabela 11 temos a distribuição da avaliação dos profissionais acerca da estrutura física. Por meio dela verifica-se que a maioria dos profissionais concorda/concorda totalmente com o fato de que o farmacêutico contribui quanto às orientações farmacêuticas aos pacientes (86,1%) e para o uso racional do medicamento (97,1%). Ainda, a maioria discordou/discordou totalmente de que não haja necessidade de participação do farmacêutico junto à equipe multiprofissional.

#### 4.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme pode ser constatado, após desenvolver o estudo nas unidades de saúde do município de Atalaia, junto aos indivíduos entrevistados, como explicado na metodologia, em que os sujeitos da pesquisa foram divididos em dois grupos, sendo um grupo formado por profissionais da equipe multiprofissional (médicos, odontólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, técnicos em enfermagem e agentes comunitários) e o outro grupo formado por gestores, alguns pontos importantes sobre a gestão de farmácia cabem ser destacados.

O grupo formado pelos profissionais da equipe multiprofissional responderam sobre aspectos voltados para estrutura física das unidades, o funcionamento da Assistência Farmacêutica nas unidades de saúde avaliadas e o papel do farmacêutico na gestão da Equipe de Saúde da Família e junto à equipe multiprofissional.

O segundo grupo analisado, o grupo dos gestores, avaliou no questionário as ações de gestão da Assistência Farmacêutica, as dificuldades encontradas para garantir a efetividade da Gestão de Farmácia e a política de Assistência Farmacêutica na rede pública de Saúde do município analisado.

Ao explorar os resultados do primeiro grupo – o dos profissionais da equipe multiprofissional – é possível observar alguns pontos relevantes que respondem ao questionamento proposto no início desse estudo em complemento com os resultados obtidos no segundo grupo analisado.

Quanto à questão 5 “Como você avalia a estrutura física da Assistência Farmacêutica no seu município?”, a maioria dos profissionais considera ser satisfatória a estrutura física e o número de profissionais. Sobre a estrutura física para desenvolver com qualidade a

Assistência Farmacêutica, as Diretrizes para Estruturação e Processos de Organização desenvolvidos pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (BRASIL, 2013, p. 16) destaca que a:

Gestão do DAF [Departamento de Assistência Farmacêutica] deve possuir uma estrutura que atenda às reais necessidades de seu serviço, como:

1. Área física específica destinada ao DAF
2. Linha telefônica que sirva de canal com os usuários de medicamentos e fornecedores (dentre outras funções);
3. Equipamento de informática ligado à rede mundial de computadores;
4. Hardware em quantidade suficiente para atender à demanda;
1. Softwares específicos ou equivalentes para o controle do medicamento;
2. Mobiliário que atenda às necessidades dos profissionais envolvidos no departamento;
3. Livros e outros materiais técnicos. (BRASIL, 2013, p. 16)

Apesar de os profissionais do grupo 1 terem avaliado a estrutura física como satisfatória, os gestores quando abordados na questão 6 “Quais as principais dificuldades encontradas para garantir a efetividade da Gestão de Farmácia nas Unidades de Saúde do município de Atalaia / AL?” apontaram entre as principais dificuldades para garantir a efetividade da gestão de farmácias a pouca estrutura tecnológica e a pouca estrutura física. Ainda respondendo esse questionamento, 80% dos gestores que participaram da pesquisa apontaram como principal dificuldade na efetivação da gestão de farmácia a deficiência na qualidade dos gestores. Sobre o assunto Costa; Salazar; Santos (2003, p.11) salientam que:

[...] a pessoa que assume o cargo de gestor deve possuir uma boa base de experiência em gestão, somada à qualificação em cursos e treinamentos para o aperfeiçoamento dos conhecimentos. Observa-se que, aqueles que não possuem experiência têm mais dificuldade em aplicar técnicas e modelos do que aqueles que já estiveram na gestão de serviços desse tipo. A experiência e o conhecimento em gestão propiciam ao gestor a percepção das oportunidades de mercado.

Dessa forma, constata-se que realmente a falta de qualidade dos gestores é uma deficiência considerável no desenvolvimento da gestão em saúde, especialmente no que se refere ao estudo em questão, a gestão de Assistência Farmacêutica, podendo contribuir com problemas de organização, funcionamento e qualidade dos serviços dispensados (OLIVEIRA; GRABOIS; MENDES JÚNIOR, 2009).

Importa ainda lembrar que a constatação da falta de qualificação dos gestores na gestão da Assistência Farmacêutica não está restrita ao campo dessa pesquisa, visto que

inúmeros estudos desenvolvidos para avaliar a qualidade dos serviços públicos em saúde oferecidos pelo SUS têm chegado às mesmas constatações.

Nesse contexto, Jeronimo (2013, p. 10), tomando como embasamento outros estudos (LUNA, 2008; SCHRAIBER, 1995; PAIM, 2002) afirma que na atual conjuntura, em que impera a necessidade de se adequar às novas tecnologias, o investimento na área da gestão do trabalho e educação em saúde é uma estratégia fundamental. A profissionalização da gestão no âmbito do SUS é apontada constantemente como uma das estratégias para a consolidação da prestação dos serviços em saúde de qualidade e eficaz.

Sobre as ações de gestão da Assistência Farmacêutica no Município de Atalaia, os gestores afirmaram que os serviços são satisfatórios, pois é focado nos resultados, por essa razão, apesar dos recursos financeiros não serem suficientes, a gestão tem obtido resultados satisfatórios e eficazes reduzindo os custos e melhorando a distribuição dos medicamentos.

Sobre a gestão da Assistência Farmacêutica no setor público Vieira (2010, p. 149) explica que “o modelo de gestão segue os mesmos moldes do modelo de gestão da saúde”.

