

ALEXANDRE CORREIA DOS SANTOS

**FERRAMENTAS DE GESTÃO EM SAÚDE: UMA
AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA
NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO ESTADO DE ALAGOAS**

Orientador: Professor Doutor António Augusto Teixeira da Costa

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

**Lisboa
2017**

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

ALEXANDRE CORREIA DOS SANTOS

**FERRAMENTAS DE GESTÃO EM SAÚDE: UMA
AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA
NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO ESTADO DE ALAGOAS**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Empresas no Curso de Mestrado em Gestão de Empresas, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 105/2018, de 26 de Março, com a seguinte composição:

Presidente : Prof^ª. Doutora Ana Cristina Freitas Brasão Amador; Vogais: Arguente Prof. Doutor Mário Fernando Carrilho Negas (Univ.Aberta); Orientador: Prof. Doutor António Augusto Teixeira da Costa.

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

**Lisboa
2017**

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Farmacêuticos, em todos os tempos e lugares, trazem mesmo lições de amor às pessoas. Aliás, para o farmacêutico, amar não é apenas o verbo transitivo direto que se aprende a conjugar, nas escolas. Amar é ação. A ação de servir, a qualquer hora de qualquer dia e em qualquer lugar. É cuidar, é promover a saúde, é salvar vidas.

(Carlos Drummond de Andrade)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força e sabedoria para lutar e alcançar os objetivos almejados, o fato de não ter nascido em berço de ouro, não foi impedimento ver riquezas na capacidade de transformar vida em presente e conquistas.

À minha família pelo apoio em todas as horas e por entender minha ausência.

A todos amigos de trabalho e profissão, pelo incentivo e apoio para enfrentar essa jornada durante tão extenso período

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

À minha coorientadora, Professora doutora Márcia Karina Silva Luiz, pela atenção e incentivo para seguir com determinação em busca dos objetivos propostos.

À minha amiga e colaboradora Professora Palmira Santa Rosas pelo apoio na reta final da pesquisa.

A todos os profissionais farmacêuticos do serviço público em Alagoas por terem aceitado a participado dessa realização e conclusão dessa pesquisa.

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

RESUMO

A Assistência Farmacêutica tem evoluído ao longo do tempo e exige uma reorganização nas práticas de gestão. Considerando a experiência profissional e atuando em tal área no Estado, constatou-se que a Assistência Farmacêutica que vem sendo desenvolvida em Alagoas tem apresentado algumas dificuldades. Tendo em vista que foi adotado, em nível nacional, um Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica como ferramenta de gestão, surge o questionamento: “Quais as principais dificuldades encontradas na efetiva implantação e utilização do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica como ferramenta de controle dos recursos financeiros investidos nos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos?” Para se responder ao questionamento inicial, definiu-se como objetivo o seguinte: avaliar os impactos da implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica no Estado de Alagoas como Ferramenta da Gestão. A fim de se alcançar a meta, optou-se por desenvolver como metodologia uma pesquisa em base qualitativa e quantitativa. Levando em conta os resultados obtidos após a pesquisa realizada com os 90 profissionais farmacêuticos do quadro efetivo dos distritos de saúde do Estado de Alagoas, foi possível constatar que a implantação do sistema HÓRUS no Estado tem contribuído para a adequada gestão do sistema farmacêutico, sobretudo no que se refere a uma melhor distribuição dos recursos financeiros para a aquisição dos medicamentos, atendendo uma maior quantidade de pessoas. Contudo, alguns problemas para a adequada implantação do sistema foram apontados pelos profissionais farmacêuticos entrevistados, dentre esses, cita-se o fato de o sistema não possuir uma aba com manual ou instruções – para resolver situações que ocorrem rotineiramente – e escassez de recursos humanos.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Gestão em Saúde; Hórus; Política de medicamento; Alagoas.

ABSTRACT

Pharmaceutical Assistance has evolved over time and requires a management practices organization. Whereas the professional experience and acting in such an area in Alagoas, it was found that the pharmaceutical assistance is being developed and has presented some difficulties. Observing what was adopted at national level of Pharmaceutical Care Management National System as a tool, arises the question: "Which is the main difficulty encountered in effective deployment and use the Pharmaceutical Care Management National System as a tool for control of financial resources invested in the acquisition process and medicines distribution?" To respond that question, was defined as an objective: assess the impact over Pharmaceutical Care Management National System in Alagoas as a management tool. In order to achieve the goal, we chose to develop as a methodology, a research based on qualitative and quantitative aspects. Taking into account that results obtained after survey conducted with 90 pharmaceutical professionals in effective framework in health districts in Alagoas, it was possible to verify that the deployment of the Horus System has contributed to the proper management system, especially in which refers a better distribution of financial resources for the medications acquisition, to reach greater amount of people. However, some problems about the system proper implementation were pointed out by the pharmaceutical professionals interviewed, among these, cites the fact that the system does not have a tab with instructions explaining how to handle that - to resolve situations that occur routinely - and shortage of human resources.

KeyWords: Farmaceutical Care – Health Management – Hórus – Medicine Politics – Alagoas.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

LISTA DE SIGLAS

AL – Alagoas
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AF – Assistência Farmacêutica
CAF – Centrais de Abastecimento Farmacêutico
CF – Constituição Federal
CEME – Central de Medicamento
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CMDE – Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
COORAF – Coordenação da Assistência Farmacêutica
DAF – Diretoria de Assistência Farmacêutica
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
CNMAF – Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAF – Planos de Assistência Farmacêutica
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNS – Política Nacional de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PES – Plano Estadual de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIS - Sistema de Informação em Saúde
SIFAB – Sistema Informatizado para Acompanhamento da Execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SISMEDEX – Sistema Informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento dos Medicamentos Excepcionais
SUS - Sistema único de saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
URM – Uso Racional de Medicamentos
HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. REFERENCIAL TEÓRICO	16
1.1 Gestão em saúde	16
1.2 Definição de gestão	17
1.2.1 Definição de gestão em saúde	22
1.2.2 O gestor em saúde	24
1.3 Gestão da assistência farmacêutica no Brasil	28
1.4 Ferramenta de gestão: HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica	31
2. GESTÃO FARMACÊUTICA	35
2.1 A política de medicamentos, assistência farmacêutica e o farmacêutico.....	35
2.2 Contexto histórico da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil.....	36
2.3 Antecedentes da política nacional de medicamentos	40
2.4 A política nacional de medicamentos	44
2.5 Assistência farmacêutica	50
2.6 Breve levantamento histórico da evolução da profissão farmacêutica	56
2.6.1 As Atribuições do Farmacêutico na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional da Assistência Farmacêutica	58
3. CAMINHOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO	61
3.1. Tipo da investigação	61
3.2 Instrumentos de coleta de dados	62
3.3 Universo da amostragem	65
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
4.1 Sujeitos e lócus da pesquisa: caracterização	68
4. 1.1 Sobre o lócus da pesquisa	68
4. 1.2 Sobre os sujeitos da pesquisa	70
4.2 Discussões dos resultados	78
4.3 Consolidação dos resultados	81
CONCLUSÕES	82
BIBLIOGRAFIA	87
APÊNDICES	95

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - O processo de gestão	19
Figura 02 - Ciclo da Assistência Farmacêutica	53
Figura 03 – Localização de Alagoas.....	68
Figura 04 – Microrregiões de Alagoas.....	69
Figura 05 – Distribuição por sexo dos farmacêuticos envolvidos na pesquisa.....	71
Figura 06 – Anos de serviço dos farmacêuticos envolvidos na pesquisa divididos por sexo.....	72
Figura 07 – Distribuição por sexo dos profissionais que possuem mais de 5 anos de atuação.....	72
Figura 08 – Perfil dos Municípios por habitantes.	72
Figura 09 – Distribuição dos municípios com menos de 10.000 habitantes e por região.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Os papéis do gestor	28
Tabela 02 – Diretrizes da PNM	46
Tabela 03 - Principais Medidas da PNM	47
Tabela 04 - Características da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.....	55
Tabela 05 – Funções dos Profissionais Farmacêutico.....	59
Tabela 06 – Distribuição do número de município participantes da pesquisa.....	65
Tabela 07 – Distribuição do perfil pessoal dos profissionais avaliados.....	66
Tabela 08 – Como avalia o HÓRUS em Alagoas.....	74
Tabela 09 – Principais ações que deveriam acompanhar o HÓRUS em Alagoas a fim de garantir a sua melhor eficiência.	75
Tabela 10 – Quais os impactos na gestão dos recursos com a implantação do HÓRUS.	76
Tabela 11 – Principais dificuldades encontradas na efetiva implantação e utilização do HÓRUS como ferramenta de gestão de aquisição e distribuição dos medicamentos.....	77

INTRODUÇÃO

Os modelos de saúde no mundo passam por profunda crise, determinada por uma conjuntura de fatores, dos quais se destacam: a) a medicalização na sua concepção do consumo de atos serviços médicos em busca de saúde, devido a sua banalização, a sua mercantilização; e b) a revolução tecnológica em curso, que vem oferecendo cada vez mais, novas alterações, porém sem necessariamente abandonar as anteriores e com custos crescentes (Neto, 2012).