Paiva et al. (2010, p. 311) salientam que “a gestão dos serviços de saúde tem sido enfatizada como um importante instrumento para se operacionalizar a construção de modelos de atenção em saúde que atendam às necessidades”.

Entendendo gestão como um processo de ações no sentido de determinar e orientar os caminhos que devem ser seguidos para que os objetivos sejam atingidos, a gestão na Assistência Farmacêutica deve buscar táticas que gerem vantagens no sentido de organizar as ações que atendam às necessidades peculiares ao processo de eficácia e satisfação do público-alvo, ou seja, da população local que utiliza os serviços do SUS no município de Atalaia.

Quanto à avaliação da Assistência Farmacêutica pela equipe multiprofissional, conforme abordagem feita pela sexta questão – “Como você avalia a Assistência Farmacêutica no seu município? –, a maioria dos profissionais questionados atribuem a eficiência da assistência farmacêutica ao papel do farmacêutico que, segundo eles, contribui de forma efetiva na orientação dos pacientes para o uso racional dos medicamentos, salientado a importância do farmacêutico na equipe multiprofissional.

Os resultados obtidos no questionamento anterior comprovam a importância do profissional farmacêutico junto à equipe multiprofissional para a adequada gestão da Assistência Farmacêutica, sobretudo quando entende-se que uma das ações para o uso racional dos medicamentos é a orientação aos pacientes, papel do farmacêutico.

De acordo com Andrade; Silva; Freitas (2003, p. 59/60), a OMS recomenda que os farmacêuticos de todo o mundo.

[...] apoiem as políticas da OMS incorporadas em sua estratégia revista sobre medicamentos e desenvolvam a profissão em todos os níveis que promovam, em colaboração com os demais profissionais da saúde, o conceito de assistência farmacêutica como meio de promover o uso racional de medicamentos e participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde.

Conforme Bergsten-Mendes (2008, p. 569), na mesma linha argumentativa no que concerne ao papel do farmacêutico, diz que

[...]. O farmacêutico deve ter o paciente e não o medicamento como foco de qualquer forma de atuação profissional. Esta visão é promovida pela Organização Mundial da Saúde e pela Federação Internacional dos Farmacêuticos. No Brasil, esta mesma visão aparece em excelentes textos legais que, quando implementados de fato, terão reflexos muito positivos sobre a utilização de medicamentos, incluindo maior acesso e menor excesso.

Continuando com a análise dos resultados obtidos após a pesquisa realizada e considerando as respostas dadas pelos gestores à questão sete “Como você avalia a política de Assistência Farmacêutica na rede pública de Saúde no Município de Atalaia?”, o percentual encontrado na análise dos questionários aponta que a política desenvolvida nas unidades de saúde do município de Atalaia é satisfatória, uma vez que além de cumprir com as determinações legais ainda assim não torna o processo burocrático.

A avaliação da gestão de Assistência farmacêutica nas unidades de saúde dos municípios tem sido alvo de diversas pesquisas, a exemplo do estudo empreendido por Oliveira, Assis e Barboni (2010, p.3565). De acordo com estes estudiosos, existem duas questões que têm influenciado na organização da Assistência Farmacêutica nos municípios.

Por um lado, a AF legal consolidada e estruturada pelas respectivas leis e portarias, e que de certa forma norteia e contribui para uma melhor organização da AF nos municípios. Por outro lado, visualiza-se a AF real, atravessada por vários problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para a sua terapêutica.

Apesar de o Brasil dispor de uma legislação única no que concerne aos procedimentos para implantação e organização da Assistência Farmacêutica pelo SUS, cabe salientar que os fatores identificados de cada município – recursos humanos, estruturais, dentre outros – serão

determinantes para os resultados da gestão de farmácia em cada município, razão por que parece ser pertinente trazer à baila outros estudos da mesma natureza que este, com a finalidade de se estabelecer comparações entre aqueles e este realizado no município de Atalaia/AL sobre a gestão de assistência farmacêutica.

Estudo desenvolvido por Araújo e Freitas (2006) avaliou a Assistência Farmacêutica em farmácias de Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, Brasil. Este estudo realizou entrevistas com profissionais farmacêuticos, procurando conhecer as concepções desses atores sobre a assistência farmacêutica. De acordo com os autores, os resultados da pesquisa mostraram que o trabalho dos profissionais tem como base a gestão burocrática para controlar do estoque de medicamentos.

Araújo e Freitas (2006, p. 145) concluem que:

De modo geral, o que constatamos neste estudo representa o atual estágio da Assistência Farmacêutica no Brasil, ou seja, trata-se de uma área ainda incipiente. A falta de um modelo que norteie as práticas da Assistência Farmacêutica nos sistemas locais é um dos fatores que tem dificultado sua evolução. Este modelo deve ser construído de forma sistêmica e suas tecnologias devem ser adequadas às necessidades do sistema e dos usuários.

Barreto e Guimarães (2010) avaliaram a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios do estado da Bahia supondo, inicialmente, que os fatores condicionantes como o meio físico, psíquico, social, político, econômico, cultural, ambiental de uma sociedade decorrem principalmente de uma visão tecnicista e procedimental que ainda prevalece sobre a Assistência Farmacêutica.

Entre os pontos observados, os referidos autores constataram “que a assistência farmacêutica ainda é vista apenas como um setor responsável pelo fornecimento de medicamentos com enfoque na sua aquisição e distribuição, orientado por princípios organizacionais com forte viés burocrático”. Nesse estudo também a questão da gestão burocrática foi apontada como um dos problemas para a gestão da assistência farmacêutica (BARRETO e GUIMARAES, 2010, p. 1217).

Como foi salientado anteriormente pelos estudos citados, os resultados obtidos apesar de apresentarem algumas semelhanças com os resultados encontrados no estudo da avaliação da gestão da Assistência Farmacêutica em unidades de saúde do município de Atalaia, as abordagens principais são diferentes o que pode ser justificado em razão das diferenças nas realidades de cada município.

Sobre o assunto Oliveira; Assis; Barboni (2010, p. 3565) em estudo desenvolvido sobre a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde concluíram que grande parte dos municípios brasileiros, especialmente os mais carentes, sofrem com a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais nas unidades de Equipe de Saúde da Família.

## CONCLUSÕES

---

O desenvolvimento desta pesquisa nos permitiu, em primeira instância, a compreensão, em termos teóricos, por meio da revisão de literatura explicitada nos capítulos um e dois, das organizações e da gestão empresarial e da gestão de farmácias, respectivamente. Tal compreensão teórica nos possibilitou, por conseguinte, enxergar os nossos dados com uma visão mais apurada e mesmo crítica do que envolve os processos organizacionais e gerenciais empreendidos no município lócus da pesquisa ora empreendida.

Ao que se nos apresenta, a presença do profissional farmacêutico é de suma importância para a Assistência Farmacêutica, conseqüentemente, para a saúde da população de uma dada sociedade, uma vez que esse profissional cuida dum uma importante parcela da saúde das pessoas: a dispensação adequada e racional de medicamentos, a informação e preventiva à população acerca da ingestão de medicamentos, dentre outras importantes atribuições desenvolvidas por esse profissional.

Com base na concepção de que esse profissional faz toda a diferença na gestão de Farmácias e, portanto, na saúde das pessoas, mas que seu trabalho depende, inevitavelmente, de outros sujeitos, é que traçamos os objetivos da nossa pesquisa, a saber: verificar de que modo os gestores públicos têm realizado a gestão de farmácias; analisar o papel do farmacêutico de modo geral; verificar a atuação desse profissional nas equipes multiprofissionais, em Atalaia, levando em consideração dois aspectos: condições de trabalho e identidade profissional; e, por fim, avaliar como os gestores públicos lidam com a gestão de farmácias no referido município.

A partir da análise dos dados, pudemos compreender como os gestores têm realizado a gestão de farmácias, bem como compreendem esse processo. Em todos os escores analisados, no que concerne à gestão da assistência farmacêutica, quais sejam: *satisfação, foco nos resultados, eficiência, deixa a desejar, redução de custos, aumento da burocracia, promoção de melhor distribuição, capacitação do profissionais, suficiência do quantitativo de farmacêuticos, e insuficiência dos resultados*, os gestores sinalizaram significativo percentual, acima de 55%, de concordância positiva acerca desses itens, o que demonstra que os gestores têm relativa clareza das ações de gestão da assistência farmacêutica no município de Atalaia.

Por outro lado, quando se coloca em discussão as dificuldades encontradas para se garantir a efetividade da gestão de farmácias nas USB de Atalaia, alguns pontos importantes são apontados pelos gestores, a exemplo da *pouca estrutura tecnológica*, 68,9%, além da *falta de capacitação para os funcionários*, 52,4%, *pouca estrutura física*, 52,4%, e *recursos financeiro insuficientes*, 57,1%, respectivamente. É bem verdade que esse quadro traçado a partir dos questionários respondidos pelos gestores pode não ser compatível com a realidade, uma vez que, no geral, os cargos de gestores nos municípios são quase sempre comissionados e, portanto, atravessados por questões muito mais políticas do que propriamente técnicas. Isso, no entanto, não invalida nossa pesquisa, pelo contrário, possibilita novos estudos na área no sentido, por exemplo, de se investigar mais de perto o *dito*, perceptual aos olhos do gestor, e o *posto*, aquilo que de fato se tem disponível à sociedade.

Questionamos, a título de ilustração, o seguinte: se 68,9% dos gestores reconhecem a pouca estrutura tecnológica; se 52,4% reconhecem a falta de capacitação para funcionários e pouca estrutura física; e se 57,1% apontam para a escassez de recursos financeiros, como, ao mesmo tempo, as ações da gestão de assistência farmacêutica apresenta índices de satisfação tal elevados pelos gestores, a exemplo dos 81% de satisfação apontados na tabela 7, dentre outros na mesma tabela constantes? Das duas uma: ou se tem aí um ‘olhar romântico’ no sentido de não se valorizar a realidade, ou se tem ‘um olhar cego’, no sentido de, tecnicamente, haver uma insuficiência de formação dos gestores para lidar com os processos gerencias a que são expostos.

No que concerne à política de assistência farmacêutica da rede pública do município, os gestores, uma vez mais, demonstram uma percepção bastante positiva: eles apresentam um percentual médio acima de 60% de concordância acerca da política de assistência farmacêutica do município.

Diante desse quadro filtrado a partir da percepção dos gestores acerca da Gestão de Farmácia do município, podemos dizer que o nosso objetivo geral – verificar como os gestores públicos do município de Atalaia têm realizado a gestão de farmácias – e um dos específicos – analisar a situação do gestor público no que concerne à compreensão e à lida com a Gestão de Farmácia no município – foram atingidos, uma vez que a pesquisa nos possibilitou melhor compreender esses processos, quer do ponto de vista teórico, quer empírico. Antes de passarmos para a avaliação dos profissionais das equipes multiprofissionais, fazem-se necessários alguns esclarecimentos: como já dito anteriormente, no geral os gestores públicos – e isso é uma realidade brasileira – não fazem parte do corpo de

funcionários efetivos do município. Isso importantes influências nas políticas públicas, sobretudo, no que diz respeito à continuidade de qualquer trabalho sério que se venha desenvolvendo. Basta a mudança de um secretário de saúde, prefeito ou qualquer outro gestor, que toda uma equipe de trabalho é mudada, que os trabalhos e serviços são suspensos e ou descontinuados e, com isso, há um eterno recomeçar, com sérios prejuízos à população utente dos serviços públicos. Isso fere com qualquer princípio e ou modelo de gestão, mas é recorrente, sobretudo em municípios brasileiro pequenos e em Atalaia não é diferente.