Diante da crise na saúde vivenciado em muitos países, inclusive no Brasil, foi necessário adotar novas políticas que objetivam organizar o sistema de saúde pública. Contudo, essas constantes modificações nas Políticas Públicas de Saúde, entre outros fatores como a alta rotatividade dos gestores de saúde nos municípios e no estado, a precarização dos serviços e a falta de recursos vêm causando deficiência na execução das Políticas de Assistência Farmacêutica, principalmente no completo desenvolvimento do Ciclo da Assistência Farmacêutica e o uso racional dos medicamentos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Como foram várias mudanças na legislação referente às Políticas de Saúde e em especial a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a proposta deste estudo consiste em avaliar os impactos sobre a situação da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas, causados com a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), no controle, planejamento e na garantia do acesso e do uso racional do medicamento pela população.

A partir da experiência profissional do autor dessa pesquisa, observa-se que a Assistência Farmacêutica que vem sendo desenvolvida no Estado de Alagoas, tem encontrado dificuldades devido à escassez de recursos financeiros, humanos, qualificação da gestão e a deficiência no planejamento para garantir o acesso da população aos medicamentos.

Assim, surge o seguinte questionamento: quais as principais dificuldades encontradas na efetiva implantação e utilização do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica como ferramenta de controle e avaliação dos recursos investidos nos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos?

Tomando esse questionamento como ponto de partida para a investigação, este estudo tem por objetivo geral: Avaliar os impactos da Implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica no Estado de Alagoas como Ferramenta da Gestão e de controle dos

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

recursos financeiros investidos nos processos de gerenciamento do ciclo da Assistência Farmacêutica, principalmente no planejamento, aquisição, controle de estoque e distribuição dos medicamentos. A partir daí tem-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o Sistema Nacional de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica em Alagoas como ferramenta de gestão na evolução da prática farmacêutica;
- Identificar os impactos da gestão em saúde no que se refere a Assistência Farmacêutica e o uso da ferramenta de gestão Hórus;
- Analisar as dificuldades encontradas para efetivar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica nos Municípios do estado de Alagoas

Deste modo, a presente pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de avaliar os impactos da Implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica no Estado de Alagoas como Ferramenta da Gestão e de controle e avaliação dos recursos investidos nos processos de gerenciamento do ciclo da Assistência Farmacêutica, principalmente no planejamento, aquisição, controle de estoque e distribuição dos medicamentos.

Para atingir o objetivo pretendido, buscou-se trabalhos científicos acerca do tema em artigos acadêmicos, monografias, revistas, periódicos e livros disponíveis na internet, bem como obras impressas. Além da teoria, foi aplicado um questionário junto aos profissionais farmacêuticos do quadro da Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado de Alagoas, e dos responsáveis de cada município do Estado.

Na busca de políticas públicas na saúde que possibilite um atendimento de qualidade, o Brasil tem ao longo dos anos adotado várias mudanças na legislação, especialmente no que se refere à Assistência Farmacêutica. Em 1971, foi criada a Central de Medicamento (CEME), cujo objetivo era garantir o suprimento de medicamentos ao setor público e desenvolver a autonomia na produção de medicamentos, ela teve um relativo sucesso. Foi extinta em 1997, debaixo de denúncias de corrupção.

Em 1999, o Ministério da Saúde através da portaria MS/GM nº 176/99 promove a descentralização dos recursos destinados à aquisição de medicamentos voltados à atenção básica, colocando estados e municípios em um novo papel diante da questão da organização da Assistência Farmacêutica.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Em 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamento e Assistência Farmacêutica, realizada em Brasília, proporcionou consensos em vários encaminhamentos para as políticas de saúde no Brasil.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova a Resolução 338/04, definindo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica como: “Conjuntos de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional com a garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade” (Resolução CNS nº 338, 2004).

As ações e serviços de saúde são conferidos aos estados e municípios como instância concreta, por se entender que estes são espaços onde se pode obter maior proximidade entre o gestor de saúde e a população, logo, com melhores condições de planejar e gerenciar a assistência prestada à população. Na garantia de práticas de saúde mais condizentes com as necessidades locais, fundamental para a busca de um modelo que atenda às necessidades dos cidadãos com eficiência, racionalidade, responsabilidade e transparência (Brasil, 2001).

Neste sentido, acredita-se que em qualquer sistema de gestão, o planejamento tem um papel relevante e como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas. Um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias (Moraes, 1994).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação.

Contudo, nos últimos anos, observou-se um grande avanço no que se refere ao acesso e as possibilidades dos principais sistemas de informação em saúde disponíveis no Brasil. Uma parte desses avanços pode ser atribuída ao processo de implantação do SUS, que coloca a descentralização dos sistemas de informação como um dos mecanismos para o seu gerenciamento (Moraes, 1994).

A demanda por informações que pudessem subsidiar a tomada de decisões nos níveis federal, estadual e municipal funcionou como importante elemento de pressão para definir estratégias de implantação, adequação e disseminação dos diversos sistemas de saúde. Assim,

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

passaram a surgir uma demanda crescente por sistemas de informações para atender as necessidades cada vez mais específicas do setor saúde (Santa Catarina, 2010).

Em uma tentativa de estabelecer responsabilidades para as três esferas de gestão concernentes ao financiamento racional dos medicamentos aplicados nas ações estratégicas no nível da atenção básica e a necessidade dos Estados e Municípios elaborarem seus respectivos Planos de Assistência Farmacêutica (PAF), observando critérios que articulem as ações de assistência farmacêutica com aquelas desenvolvidas no âmbito da atenção à saúde.

O Ministério da Saúde determina através da Portaria nº 2.084/05 e 2099/06 que monitoramento da movimentação dos recursos destinados ao Financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica será feito pelo Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, através da alimentação do Sistema Informatizado para Acompanhamento da Execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB).

Devido a vários problemas operacionais e principalmente relacionados à gestão no tocante a transparência e na geração de informações, não houve uma concretização da implantação do SIFAB, levando o Ministério da Saúde através da portaria 3237/07 revogar as portarias que o instituíram e deixando o monitoramento por conta do Relatório de Gestão.

A Portaria nº 2.577/06, que aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, em seu Art. 3º estabelece o prazo de junho de 2007 para implantação de sistema informatizado para o gerenciamento técnico e operacional do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) (Brasil, 2006).

O Ministério da Saúde delegou a Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS) e ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a tarefa de produzir uma nova ferramenta que atendesse as diretrizes e considerações da Portaria. Surgindo assim o Sistema Informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento dos Medicamentos Excepcionais (SISMEDEX).

A garantia do acesso ao medicamento, o avanço do controle epidemiológico, a racionalização e a educação em saúde para promoção do uso correto de medicamentos são pontos chaves para a consolidação da Assistência Farmacêutica (Souza, 2007).

Juntamente com a pouca quantidade de indicadores, as questões anteriormente descritas são “marcos críticos” visíveis dentro de uma rede de saúde, que nos remete a necessidade do

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

avanço e qualificação nos serviços farmacêuticos para o desenvolvimento das ações em saúde e a promoção de uma atenção integral.