Conforme já se mencionou acima, os gestores parecem ter uma visão bastante positiva acerca das ações e políticas voltadas para a assistência farmacêutica, conseqüentemente, sobre o sua própria atuação em Atalaia. Os profissionais de saúde, por sua vez, avaliaram a *estrutura física, a assistência e o número de profissionais* no tocante ao serviço farmacêutico do ofertado pelo município de Atalaia. Sob a ótica deles, a estrutura física é tida como suficiente por 50,5% deles; a assistência, 53,3%, e número de profissionais, 85,6%, respectivamente.

A equipe multiprofissional também avaliou a participação do profissional farmacêutico junto à equipe de trabalho, tomando-se como base os seguintes aspectos: a contribuição desse profissional quanto às orientações farmacêuticas aos pacientes, contribuição para o uso racional de medicamentos e na não necessidade desse profissional na composição das equipes. Conforme a percepção dos profissionais, 86,1% defendem que a presença do profissional farmacêutico contribui para as orientações ao paciente, e 97,1% são favoráveis à ideia de que o uso racional de medicamentos depende da presença do profissional farmacêutico nas equipes multiprofissionais.

Por questão de lógica, os profissionais das equipes multiprofissionais são, em sua grande maioria, 94%, favoráveis à participação do profissional farmacêutico nas equipes de trabalho. Neste sentido, podemos dizer que a percepção dos profissionais entrevistados está em consonância com o que prevê Carneiro (2015), para quem os processos relacionados à saúde têm de envolver, necessariamente, a saúde, o trabalho e o trabalhador.

Apesar da existência de alguns percalços, sobretudo no que se refere a problemas de políticas no município de Atalaia, tais como mudança de prefeito e encerramento das atividades que estavam sendo desenvolvidas pelos gestores (que foram desvinculados), as atividades de gestão estavam sendo realizadas satisfatoriamente, conforme pode ser comprovado na avaliação dos sujeitos da pesquisa.

A avaliação dos profissionais em muitos aspectos corroboram a percepção, ao menos tangencialmente, já que foram avaliados itens diferentes, dos gestores acerca da Gestão de Farmácia, o que sugere unidade da equipe com a gestão, como, de fato, deve ser a fim de que se preste um serviço de qualidade à sociedade.

Buscando a melhoria na percepção da atuação dos profissionais da equipe multiprofissional e dos gestores na gestão da Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde do Município de Atalaia, Alagoas, campo dessa pesquisa, esse tipo de estudo, de caráter diagnóstico, contribui para a área de administração pública, especialmente no que concerne à gestão de farmácias, para possível identificação dos problemas favorecendo assim a aplicação de medidas corretivas e preventivas que possam garantir a eficiência de um serviço que representa uma das mais importantes áreas, a saúde. É válido salientar que a Carta Magna brasileira, a Constituição Federal de 1988, prevê o direito ao acesso universal e igualitário a todos os pacientes do SUS, o que inclui, obviamente, o acesso de qualidade a fármacos.

Sugere-se, então, que os governantes, no caso do município de Atalaia/Alagoas, entendam a importância do papel do profissional farmacêutico na gestão da Farmácia para desenvolver um serviço de saúde de excelência a fim de contribuir para melhoria da qualidade de vida da população.

Considerando a dinâmica dos processos políticos por que passam os municípios brasileiros, os resultados ora expostos são apenas um recorte de uma dada realidade. Uma simples troca de gestor, às vezes, muda todo o processo, pois nem sempre o gestor que assume uma nova secretaria assume também as políticas públicas, mesmo as que estão efetivamente funcionando, legadas pela gestão anterior. Neste sentido, pode-se inferir que nossa pesquisa é apenas um retrato de um momento político, o qual encontra-se, conforme resultados obtidos, em funcionamento adequado e mesmo satisfatório tanto do ponto de vista da Gestão, quanto, conseqüentemente, da prestação de serviços à população.

Assim, pode-se pensar este trabalho em duas direções: por um lado, ele apresenta importante contribuição para se avaliar processos de gestão de farmácias em serviços de saúde e, portanto, pode servir de instrumento de avaliação a ser aplicado em unidades distintas das de Atalaia, nosso município foco; por outro lado, ele apresenta limitações no que concerne a uma melhor “cobertura” perceptual e temporal dos serviços de Assistência Farmacêutica prestados no município de Atalaia. Por meio dos questionários respondidos, obtivemos dados dos gestores e dos profissionais de saúde envolvidos no processo, porém, percebemos que

seria interessante “ouvir” a população que é parte beneficiada ou prejudicada nesse processo todo, ou seja, de que forma a população percebe a prestação de serviços de farmácia ofertada pelo poder público municipal. Quanto ao aspecto temporal, como já dito acima, a dinâmica da gestão sempre vai refletir na prestação dos serviços aos usuários do sistema. Assim, a limitação que se nos apresenta é em função de um recorte de tempo em que uma equipe específica estava em atuação. Se o trabalho for realizado agora, em 2015, certamente seriam obtidos outros resultados, uma vez que a equipe de gestores mudou, em função de processos políticos.

Num e noutro caso, em verdade, enxergamos possibilidades de outros estudos, o que possibilita ampliação da área em termos empíricos e teóricos. Não tivemos a pretensão de esgotar o tema numa dissertação de mestrado: muito há a ser dito ainda sobre a Assistência Farmacêutica em termos gerais e, também, em cada município brasileiro em particular.

## BIBLIOGRAFIA

---

ALDAY, Hernan E. Contreras. **Estratégias Empresariais**. Coleção Gestão Empresarial. 2000. Disponível em:

<<http://www.unifae.br/publicacoes/pdf/empresarial/2.pdf>>. Acesso dia 20 março. 2014.

ALVES, A.F.; COSTA, A. C.; FIGUEIRA, S.A.; MONTEIRO, M.A. **Planejamento Estratégico como ferramenta de gestão para organização e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde**. 2004.

ANDRADE, Marcieni Ataíde de; SILVA, Marcos Valério Santos da; FREITAS, Osvaldo de. **Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos**. 2003. Disponível em:

[http://www.fasi.edu.br/files/biblioteca/Assistencia\\_farmaceutica\\_como\\_estrategia.pdf](http://www.fasi.edu.br/files/biblioteca/Assistencia_farmaceutica_como_estrategia.pdf). Acesso dia 15, jun, 2014.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; PEREIRA, Leonardo Régis Leira; UETA, Julieta Mieko; FREITAS, Osvaldo de. **Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup):611-617, 2008.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; FREITAS, Osvaldo de. **Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança**. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* vol. 42, n. 1, jan./mar., 2006.

ARTMANN, Elizabeth. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. 1997. Disponível em:<<http://www6.ensp.fiocruz.br/multissetorial.pdf>>. Acesso dia 15 de março 2014.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SERVIÇO PÚBLICO: cartilha para gestores municipais. Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná Curitiba, 2013

AUREA, Adriana Pacheco; et al. **Programas de assistência farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência**, 2005-2008. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para discussão. Brasília, agosto de 2011.

AURELIO, O mini dicionário da língua portuguesa. 4ª ed rev. E amp. Rio de Janeiro, 2002

BARBOSA, Diana Martins. **Atribuições do farmacêutico na atenção primária à saúde**. Faculdade de Farmácia. Belo Horizonte. MG. 2009.

BARRETO, Joslene Lacerda; GUIMARAES, Maria do Carmo Lessa. **Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.6, pp. 1207-1220. ISSN 0102-311X.

BERGSTEN-MENDES, Gun. **Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup):569-577, 2008.

BERNARDI, Carmen L. B. De; BIEBERBACH, Emily Wagner; THOMÉ, Henrique Inácio. **Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.** Saúde e Sociedade v.15, n.1, p.73-83, jan-abr 2006.

BONDARIK, Roberto; CARVALHO, Hélio P. de; PILATTI, Luiz Alberto. **HISTÓRIA EMPRESARIAL: Uma ferramenta para a gestão do conhecimento nas organizações empresariais.** IX Simpósio Internacional Processo Civil. Ponta Grossa. 2002.

BORBA, Valdir Ribeiro. **Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: Instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/ 2004.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2011.

BRASIL. **Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo.**

Farmácia. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo:

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2013. Disponível em:

<file:///C:/Users/palmira/Downloads/assistncia%20farmaceutica%20municipal\_web\_2013%203.pdf>. Acesso dia 20 mar. 2014.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Código de Ética Farmacêutica.** Brasília: Resolução 417 de setembro de 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol\\_cns338.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf)>. Acesso dia 20 mar. 2014.

CORDEIRO, José Vicente B. de Mello; RIBEIRO, Renato Vieira. **Gestão da Empresa.** Coleção Gestão Empresarial. 2000. Disponível em:

- < <http://www.unifae.br/publicacoes/pdf/gestao/empresarial.pdf>>. Acesso dia 5 abril 2014.
- CARNEIRO, Carla Cabral Gomes; MARTINS, Maria Inês Carsalade. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 45-66, abr. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000100045&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100045&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 abr. 2015. Epub 16-Dez-2014.
- CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro e; SANTOS Carmen Lieta Ressurreição dos; CARNEIRO NETO, José nunes. **Sistema Único de Saúde: utopia ou realidade?** Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep • 22(2) 37-43 • jul.dez. 2012.
- COSTA, Ana Cláudia; NOGUEIRA, Pamella Tacchi; MAFRA, Simone Caldas Tavares. **Aplicação da escala Likert na análise da funcionalidade em cozinhas residenciais**. IV Workshop de Análise Ergonômica Do Trabalho – UFV. I Encontro Mineiro de Estudos em Ergonomia. Viçosa. MG. 2009.
- COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SALAZAR, Pedro Eugênio López; SANTOS, Jozemar Pereira dos. **Percepção de gestores de saúde sobre as mudanças no Sistema Único de Saúde**. Universidade de Exteemadura - Espanha. 2003.
- CRIBB, André Yves. **Artigo mudança cultural coletiva: o pré-requisito da inovação no Brasil**. Publicação Jornal da Ciência em 27/11/2007. Disponível em: <<http://www.jornaldaciencia.org.br/Detailhe.jsp?id=52580>>. Acesso dia 20 mar. 2014.
- CUNHA, Miguel Pina; REGO, Arménio; CUNHA, Rita Campos; CABRAL-CARDOSO, Carlos. **Manual de comportamento e gestão**. 6. ed. Revista e Atualizada.HR editora: 2007.
- DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.
- DIAS, Emerson de Paulo. Conceito de gestão e administração: uma revisão crítica. **Revista eletrônica de administração** – Facef – v. 1 ed. 1. Julho/dezembro 2002.
- FARAH JÚNIOR, Moisés Francisco. A empresa brasileira e os desafios da globalização: o papel da pesquisa científica na busca de novos modelos de gestão. **Rev. FAE**, Curitiba, v.2, n.2, maio/ago., 1999, p.33-40.
- FEITOSA, Francisco Pereira Júnior. **O Papel do Farmacêutico no Controle do Uso Racional de Antibióticos**. Crato-Ceará 2006. Disponível em: [www.esp.ce.gov.br/index.php](http://www.esp.ce.gov.br/index.php). Acesso dia 10 abril 2014
- FERREIRA, Francis Haime Giacomelli. **A evolução de uma ciência chamada Administração**. 2001. Documento adquirido na Biblioteca Temática do Empreendedor – Sebrae Disponível em: <http://www.bte.com.br>. Acesso dia 10 abril 2014.
- FERREIRA, Marlos José Queiroz. **Assistência farmacêutica pública: uma revisão de literatura**. Caruaru: M. J. Q. Ferreira, 2010.