O Tribunal de Contas da União (TCU) através do Acórdão nº 1459/2011, determinar à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, com fulcro no art. 250, inciso II, do Regimento Interno do Tribunal de Contas da União, e com fundamento no art. 27, inciso X, do Decreto nº 7.135 de 2010 e art. 36 da Portaria nº 204 de 2007, que defina, em 120 (cento e vinte) dias, rol de informações mínimas sobre a gestão da assistência farmacêutica básica a serem encaminhadas obrigatoriamente pelos estados e municípios que não aderirem ao HÓRUS, além do fluxo e cronograma do envio dessas informações e induza, por meio de incentivo financeiro, a boa gestão nas ações relacionadas à assistência farmacêutica básica e à alimentação do HÓRUS pelos estados e municípios.

Atualmente, foi editada a Portaria GM nº 533, de 28 de março de 2012 que atualizou a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e que traz o HÓRUS como instrumento a ser disponibilizado para qualificar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Esse ponto merece uma atenção especial, uma vez que dará oportunidade de construir indicadores relacionados ao uso dos medicamentos e efetivação do Ciclo da Assistência Farmacêutica no país.

Assim, considerando o que foi relatado anteriormente, constata-se que as políticas de saúde no Brasil, especialmente no que se refere à Assistência Farmacêutica (AF) passou por inúmeras mudanças resultando em importantes conquistas. Entretanto, alguns pontos, especialmente os relacionados com a questão do financiamento, para estruturação da assistência farmacêutica, ainda precisam ser ajustados. O Estado de Alagoas tem investido muito mais do que deveria para garantir o acesso da população aos medicamentos, deixando de investir na estruturação da assistência farmacêutica, ao que diz respeito à contratação e valorização do profissional farmacêutico e organização do serviço, estrutura física das unidades de armazenamento e dispensação.

A fundamentação teórica deste estudo está centrada, basicamente, em duas áreas específicas que se integram no conjunto das ideias aqui apresentadas:

- a) Assistência Farmacêutica como 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 investigação, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

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 (Brasil, 2004).

- b) Gestão em Saúde como o conjunto de ações que visão a organização dos serviços de saúde com base no planejamento estratégico, utilizando-se dos sistemas de informação em saúde para promoverem a tomada de decisão, baseada em informações técnica e científica, garantindo a qualidade e a produtividade do atendimento, com redução de custos e maior governabilidade para as organizações de saúde (Malik, 2012).

Num primeiro momento evidencia-se nas publicações do Ministério da Saúde do Brasil e a Constituição Federal de 1998, publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS e de relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e de Medicamentos e Assistência Farmacêutica que trazem as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM), elaboram normas, protocolos e estratégias para assistência farmacêutica, financiamento, planejamento, e dentre outros, está os subsídios de fundamentação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

No segundo momento, a construção de um projeto neste campo vai necessitar rever desde a concepção epistemológica do termo, até sua aplicabilidade no contexto atual, buscou-se identificar nas literaturas utilizadas os conteúdos que oferecessem com propriedade a oportunidade de conhecer e entender os serviços de saúde. Para melhor compreensão do tema, optou-se por dividir esse estudo em cinco capítulos, sendo:

- a) o primeiro capítulo trata sobre a gestão em saúde, buscando nos teóricos esclarecimentos as definições para gestão em saúde, gestão estratégicas, gestão da assistência farmacêutica no Brasil o HÓRUS e as ferramentas de gestão em saúde, completando assim a fundamentação teórica.
- b) o segundo traz uma abordagem sobre a Política de Medicamentos e a Assistência Farmacêutica, buscando uma revisão nos antecedentes da Política de Medicamentos, a Assistência Farmacêutica e as atribuições do farmacêutico na Política Nacional de Medicamentos;
- c) no terceiro capítulo, passa-se a detalhar o estudo de campo que foi realizado junto aos profissionais farmacêuticos da Rede de Assistência Farmacêutica do Estado de Alagoas. Aborda-se a metodologia que foi empregada para desenvolver a pesquisa,

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

onde contará com os seguintes tópicos: o tipo da investigação; os sujeitos e *lócus* da investigação, caracterização dos instrumentos de coleta de dados e os procedimentos de análise de dados;

- d) o quarto capítulo traz a análise dos resultados da pesquisa; e
- e) o quinto mostra o debate entre o que foi apurado no estudo de caso com o que os teóricos dizem sobre o assunto, no tópico da discussão. Finalizando, apresentam-se as conclusões que aborda alguns aspectos que foram anotados após desenvolver esse estudo.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Gestão em saúde

A saúde coletiva no Brasil passou nas últimas décadas por inúmeras mudanças, especificamente depois da criação do SUS e determinação da Constituição Federal de 1988. O SUS deve garantir atendimento de saúde a toda a população brasileira. Assim para se adequar às exigências necessárias para que seja ofertado um sistema de saúde igualitário e atender de forma satisfatória as necessidades da população, busca-se encontrar novas formas de gerenciar, visto que um sistema de saúde que atenda a todos em um país como o Brasil de proporções enormes, tornando a gestão uma ação complexa e desafiadora (Valle *et al.*, 2010).

Apesar de se constituir um direito de todos os cidadãos brasileiros em ter um sistema de saúde integral e igualitário, na prática, a realidade é bem diferente. A gestão da saúde tem sido frequentemente criticada justamente por não cumprir com as determinações legais. Diariamente são vinculados nos meios de comunicação denúncias das péssimas condições de atendimento no SUS. São reclamações diversas, como por exemplo, falta de profissionais, unidades de saúde sucateadas, falta de medicamentos, dentre muitos outros (Santos & Amarante, 2010).

No Brasil, a expectativa e insatisfação da população com os serviços de saúde vêm crescendo, aparecendo como queixa ou problema número um. Em setembro de 2010, uma pesquisa envolvendo oito dos maiores estados brasileiros mostrou que a saúde é o principal problema, 32,8% na média dos estados, sendo 54% no Distrito Federal e 25% em Pernambuco. Em segundo lugar foi citada a segurança com 23,2%, em média, e, em terceiro lugar, a educação com 10%, em média. Em 2011, a saúde aparece novamente como principal problema com 52% de indicações (Lorenzetti *et al.*, 2014, p. 418).

Apesar dos dados de insatisfação com o sistema de saúde brasileiro, apresentados anteriormente não serem os resultados de uma avaliação técnica da eficiência e eficácia de saúde, é a opinião dos usuários que representam uma boa fonte para os envolvidos nas melhorias das práticas de saúde (Lorenzetti *et al.*, 2014).

Poderiam ser apontados alguns fatores que tem atrapalhado a efetivação do sistema de saúde integral, igualitário e de qualidade, contudo para este estudo importa analisar melhor os problemas relacionados com a gestão da saúde, visto que muitos especialistas tem enfatizado este como um dos mais graves problemas na administração do SUS (Rocha, 2005).

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

As críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados. No que tange a rede hospitalar brasileira, tem-se o diagnóstico da “existência de inúmeros estabelecimentos de saúde com grande fragilidade gerencial” e que estão longe de atender ao exigido para oferecer ‘uma assistência resolutiva, adequada e otimizada’, “no que se refere à qualidade dos serviços ofertados, ainda pouco se sabe” (Lorenzetti *et al.*, 2014, p.418).

Atualmente existe a necessidade de se fazer uma revisão no processo de administração dos serviços no sistema de saúde pública. Neste processo, “torna-se fundamental o desenvolvimento de técnicas gerenciais e de estruturas organizacionais apropriadas para o alcance dos objetivos e para o enfrentamento das mudanças aceleradas e do aumento de complexidade interna” (Furtado, 2007, p.14).

Assim, nesse capítulo pretende-se analisar os aspectos gerais da gestão em saúde especificando a gestão na área da AF e as ferramentas que estão disponibilizadas para essa gestão. Tendo em vista o atual sistema de saúde de acesso universal, descentralizado e integral exigir dos gestores uma gestão muito mais complexa e estabelecendo habilidades e qualificação contínua (Lacerda, Lopes & Barbosa, 2003).

1.2 Definição de gestão

O tema “gestão” vem ao longo do tempo mobilizando pessoas de diversas áreas da sociedade. “É um assunto polêmico que apresenta diversas opiniões, quer sejam na discussão de modelos, instrumentos, técnicas e práticas, ou no próprio perfil dos gestores e profissionais da área” (Tamada, Barreto & Cunha, 2013, p. 2).