FERREIRA, Victor Claudio Paradela; CARDOSO, Antônio Sameraro Rito; CORRÊA, Carlos José; FRANÇA, Celio Francisco. **Modelo de Gestão**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

FERREIRA, Rosilene Rocha; NOBREGA, Juliana Oliveira de Toledo. **Atuação do profissional farmacêutico na atenção básica de saúde**. 2012. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/8mostra/Artigos/pdf>>. Acesso dia 7 jun 2014.

FERNANDES, Francisco; LUFT, Celso Pedro; GUIMARÃES, F. Marques (org.). **Dicionário Brasileiro Globo**. 16. ed. -. Rio de Janeiro: Globo, 1990.

FIGUEIREDO, Luiz Carlos. **Organização empresarial fundamentos do modelo organizacional**. ETEC Antônio de Pádua Cardoso – Batatais – SP. ABRIL- 2011. Disponível em: <<http://www.eteapc.com.br/adm/arquivos/materiaisalunos/.pdf>>. Acesso dia 10 abril 2014.

FRAGA, Flávia Nunes da Rosa. **A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal**. Porto Alegre. 2005.

GIL, Antônio Carlos, **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GODOY, Valdir Alves de; ROSA, Marcelo Ribeiro; BARBOSA, Flávio Lecir. **O planejamento estratégico como ferramenta para a gestão educacional no processo decisório dentro das IES**. FACIMED. 2008.

HAFSI, Taïeb; MARTINET, Alain-Charles. **Estratégia e gestão estratégica das empresas: um olhar histórico e crítico**. RAC, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 1131-1158, Out./Dez. 2008.

HAMPTON, David R. **Administração, Teoria pratica e casos**. 3. ed. São Paulo: McGrw-Hill, 1983,1992.

HOLANDA, Aurelio Buarque. **Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 8. ed. 2. Nova Ortografia. Positivo: 2010

IVAMA, Adriana Mitsue. et al. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório 2001-2002**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002

IVAMA Adriana Mituse; MALDONATO, José Luis Miranda. (Orgs.). **Organização Mundial da Saúde: O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde: Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13 – 16 de dezembro de 1988 + O papel do farmacêutico: assistência farmacêutica de qualidade: Benefícios para os governos e a população: Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão: 31 de agosto – 3 de setembro de 1993 + Boas práticas em farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: Conselho Federal de Farmácia, 2004.

JERONIMO, E. B. **Avaliação dos efeitos do Curso de Qualificação de Gestores do SUS em Mato Grosso: percepção dos egressos**. Dissertação em formato de artigo - Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

LOPES. Sérgio. Organizações e Sociedade. **In Análise Social: ISCUL**. v. 8 1970.

MACEDO, LuisJoeci Jacques de; CARVALHO, Jonilson Barroso; COUTINHO, Helen Rita Menezes. **O gestor em saúde no setor público.**2008. Disponível em: <<http://dsau.dgp.eb.mil.br/pdf>>. Acesso da 15 março. 2014.

LUNA, S.M.M. **Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso.** Cáceres/MT: Editora UNEMAT. 2008. 134p.

MAINARDES, Emerson Wagner; FERREIRA, João; RAPOSO, Mário. **Conceitos de estratégia e gestão estratégica:** qual é o nível de conhecimento adquirido pelos estudantes de gestão? FACEF PESQUISA, Franca, v.14, n.3, p. 278-298, set./out./nov./dez. 2011.

MARIN, Nelly, et al (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARTINS, Leonardo de Paula. **O ciclo de assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde:** estudo qualitativo em um município do Estado de Santa Catarina. Rev. Bras. Farm., 89(3), 2008.

MARTINS, Leonardo de Paula; M, Patrício Z.; GALATO, Dayani. **O Ciclo de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde:** estudo qualitativo em um município do Estado de Santa Catarina. Rev. Bras. Farm., 89(3), 2008.

MATOS, Denise, PIRES, Eliane. **Teorias administrativas e organização do trabalho: detaylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3):508-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>>. Acesso dia 15 março 2014.

MENEGHELLI, Leocádio. **O ambiente das organizações na era da globalização.** 2000.

MERHY, Emerson Elias. **Planejamento como tecnologia de gestão:** tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. 1994. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/livros-02.pdf>>. Acesso dia 19 abril 2014.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Coord.) et al. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil.** Caminhos da Saúde Pública no Brasil. 2002.

MIRANDA, Ticiane de Aguiar Moutinho. **As mulheres executivas e seus estilos de gestão.** Rio de Janeiro: 2012. Disponível em: <[http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias\\_publicadas/G201118.pdf](http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/G201118.pdf)>. Acesso dia 15 abril 2014.

NUNES, Paulo. **Gestão: Conceito de Organizações.** 2005. Disponível em: [http://www.notapositiva.com/trab\\_professores/textos\\_apoio/gestao/03conc\\_organizacao.htm](http://www.notapositiva.com/trab_professores/textos_apoio/gestao/03conc_organizacao.htm). Acesso dia 10 abril 2014.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al . Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, jan. 1999. Disponível em

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 abr. 2015.