Inicialmente, cabe salientar que em português as palavras ‘gerência e gestão’ são sinônimos. Gerência é ação de gerir; administração e gestão é a ação de gerir; de administrar, de governar ou de dirigir negócios públicos e/ou particulares. Sobre o assunto (Lacerda, Lopes & Barbosa, 2003, p. 87) salientam que em vários dicionários “gestão e administração podemos evidenciar que as duas palavras aparecem como sinônimos e que os dois termos gestão e administração referem-se ao ato de governar as pessoas, organizações e instituições”.

Contudo, os termos gerência e gestão foram diferenciados desde a edição da NOB-SUS 96, (Brasil, 1997) por esse documento:

[...] gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto,

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. [...].

No âmbito desse documento legal, a gerência poderá ser exercida tanto pelo setor privado quanto pelo setor público, enquanto a gestão é de exclusividade do setor público. Assim, a gerência é a administração de um determinado órgão da saúde e a gestão é a direção de um sistema (Brasil, 1997).

Na administração clássica Taylor e Fayol, considerados os pais da gerência científica, gerência é conceituada como: “[...] o ato de planejar, coordenar, controlar, avaliar e organizar. Essas são, até os dias atuais, as ações lembradas com mais frequência quando se pensa em sinônimos de gestão, de gerência” (Veber *et al.*, 2011, p. 17).

O modelo de gestão desenvolvido por Taylor e Fayol no final do século XIX e ainda usado atualmente, considera que há quatro funções da gestão que são: planejar, organizar, liderar e controlar. De acordo com (Sotomayor, Duarte & Rodrigues 2013, p.18):

A função planejar (ou processo de planificação) consiste na definição dos objetivos a atingir e na identificação da melhor forma de os alcançar. [...].

A função organizar (ou organizar, como também se pode designar) é o modo como a autoridade é distribuída na organização, como é que se repartem os recursos e o trabalho pelos membros da organização de modo que se possam atingir os objetivos da mesma. A forma com um empresa se encontra vai ditar a sua estrutura. [...].

A função liderar (ou liderança) designava-se, no passado, por função dirigir. A moderna concepção de função da gestão entende que se deve designar a função dirigir, por liderar, já que o fundamental é motivador e orientar os colaboradores da organização no desempenho das funções, para que as atinjam da forma mais eficaz possível. [...].

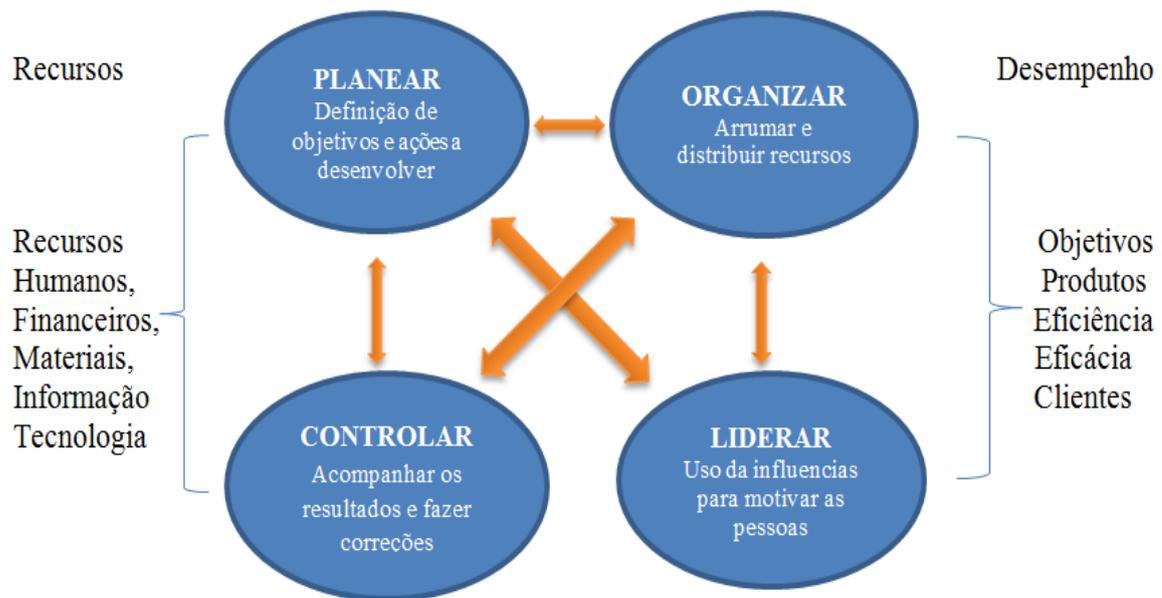
A função controlar ou somente controlo consiste na verificação do cumprimento não dos objetivos; é preciso verificar se os mesmos estão a ser atingidos, apurar os desvios e analisar as causas dos mesmos, para empreender ações corretivas. [...].

Os referidos autores salientam ainda, que a função ‘controlar’ significa constatar que a organização está cumprindo com os objetivos que foram estabelecidos. Esta função apresenta quatro elementos essenciais que são: estabelecer padrões de desempenhos; medir o desempenho atual da gestão; comparar o que estava previsto e o desempenho efetivo e a tomada de medidas corretivas (Sotomayor, Duarte & Rodrigues, 2013).

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Todas essas funções do processo de gestão, baseado no modelo desenvolvido por Taylor e Fayol no final do século XIX, não são estáticas interagem entre si. Segundo a figura abaixo, é possível relacionar todas as funções de gestão e a interação entre elas.

Figura 01- O processo de gestão



Fonte: Baseado em Sotomayor, Duarte & Rodrigues (2013, p. 24).

Como todas as áreas do conhecimento que passam por um processo de evolução, também a gestão passou por um processo evolutivo, onde o interesse pela gestão “foi acompanhando pelo evoluir dos conhecimentos desta área do saber, podendo-se identificar quatro fases distintas, a saber: o primado da experiência, aprender com os outros, definição dos princípios gerais e estudo científico da gestão” (Sotomayor, Duarte & Rodrigues, 2013, p.48). Segundo eles:

- a primeira fase do primado da experiência, foi o período onde se acreditava que a gestão deveria ser exercida por pessoas que já praticava, ou seja, a que possuía experiência na área nessa fase errava-se para poder aprender;
- a segunda fase da evolução da gestão, aprender com os outros as experiências eram passadas de geração a geração através de biografias, também não deu muito certo, pois a experiência era para determinada situação se utilizada em outro contexto não apresentava resultados favoráveis;

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

- a terceira fase, definição dos princípios gerais é a fase puramente teórica onde os princípios eram lançados, mas não testados, por isso também não apresentou resultados positivos, por último a fase dos estudos científicos da gestão, “esta parece ser a fase actual [SIC]. Recorre-se aos estudos da realidade que, através do método indutivo, produz teorias, as quais dão origem a modelos que nos permite fazer previsões e testá-las com a realidade factual [SIC]” (p.49); e
- a quarta fase salientada apresenta os fatores que melhor se faz necessário na atualidade, visto que a partir da realidade são realizados estudos que produzem teorias com modelos de gestão que se adequem às necessidades.

Ao longo do tempo, inúmeras teorias foram sendo desenvolvida para adequar a gestão às exigências do mercado. Nesse sentido, ainda de acordo com Sotomayor, Duarte & Rodrigues, (2013) são identificadas duas teorias, sendo a primeira como a teoria clássica da gestão constituída por três correntes, onde a primeira foi defendida por Frederic Taylor, ou seja, o ‘Taylorismo’ (organização científica do trabalho); a segunda corrente é a ‘teoria clássica’ das organizações defendida por Henry Fayol; e a terceira corrente é a ‘escola das relações humanas’, defendida por Elton Mayo.

Na segunda teoria estão as teorias contemporâneas que apresentam duas abordagens: a) a sistêmica, criada pelo biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy; e b) a abordagem contingencial. Nessa abordagem o comportamento das organizações depende das variáveis situacionais a que a mesma está sujeita.

Atualmente, após inúmeros avanços tecnológicos e principalmente com a consolidação da democracia, a definição de gestão ficou mais abrangente. Nesse contexto, “a gestão tem sido empregada como sinônimo de liderar, conduzir e ouvir” (Veber *et al.*, 2011, p. 17).