OLIVEIRA, Andrezza Beatriz et al. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** [online]. 2005, vol.41, n.4, pp. 409-413. ISSN 1516-9332.

OLIVEIRA, Eglúbia Andrade de; LABRA, Maria Eliana; BERMUDEZ, Jorge. **A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2379-2389, nov, 2006.

OLIVEIRA, Mary Jane Limeira de. **Assistência farmacêutica: a percepção dos gestores e profissionais de saúde em São Luiz. (MA).** Porto Alegre, 2004.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. **Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira. (Org.) **Qualificação de gestores do SUS.** / – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica. Proposta. Atenção farmacêutica no Brasil: “trilhando caminhos”.** Brasília: OPAS, 2002.

PAIVA, Sônia Maria Alves de; SILVEIRA, Cristiane Aparecida; GOMES, Elizabeth Laus Ribas; TESSUTO, Maísa Crivellini; SARTORI, Nely Regina. Teorias administrativas na saúde. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):311-6.

PASQUETTI, Carolina Vedana. **O Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico.** 2011. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/7mostra/Artigos/.pdf>>. Acesso dia 13 abril 2014.

PAULA. André Luís Lima. **Definição de gestão, administração e gerenciamento.** 2010. Disponível em: <<http://webinsider.com.br/2010/04/03/definicao-de-gestao-administracao-e-gerenciamento/>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

RICHARDSON, R.J., PERES, J.A.S., WANDERLEY, J.C.V., Correia, L.M., PERES, M.H. de M. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas. 2011.

SANTOS, Henriette dos et al. (Org.). **Caderno do aluno: qualificação de gestores do SUS.** 2. ed. rev. – Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2011.

SAVI, Luciane Anita. **Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde(sus): aspectos históricos, gerenciais e organizacionais.** Instituto Salus, maio-junho de 2011.

SCHMITZ, Selma; SOARES, Thayzi; FERNANDES, Nínive; DUARTE, Marcele; FERNANDES, Julio; BÜCHELE, Henrique; ANGULSKI, Nazareno Dalsasso. **O Planejamento como instrumento de gestão estratégica de Negócios**. 2009.

SILVA JUNIOR, Dilson Braz. **Assistência farmacêutica em município do estado de São Paulo: diagnóstico e perspectivas**. Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60137/tde-16012007-142838/pt-br.php>. Acesso dia 20 abril 2014.

SIQUEIRA, Oscar Graeff; MARTINS, Joel Luiz. **A aplicação de um modelo de gestão estratégica competitiva para uma rede de farmácias de pequeno porte: um estudo de caso**. 2007. Disponível em: [online.unisc.br/seer/index.php/cepe/article/download/1230/1151](http://online.unisc.br/seer/index.php/cepe/article/download/1230/1151)>. Acesso dia 13 abril 2014.

SOTOMAYOR, Ana Maria; RODRIGUES, Jorge; DUARTE, Manuela. **Princípios de gestão das organizações**. 1. ed. Rei Livros: 2013.

SOUZA, Sidnei Batista de; COSTA, Alexandre Marino; SILVA, Maria Luciana Biondo. **Assistência Farmacêutica e SUS: análise da gestão a partir da legislação brasileira e de revisão da literatura**. *Coleção Gestão da Saúde Pública – Volume 10*. 2013.

TAVARES, Geruza Rios Pessanha; CERUTTI, Alinne Alves Pessoa; FREITAS, Cláudia Schultz Corcino de; MOREIRA, Graziany Leite; MACHADO-DOS-SANTOS, Silvio César. **Planejamento estratégico como ferramenta para melhoria da gestão da assistência farmacêutica**. III Congresso Consad de Gestão Pública. 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/handle/123456789/393>>. Acesso dia 20 abril 2014.

TAVARES, Renata da Silva Cardoso Rocha; KAMIMURA, Quésia Postigo; ARAÚJO, Elvira Aparecida Simões de. **Análise da produção científica de artigos sobre gestão estratégica: um estudo bibliométrico**. VIII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia – 2011.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes. **Planejamento estratégico como ferramenta de competência na pequena empresa: desenvolvimento e avaliação de roteiro pratica para o processo de elaboração do planejamento**. 2002. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/.../Dissertacao\\_anaclaudia.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/.../Dissertacao_anaclaudia.pdf)>. Acesso dia 15 abril 2014.

TURNER, Suzanne. **Ferramentas de apoio à gestão: guia especial para o gestor de sucesso**. 1.ed. Monitor: 2010.

VEBER, Ana Paula. **Assistência farmacêutica e planejamento: limites e possibilidades em municípios catarinenses**, 2006. Florianópolis, 2008.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VENTURA, Palloma Fernandes Estanislau Vaz. **Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares**. Belo Horizonte: 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/>>. Acesso dia 15 abril 2014.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(1):213-220, 2007.

\_\_\_\_\_. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 27(2), 2010.

VIEIRA, Ana Magda Pinheiro; CRUZ, Ana Paula Freire; CUNHA, Valdenice Fernandes da. **Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde do município de parnamirim – RN**. Catusaba. Revista científica da Escola da saúde Universidade Potiguar. Ano 2, nº 1, out. 2012 / mar. 2013.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PARA GESTORES



### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “STRICTOSENSU” EM GESTÃO DE EMPRESAS

#### QUESTIONÁRIO

<b>Município:</b> _____
<b>Profissão:</b> _____
<b>Cargo:</b> _____
<b>Tempo de serviço na função:</b> _____ <b>Data:</b> ____/____/____

#### TÍTULO DA PESQUISA: GESTÃO DE FARMÁCIA EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ATALAIA NO ESTADO DE ALAGOAS

##### I-DADOS PESSOAIS

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.
3. Estado Civil:  
( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) União Estável
4. Escolaridade:  
( ) Ensino Fundamental Incompleto  
( ) Ensino Fundamental Completo  
( ) Ensino Médio Incompleto  
( ) Ensino Médio Completo  
( ) Superior Incompleto  
( ) Superior Completo  
( ) Especialização  
( ) Mestrado  
( ) Doutorado  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

5º Como você avalia as ações de gestão da Assistência Farmacêutica no Município de Atalaia?

	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Satisfatório				
2. Focado em resultados				
3. Eficiente				
4. Deixa a desejar				
5. Reduz os custos				
6. Aumenta a burocracia				
7. Promove uma melhor distribuição				
8. Profissionais capacitados				
9. Profissionais farmacêuticos suficientes				
10. Recursos financeiros insuficientes				

6º Quais as principais dificuldades encontradas para garantir a efetividade da Gestão de Farmácia nas Unidades de Saúde do município de Atalaia / AL?

	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Falta de capacitação para os funcionários				
2. Excessiva burocracia				
3. Pouca estrutura tecnológica				
4. Falta de um modelo de gestão definido				
5. Poucos recursos humanos				
6. Alta rotatividade de funcionários				
7. Deficiência na qualificação dos gestores				
8. Pouca estrutura física				
9. Recursos financeiros insuficientes				
10. Falta de interesse político				

7º Como você avalia a política de Assistência Farmacêutica na rede pública de Saúde no Município de Atalaia?

	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Satisfatório				
2. Focado nos resultados				
3. Eficiente				
4. Deixa a desejar				
5. Reduz os custos				
6. Aumenta a burocracia				
7. Promove uma melhor distribuição				
8. Determinante				
9. Indiferente				
10. Deficitário				

## APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
“STRICTO SENSU” EM GESTÃO DE  
EMPRESAS**

### QUESTIONÁRIO

#### GESTÃO DE FARMÁCIA EM UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ATALAIA/AL

#### INSTRUÇÕES

O questionário a seguir está estruturado em duas partes: a primeira com a identificação pessoal, a segunda composta por questões que nos darão subsídios para avaliar a percepção sobre a gestão de farmácia nas unidades de saúde com a equipe multiprofissional do Município de Atalaia/AL.

#### I-DADOS PESSOAIS

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.
3. Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) ( ) Divorciado ( ) União Estável
4. Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )  
Outros: \_\_\_\_\_.
5. Como você avalia a estrutura física da Assistência Farmacêutica no seu município?

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Suficiente				
2. Insuficiente				
3. Regular				
4. Não sei avaliar				

6. Como você avalia a Assistência Farmacêutica no seu município?

	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Suficiente				
2. Insuficiente				
3. Regular				
4. Não sei avaliar				

7. Na sua opinião qual a importância do profissional farmacêutico no atual modelo de gestão da ESF?

	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Suficiente				
2. Insuficiente				
3. Regular				
4. Não sei avaliar				

8. Quanto à participação do profissional farmacêutico junto à equipe multiprofissional, como você avalia:

	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Contribui quanto às orientações farmacêuticas ao paciente, uma vez que estas são de difícil acesso.				
2. Contribui para o uso racional do medicamento				
3. Não há necessidade de participação				
4. Não sei avaliar				

Obrigado por participar!!

**APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE E ESCLARECIDO  
(TCLE)**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
“STRICTOSENSU” EM GESTÃO DE  
EMPRESAS**

**TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_, declaro que vou participar por livre e espontânea vontade, da pesquisa intitulada “**Gestão de Farmácia em Unidades de Saúde Pública do Município de Atalaia no Estado de Alagoas**”. Esta pesquisa será realizada pelo mestrando Marcelo Oliveira da Silva sob a orientação do Professor Doutor António Augusto da Costa, para a Dissertação do Mestrado em Gestão de Empresas com concentração em Gestão de Unidades de Saúde pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – UHLT / Portugal.

Informo que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada livre de qualquer tipo de constrangimento ou coerção, de que a pesquisa acima declarada tem por objetivo Analisar o perfil das práticas gerenciais dos responsáveis pela **Gestão de Farmácia em Unidades de Saúde Pública do Município de Atalaia no Estado de Alagoas**.

Tenho assegurado o direito de receber respostas para todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa; assim como o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem que isto me cause prejuízos ou danos. Autorizo a divulgação dos dados coletados sem a exposição da minha identidade, mantendo minha privacidade em qualquer tipo de divulgação, oral ou por escrito, nos resultados da pesquisa.

Atalaia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Voluntário

## APÊNDICE IV – CARTA DE ANUÊNCIA



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
“STRICTOSENSU” EM GESTÃO DE  
EMPRESAS**

### CARTA DE ANUÊNCIA

Atalaia, 11 de agosto de 2014.

A Secretária Municipal de Saúde de Atalaia/AL

Assunto: Solicitação de Autorização

Solicitamos autorização para que a mestrando Marcelo Oliveira da Silva, do curso de Mestrado em Gestão de Empresas com concentração em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, sob a orientação do Professor Doutor António Augusto da Costa, desenvolva uma pesquisa para a construção da Dissertação de Mestrado intitulada “**Gestão de Farmácia em Unidades de Saúde Pública do Município de Atalaia no Estado de Alagoas**”, com o objetivo de Compreender de que maneira os Gestores Públicos de Saúde realizam a Gestão de Farmácia nas Unidades de Saúde junto com os profissionais de saúde que trabalham no município de Atalaia/AL.

Atenciosamente,

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT de Portugal

---

Mestrando Marcelo Oliveira da Silva

---

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO

De acordo com a Carta de Anuência acima autorizamos o feito solicitado a partir de \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_ .

---

Secretária Municipal de Saúde/AL