Apesar da existência de inúmeros debates na área acadêmica da administração, ainda não existe um consenso sobre a definição de gestão visto que se trata de um processo complexo que envolve muito conhecimento em diferentes campos disciplinares (Veber *et al.*, 2011).

O conceito de gestão é amplo, diversificado e por isto mesmo controvertido. Os conceitos existentes na literatura fundamentam-se em campos teóricos diversos e a polarização qualitativa encontra-se entre o campo da administração e o da ciência política (Guimarães *et al.*, 2004, p. 1.645).

Segundo os autores supracitados, a decisão é o elemento central do conceito de gestão e se revela por meio de três dimensões que são a organizacional, operacional e a sustentabilidade. A dimensão organizacional aponta quem e como se decide. A dimensão

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

operacional aponta as condições logísticas e gerenciais e a dimensão da sustentabilidade aponta a capacidade de sustentar resultados (Guimarães *et al.*, 2004).

Do ponto de vista de Junquillo (2001) e Reed (1995), a gestão deve ser idealizada como uma prática social. Nesse sentido, o conceito de gestão passa a ser entendido como uma prática social e que pode ser analisada em três perspectivas: a técnica, a política e a crítica.

A gestão técnica é vista como instrumento tecnológico neutro e racional objetivando o alcance de resultados coletivos, pré-estabelecidos e não atingíveis. A gestão política é como um processo social constituído de um sistema político prevalecendo pactos ajustados, pela composição de uma aliança de pessoas de uma determinada organização com interesses distintos. A gestão crítica é um mecanismo de controle social, ligada à necessidade de ordem econômica, impostos pelo capitalismo de produção.

Junquillo (2001, p. 307) salienta que a gestão pode ser definida “como uma configuração frouxamente integrada de práticas sociais dirigidas à junção de e controle sobre diversos”. Veber *et al.*, (2011, p. 19) definem gestão como:

[...] um processo técnico porque exige capacidade analítica com base em conhecimento científico. No caso da gestão da saúde, por exemplo, para se tomarem decisões é necessário utilizar informações referentes à situação de saúde e ao uso de medicamentos de uma determinada população, de forma sistematizada, atualizada e com base em métodos epidemiológicos e sociológicos. Da mesma forma, a gestão da saúde utiliza-se de tecnologias de planejamento, de suas técnicas e métodos, para análise da situação (diagnóstico), para identificação e priorização de problemas e para definição de nossa imagem-objetivo a ser alcançada.

De uma forma geral, não existe um consenso sobre a definição conceitual de gestão, mesmo com os permanentes debates sobre o assunto, o tema continua a ser polêmico e controverso, apresentando conceitos que ora se aproxima e se completam ora são completamente antagônicos. Entretanto, pode-se de acordo com o que foi anteriormente salientado definir gestão como a prática de fazer escolhas para desenvolver atividades que possam contribuir para atingir as metas e objetivos de determinada organização. A intenção é que essas práticas contribuam de forma efetiva para que a organização consiga obter vantagens competitivas.

1.2.1 Definição de gestão em saúde

Se definir gestão é um processo complexo e exige conhecimento técnico em diferentes campos disciplinares, quando o tema é levado para o campo da saúde a complexidade torna-se ainda maior. Isso porque as organizações de saúde envolvem inúmeros profissionais “[...], com capacitação e formação diferentes, mas que estão inseridos no modelo organizacional de base hierárquica constituída por especialidades e especialistas em diversos setores assistenciais, técnico e administrativo” (Santos, 2009, p. 5). Sobre a complexidade das organizações de saúde, acrescenta-se que:

[...] seus processos são padronizados por regras impostas pelo governo, compradoras de serviços e representantes de classe. A sua mão de obra é altamente especializada e qualificada. Diante disso estão presentes profissionais de diferentes áreas no mesmo ambiente de trabalho (médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc.) o que leva a entendimento de toda essa complexidade (Tamada, Barreto & Cunha, 2013, p. 3).

Os autores ainda apontam a necessidade de constantes e contínuas inovações nessa área de gestão de saúde, para resolver os inúmeros conflitos que surgem da complexidade das organizações de saúde visando manter-se competitiva no mercado.

Garantir a competitividade e a inovação contínua é um grande desafio para a gestão das organizações de saúde. Lidar com a diversidade de profissionais, que requerem certa autonomia, só é possível num ambiente que possibilite o diálogo e a negociação. Ao mesmo tempo em que se preocupam com suas carreiras profissionais, esses colaboradores devem ser envolvidos nos objetivos da organização (Tamada, Barreto & Cunha, 2013, p. 4).

Acrescenta-se também que a tomada de decisões na gestão da saúde deve “[...] utilizar informações referentes à situação de saúde e ao uso de medicamentos de uma determinada população, de forma sistematizada, atualizada e com base em métodos epidemiológicos e sociológicos. [...]” (Veber *et al.*, 2011, p. 19). Outro importante aspecto na gestão da saúde é a necessidade de utilização das tecnologias de planejamento, de suas técnicas e métodos, para análise da situação (diagnóstico), para identificação e priorização de problemas e para definição de nossa imagem-objetivo a ser alcançada.

Constata-se que são inúmeros os desafios para a gestão da saúde, visto que exige habilidades e qualificação contínua dos gestores que devem usar estratégia e planejamento no

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

sentido de atingir os objetivos propostos, frente às peculiaridades da saúde pública, tais como legislação e complexidade das organizações de saúde.

Apesar do grande avanço nas teorias de gestão ao longo do tempo a gestão em saúde continua fundamentada em métodos e estratégias tradicionais da teoria clássica da administração. O desafio é construir uma gestão onde o foco seja a participação de trabalhadores e usuários com práticas cooperativas e interdisciplinares (Lorenzetti *et al.*, 2014).

Corroborando com os autores supracitados, encontram-se os ensinamentos de Martins & Waclawovsky (2015, p. 101), os quais afirmam que o processo de gestão em saúde deve prever o planejamento, a distribuição dos poucos recursos financeiros, “[...], avaliação de desempenho e outras atividades básicas de administração, além de reuniões de equipe, padronização de procedimentos, coordenação, direção e controle”.

Com relação à necessidade de implantação de novos modelos de gestão de saúde, no sentido de melhor enfrentamento da complexidade e conseqüentemente das inúmeras dificuldades das organizações de saúde, algumas tendências na gestão em saúde, considerando que nesta área não há um modelo de gestão ideal, visto que, “as organizações de saúde devem levar em conta sua história, missão, visão e valores, assim como a cultura organizacional” (Tamada, Barreto & Cunha, 2013, p. 11), destacando a gestão da qualidade, a gestão estratégica e a gestão Participativa – Cogestão.

Em razão da complexidade das organizações de saúde, mesmo com inúmeros estudos, não existe um conceito consensual sobre a gestão em saúde. Alguns estudos têm utilizado o conceito tradicional de gestão, outros têm buscado definir de forma sintética a gestão em saúde. Entre os estudos que definem gestão de forma simplificado encontra-se o desenvolvido por Paiva *et al.* (2010), onde tem-se que a gestão em saúde é um instrumento essencial que possibilita as ações da atenção e assistência da saúde com qualidade atendendo às necessidades dos clientes.

A gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (Lorenzetti *et al.*, 2014, p. 418).

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

São inúmeras as etapas de caráter multidimensional que a gestão da saúde deve sobrepor. Por outro lado, vivemos em uma conjuntura de constantes mudanças, e é importante que as organizações de saúde adequem suas ações visando atender as novas demandas e acompanhar a transformação do modelo de atenção à saúde que tem sido implantado atualmente.

É nesse sentido de adequar as ações da gestão de saúde para as novas exigências do mercado que alguns estudos (Pedroso, 2010; Vecina Neto & Malik, 2012; Damázio, 2013) têm recomendando a utilização da gestão estratégica, considerando que ela possibilita direcionar e definir os caminhos a serem seguidos pelas organizações, além de avaliar se estes caminhos devem ou não continuar a ser seguidos (Damázio, 2013).

Um conjunto de análise e decisões que resultam na alocação de recursos e na realização de mudanças que apresentam importantes impactos no desempenho da organização. Essas mudanças ocorreram ao longo do tempo e têm o intuito de atender os objetivos estratégicos da organização e de seus *stakeholders* (Pedroso, 2010, p. 45).

Gestão estratégica é o “processo organizacional para identificar o futuro pretendido e desenvolver guias de decisões para alcançar esse futuro. Resultados do processo de planejamento estratégico e um plano ou estratégia” (Vecina Neto & Malik, 2012, p.116). Nessa concepção, Ginter (1998) incorpora liderança à gestão estratégica.

Diante do que foi anteriormente analisado, é possível entender que em razão da complexidade da gestão da saúde, por abranger diferentes campos do saber e estar em constante movimentação, não existe um consenso em sua definição. Contudo, no geral pode-se definir gestão em saúde como sendo um conjunto de medidas que utilizando de técnicas e métodos, constrói caminhos para encontrar soluções que possibilite atender as necessidades da população em suas várias demandas. Assim, a gestão da saúde deve escolher estratégias que possam encaminhar suas ações no sentido de alcançar os objetivos pretendidos através de uma constante reavaliação e redirecionamento dessas ações.

1.2.2 O gestor em saúde

No tópico anterior foi analisada a gestão em saúde e ficou constatado que se trata de procedimentos complexos e que exige habilidades e qualificação contínua do gestor e das demais pessoas envolvidas no processo de gestão. Assim, nessa parte do estudo cabe analisar

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

o papel do gestor em saúde como agente responsável da implantação das ações planejadas estrategicamente para atender as necessidades das organizações de saúde, ou seja, desenvolver a gestão de saúde (Macedo, Carvalho & Coutinho, 2008).

As inúmeras mudanças nas políticas públicas de saúde no Brasil, como por exemplo, a implantação do SUS em 1990 tem mudado as atividades dos gestores que devem desenvolver novas e mais aprimoradas formas de gestão em saúde. Os gestores nesse contexto devem desenvolver ações administrativas com funções de planejamento, organização, direção e controle (Lacerda, Lopes & Barbosa, 2003).

Nessa perspectiva de mudanças, o campo da gestão em saúde deveria exigir gestores experientes, competentes e habilidosos para gerir situações complexas e desenvolver ações que atendam às necessidades. “Requer também que os gestores atendam, com eficiência, as novas necessidades de saúde da população e assumam novas responsabilidades com a administração central e com a clientela” (Lacerda, Lopes & Barbosa, 2003, p. 81).

Gestor é qualquer pessoa responsável pelas quatro atividades principais do processo de gestão. E estão “classificados em vários modos, dos quais são considerados dois: pelo nível que ocupam na organização e pelo âmbito das atividades [Sic] organizacionais pelas quais são responsáveis” (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013, p. 24). Os gestores do nível que ocupam na organização podem ser divididos em cinco classes que são:

- gestores de primeira linha (são aqueles que dirigem diretamente os executantes, os supervisores, encarregados, chefes);
- gestores intermediários (estão entre os gestores de primeira linha e os gestores de topo, coordenando as atividades dos gestores de níveis mais baixos); Gestores do topo (são aqueles que compõem as organizações);
- gestores funcionais (são os responsáveis apenas por uma atividade específica da organização), e
- gestores gerais (aqueles que são responsáveis por todas as atividades de uma organização).

Ainda segundo os autores, são analisados os níveis e competências dos gestores. Em qualquer nível de gestão, os gestores devem liderar, organizar, planejar e controlar. O que vai diferenciar é a quantidade de tempo que cada um dedica a atividade de gestão. São três tipos de competências de gestão que os gestores devem desenvolver em suas atividades:

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

- a Competência Conceitual é a capacidade para aprender ideias gerais e abstratas e usar na prática; ver a organização como um todo, como interação e se completam em suas várias funções;
- a Competência em Relação Humana está relacionada com a capacidade do gestor em compreender, motivar, e envolver outras pessoas. Envolve a forma que o gestor tem para se comunicar, trabalhar e entender as atitudes das demais pessoas do grupo; e
- a Competência Técnica é a capacidade do gestor em usar os conhecimentos métodos ou técnicas específicas no seu trabalho concreto.

[...]. Embora as responsabilidades de gestão possam variar conforme a actividade [Sic.] e o tipo de organização, o objectivo [Sic.] final de um gestor com responsabilidades nas unidades de saúde e dos serviços sociais é sempre o mesmo – disponibilizar, aos que deles necessitem serviços de elevada qualidade. As actividades [Sic.] que os gestores desenvolvem no desempenho de suas funções tem muitas semelhanças, embora os contextos em que trabalham possam ser diferentes (Martin & Henderson, 2004, p.5).

Quanto às atividades dos gestores nas organizações de saúde, uma das primeiras atividades do gestor em saúde quando assumem essa função é procurar saber da cultura que é pregada no âmbito da organização. Contudo, pode se deparar com o primeiro obstáculo, ou seja, se deparar com uma instituição que se quer tem uma cultura organizacional identificável. Esse fato vai acarretar um dispêndio de tempo muito maior para o gestor na identificação dos possíveis entraves na administração dessa organização de saúde (Macedo, Carvalho & Coutinho 2008).

Uma das primeiras preocupações do gestor deve ser com o esclarecimento dos objetivos que lhes foram propostos e quais os meios que tem para atingi-los, visto que não é interessante pensar em realizar uma atividade se não for claro o que se pretende atingir (Martin & Henderson, 2004, p. 23).

De acordo com Sotomayor, Rodrigues & Duarte (2013, p. 30) a função desempenhada pelos gestores define-se: “[...] como sendo o padrão de comportamentos (ou expectativas) esperados de alguém (neste caso, o gestor) numa organização. [...]”. Ou seja, cada gestor desenvolve em sua função administrativa um conjunto de atividades que sejam inerentes a esta ação.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

[...] tipificou o trabalho do gestor em dez papéis. Todos os gestores tem autoridade formal sobre as suas unidades organizacionais e adquirem um status como consequência dessa autoridade. Este status faz com que os gestores se envolvam em relacionamentos interpessoais (papéis interpessoais) com subordinados, colegas e superiores hierárquicos, pessoas que por sua vez lhes dão a informação (papéis de informação) de que estes necessitam para tomar decisões (papéis de decisão) (Mintzberg, 1975 *apud* Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013, p. 30).

Segundo os autores supracitados, a **função interpessoal** se refere ao relacionamento do gestor com outras pessoas de sua equipe, buscando através destas atingir os objetivos determinados. Essa função assume três formas: a) representante, onde o gestor representa a organização em todos os aspectos internos ou externos; b) líder, cabendo ao gestor responder por todos os atos de sua equipe além de incentivar, motivar, comunicar e influenciar seus colaboradores; e c) elemento de ligação, que cabe ao gestor desenvolver contatos com seus colaboradores seja dentro ou fora da organização para atingir os objetivos.

Na **função de informação**, o gestor assume o papel de comunicador ou divulgador das informações se responsabilizando por criar uma rede de informação dentro da organização. O gestor pode assumir essa função de três formas: a) monitor, onde monitora a organização buscando as informações; b) disseminador, espalhar as informações que conseguiu recolher bem como se certificar que seu colaborador recebeu as informações que necessitam para cumprir seus objetivos; e c) o porta-voz, transmite as informações para outras pessoas de fora de suas unidades da organização (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013).

A **função de decisão** se refere à necessidade do gestor tomar decisões, podendo assumir o papel de empreendedor, árbitro, investidor ou negociador (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). No papel de empreendedor, o gestor deve adequar sua organização para as possíveis mudanças; no papel de árbitro, o gestor deve encontrar e implantar soluções para os problemas; no papel de investidor, deve captar os recursos e equilibrar as contas e buscar o desenvolvimento de ações para alcançar os objetivos; já no papel de negociador, o gestor passa a negociar com os autores internos e externos, pois é ele quem tem conhecimento e autoridade para essa função.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Tabela 01 - Os papéis do gestor

Papeis Interpessoais	Papeis de Informação	Papeis de Decisão
Como gerir através de pessoas. Destaca o indivíduo e a motivação. Ajudando o gestor a manter sua organização a funcionar bem.	Como o gestor recebe e comunica a informação. Destaca a informação	Como os gestores incorporam as informações nas suas decisões. Destaca a liderança e a tomada de decisões
<ul style="list-style-type: none"> • Representante, • Líder e • Elemento de Ligação 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor (piloto) • Disseminador • Porta voz 	<ul style="list-style-type: none"> • Empreendedor • Árbitro • Investidor • Negociador

Fonte: Sotomayor, Rodrigues & Duarte (2013)

A gestão em saúde envolve planejamento, organização, direção e controle dos serviços, e por essa razão exige cada vez mais diferentes competências dos gestores que se depara com inúmeras atividades e grandes dificuldades, sobretudo, no que se refere aos recursos financeiros.

No contexto atual, onde as mudanças ocorrem rapidamente em razão das constantes evoluções tecnológicas e da globalização mundial, as organizações de saúde passam por constantes adequações exigindo dos gestores não apenas a capacidade de implantação de “[...] políticas e novos modelos de atenção, mas requer que tenham também capacidade e competência para administrar graves problemas que se apresentam neste processo” (Martins & Waclawovsky, 2015, p. 101).

De modo semelhante aos apontados pelos autores supracitados André & Ciampone (2007) também consideram importante que os gestores apresentem competências para liderar e agregar valores competitivos, sobretudo, na utilização dos recursos financeiros e tecnológicos no sentido de atender a grande demanda que atualmente apresentam as organizações de saúde no Brasil.

Em que pese todas essas ponderações sobre a importância da gestão em saúde e consequentemente a essencialidade da função do gestor da saúde, cabe salientar a importância de sua formação continuada que deve permear a áreas administrativas e que a formação dos profissionais da saúde “deve ter uma abordagem interorganizacional, e abordar matérias como a motivação, a análise do trabalho, a gestão de equipes, a liderança de grupos e organizações, cultura e comportamento político das organizações” (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013, p. 36).

Diante da complexidade que se apresenta a gestão em saúde, os gestores devem desenvolver competências específicas, mas é necessário que os gestores busquem por uma educação continuada através dos inúmeros cursos de especialização em gestão para que possam

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

desenvolver a função de coordenar, gerenciar altas tecnologias, liderar, desenvolver estratégias que possam resolver problemas e atingir os objetivos propostos.

1.3 Gestão da assistência farmacêutica no Brasil

Desde a democratização da saúde pública no Brasil com a implantação do SUS, a criação da PNM e da PNAF que deram sustentação para a consolidação do SUS, a gestão da assistência farmacêutica tem sido prioridade nas ações governamentais. Entretanto, apesar dos esforços para priorizar a gestão da AF, os gestores ainda têm enfrentado inúmeras dificuldades, sobretudo porque a gestão da AF envolve diferentes atividades que demanda altos investimentos financeiros (Tavares *et al.*, 2009).

Outra dificuldade na gestão da AF está relacionada com a gestão das ações articuladas e sincronizadas das atividades que compõem o ciclo da AF: selecionar, programar, comprar, armazenar, distribuir e dispensar.

As atividades de programação, aquisição, armazenamento e distribuição são atividades gerenciais que exigem adequado planejamento. Essas atividades estão intrinsecamente relacionadas e exigem do farmacêutico, além do conhecimento técnico, o conhecimento de gestão de recursos financeiros, materiais e humanos (Blatt, Campos & Becker, 2011, p. 11).

Entre as diretrizes operacionais do pacto pela saúde estabelecidas em 2006 pelo Ministério da Saúde, ficou determinado que caberiam aos gestores otimizar os recursos financeiros na aquisição de medicamentos. Entretanto, apesar dos esforços dos gestores, as ações da AF desenvolvidas nas últimas décadas “foram centradas na aquisição e na distribuição de medicamentos sem a preocupação com a organização dos serviços e sem planejamento, até mesmo para guiar a oferta de medicamentos à população” (Souza, Porto & Lyra Júnior, 2011, p. 405).

Considerando que a gestão do medicamento é uma atribuição do farmacêutico no SUS, cabe a esse profissional planejar, coordenar e executar de forma eficaz através da gestão adequada como garantia da qualidade dos produtos e serviços em saúde. Nesse contexto, a gestão da AF deve ser entendida como “um processo dinâmico e contínuo de interação entre distintos saberes, recursos e pessoas, com díspares ideologias e compreensões de mundo e das necessidades que devem ser priorizadas. Não é, portanto, um processo sem conflitos” (Veber

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

et al., 2011, p. 20). Reforçando a ideia da complexidade da gestão da assistência farmacêutica e o difícil papel do farmacêutico nessa gestão:

Alguns farmacêuticos precisam assumir atividades gerenciais que envolvem a administração de recursos humanos e financeiros. Além disso, é comum ouvirmos a afirmação de que, em saúde, as necessidades são infinitas e os recursos são finitos. Partindo-se da premissa que os recursos financeiros são finitos, torna-se ainda mais importante a utilização dos recursos com maior eficiência (Blatt, Campos & Becker, 2011, p. 11).

Nessa perspectiva, de um processo complexo para a adequada gestão, a complexidade se dá pelo fato da AF abranger um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que devem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo como beneficiário maior, o paciente, e para isso é preciso o desenvolvimento dos serviços de vários fatores como estrutura, pessoas e tecnologias de um determinado contexto social. Por essa razão, a gestão da AF “necessita de uma organização de trabalho que amplie sua complexidade, de acordo com o nível de aperfeiçoamento das atividades e da qualidade impressa nos serviços realizados” (Marin *et al.*, 2003, p.54).

Tavares *et al.* (2009, p. 5) salientam a importância do planejamento para a gestão da AF no intuito de atingir um bom resultado e de acordo com esses autores:

Para alcançar um bom resultado de gestão, em especial na Assistência Farmacêutica é necessário construir um processo de planejamento. Que é um instrumento valioso para que tenhamos maiores possibilidades de sucesso quando realizamos intervenções para resolver determinadas situações problema. 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.

No mesmo sentido, Marin *et al.* (2003, p. 54) reforçam que na gestão da assistência farmacêutica o gestor deve “planejar, organizar, coordenar, acompanhar e avaliar o trabalho desenvolvido com racionalidade para que a AF atinja seus objetivos”. Cabe também a este profissional envolver os seus colaboradores “na organização e produção de serviços que atendam às necessidades da população, valorizando as habilidades existentes no corpo profissional e potencializando as suas contribuições.” Para que essas ações sejam realizadas com eficiência é importante que os gestores estejam habilitados e capacitados a gerenciar, do mesmo modo que devem conhecer e entender a realidade em que estão atuando.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

O planejamento é fundamental na gestão da assistência farmacêutica, visto que “se lida com insumos que mobilizam importantes recursos financeiros; [...]” (Tavares *et al.*, 2009, p.6) e uma gestão eficiente garante os bons resultados em saúde, bem como envolver e mobilizar diferentes recursos e atores

Constata-se que a gestão da AF apesar de ser uma atividade complexa, pode ser desenvolvida com eficiência quando ocorre o comprometimento do profissional com todos os aspectos que envolvem a gestão, desde o desenvolvimento de um planejamento eficiente desenvolvido de acordo com a realidade onde se vai atuar, até as constantes avaliações para redirecionar as ações no sentido de corrigir as ações que não surtiram efeitos satisfatórios.

1.4 Ferramenta de gestão: HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

Esse tópico trata de forma geral sobre a importância do HÓRUS para o desenvolvimento das ações à qualificação da gestão, pois é tida como um avanço tecnológico para a AF no SUS. Trata-se de uma ferramenta de informação que possibilita a monitoração e o controle dos processos de saúde, sobretudo no que se refere à assistência farmacêutica (Costa & Nascimento Júnior, 2012; Dias, 2013; Gomes, Santos & Serrano, 2013; Ramos, 2015).

Antes de iniciar uma análise mais detalhada do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus é necessário entender como se deu a necessidade para a criação desse sistema de informação. Para compreender o contexto da criação dos sistemas de informação tecnológicas da saúde é importante analisar os aspectos atuais do sistema de saúde implantado no Brasil.

No Brasil, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 que estabeleceu a saúde como um direito fundamental, garantido pelo Estado a todos os cidadãos, que políticas públicas e ações vêm sendo criadas para permitir que todos tenham acesso aos serviços e insumos de assistência à saúde. Para atender a legislação maior do país foi iniciada a implantação do SUS. Esse sistema de saúde descentralizou as ações e municipalizou a saúde dando maior autonomia aos gestores municipais (Ramos, 2015).

A implantação do SUS desencadeou o processo de descentralização política e administrativa, e a progressiva municipalização do sistema e desenvolvimento de organismos colegiados e controle social. Nesse contexto, “o modelo de gestão atual encontra-se numa fase de transformação, de mudanças, de conscientização e, principalmente, de um processo de

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

educação em saúde para a população e para os profissionais, que compõem o cenário atual” (Aarestrup & Tavares, 2008, p. 229).

Assim, dentro das novas exigências de políticas públicas que atendam as questões dos direitos fundamentais previstos na CF/88 da oferta da saúde igualitária, universal e ofertada pelo governo surge a necessidade de um novo processo de gestão apoiado “em processos gerenciais de autogestões, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários, e dirigidos colegiadamente pelo conjunto dos seus trabalhadores” (Aarestrup & Tavares, 2008, p. 229).

Sobre o assunto, Gomes & Santos (2013, p.531) acrescentam que:

O processo de gestão do trabalho em saúde exige, nos tempos atuais, que os programas e ações sigam padrões de base técnico/científica, sejam auditáveis, e primem pela celeridade nas respostas aos problemas de saúde. Assim sendo, a rede SUS capitaneada pelo Ministério da Saúde tem nos últimos anos buscado aperfeiçoar os processos de trabalho e gestão, e vem fomentando a implementação de mecanismos de monitoramento e controle dos processos em saúde.

Historicamente, o uso de indicadores de assistência à saúde e de assistência farmacêutica vem se ampliando desde as últimas décadas do século XX em todo o mundo. No Brasil, “esse crescimento vem sendo impulsionado pela dinâmica de expansão dos sistemas de serviços de saúde, pelas demandas de seus usuários, no setor governamental e privado, e pela introdução de políticas públicas de saúde” (Costa & Nascimento Júnior, 2012, p. 92).

A qualidade dos indicadores de saúde tem se apresentado como a solução para as práticas de gestão das políticas públicas na tomada de decisões. Outros fatores devem ser observados no que se refere à manutenção da qualidade dos indicadores tais como a necessidade de as tecnologias de saúde estar associadas às tecnologias de informação em saúde, traduzindo-se em indicadores que possibilite uma integração “com sistemas nacionais e internacionais de indicadores de saúde e assim favorecer a comparação com diferentes séries históricas” (Costa & Nascimento Júnior, 2012, p. 29).

Alguns estudos (Jorge, Laurenti & Gotlieb, 2010; Costa & Nascimento Júnior, 2012; Gomes, Santos & Serrano, 2013) têm enfatizado que historicamente a área de informação em saúde no Brasil foi baseada em ações técnicas e tecnológicas, de forma centralizada, verticalizada e com baixo grau de interlocução e automação. Nesse contexto, a política de

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

informação em saúde apresentava baixa eficácia já que era de caráter prescritivo, normativa, não participativa, segmentada segundo a lógica de programas específicos.

Esse fato “ocasionou pulverização e duplicação dos sistemas de informação em saúde e ausência de comunicação entre instâncias central, regionais e locais, restringindo assim o papel dos estados, municípios e representações da sociedade na tomada de decisões” (Costa & Nascimento Júnior, 2012, p. 92).

As mesmas dificuldades foram vivenciadas na área de AF no que se relaciona com um programa que possibilitasse o acesso ao consumo de medicamentos na rede pública de saúde. “Apesar das mudanças significativas ocorridas na informação em saúde com a criação do SUS) o campo das políticas farmacêuticas ainda demandava maior capilaridade para incorporar as iniciativas propostas” (Costa & Nascimento Júnior, 2012, p. 93). No mesmo sentido, Gomes & Santos (2013, p. 531) salientam que:

Com o desenvolvimento tecnológico no campo da informação e com a necessidade política e social de se estabelecer mecanismos de controle no campo da assistência farmacêutica, entre as diversas medidas de monitoramento dos processos de trabalho e uso de insumos pelo SUS destacamos o desenvolvimento no ano de 2009 do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus, que vem sendo gradualmente implementado nos estados da federação. A necessidade de um sistema computadorizado e que cubra o vasto aparelho de distribuição e dispensação de medicamentos é obviamente necessário em razão da grande demanda existente no SUS.

Assim, o Sistema HÓRUS foi desenvolvido tendo como principal objetivo atender os aspectos da gestão da AF no SUS, qualificando a gestão e os serviços nos três níveis de governo. Esse sistema abrange todos os componentes: básico, estratégico e especializado da assistência farmacêutica, “[...], além de buscar aprimorar as ações de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação, nessa modalidade de assistência à saúde” (Costa & Nascimento Júnior, 2012, p. 93).

Segundo Dias (2013, p.18), o DAF do Ministério da Saúde vem desde 2005, “desenvolvendo ações para o desenvolvimento e fornecimento de um *software* que contribuísse com a gestão da Assistência Farmacêutica.” Assim, em dezembro de 2009, no IV Fórum Nacional da Assistência Farmacêutica em Brasília, foi lançado o HÓRUS.

O Hórus é fornecido gratuitamente aos municípios e estados a partir da manifestação espontânea do gestor de saúde local. Este *software* foi desenvolvido em plataforma web, o que possibilita

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

a integração de informações gerenciais e assistenciais realizadas nas farmácias do SUS e nas centrais de abastecimento farmacêutico, no âmbito municipal e estadual, e é parte integrante da Base Nacional de dados das ações e serviços de assistência farmacêutica no SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 271/2012 (Dias, 2013, p.19).

Considerando o exposto, nota-se a evolução no processo de gestão da assistência farmacêutica a partir da criação do HÓRUS, visto que esse sistema possibilita recursos metodológicos capazes de gerar indicadores qualitativos e quantitativos contribuindo para organizar os elementos que compõem a gestão da AF (Ramos, 2015).

2. GESTÃO FARMACÊUTICA

2.1 A política de medicamentos, assistência farmacêutica e o farmacêutico

Um novo conceito de saúde foi formulado através do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 – CF/88. De acordo com esse dispositivo legal: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção e recuperação,” ou seja, a assistência à saúde deve ser ofertada pelo estado de forma universal, igualitário e integral.

O SUS, de acordo com a CF/88, art. 198, deve ser organizado de acordo com algumas diretrizes respeitando a regulamentação dada pelas Leis nº 8080, de 19/9/1990, e nº 8142, de 28/12/1990. Os princípios prioritários do SUS são: universalidade do direito à saúde, a integralidade da assistência à saúde e a equidade da diminuição das desigualdades na saúde.

O princípio da integralidade envolve inúmeras ações com o objetivo de promover a saúde, prevenir riscos, “e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde” (Teixeira, 2011, p.6).

É no princípio da integralidade que o SUS inclui a assistência farmacêutica, como prevista no art. Art. 6º, inciso I, alínea “d” da Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. De acordo com esse dispositivo “estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS: a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. Sobre o assunto, Trindade (2012, p. 7) salienta que:

A saúde como dever e responsabilidade do Estado, financiado por um sistema público não contributivo permitiu declarar a universalidade e a integralidade como princípios encaminhadores de nossa política de saúde implantando diferentes estratégias como a Assistência Farmacêutica (AF) que trabalha com a responsabilidade de disponibilizar para sociedade os medicamentos essenciais.

Diante da necessidade de descentralizar as ações da assistência farmacêutica, foi criado através da Portaria GM nº 3.916, de 30/10/98 a Política de Medicamentos. Essa política representa um importante avanço no que se refere à regulamentação do setor farmacêutico,

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

especialmente na efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde da população (Alencar *et al.*, 2011).

Um dos mais importantes desafios enfrentados pelos gestores e profissionais do SUS, é justamente a estruturação da Assistência Farmacêutica que engloba várias ações, demanda alto custo financeiro e necessita que sejam encontradas novas estratégias de gestão e conseqüentemente a busca por um constante aperfeiçoamento por parte dos gestores (Brasil, 2007).

Apesar de ter atingido importantes avanços, desde a implantação do SUS, a assistência farmacêutica ainda continua em processo de estruturação, em razão das inúmeras dificuldades que existem para a sua estruturação. Sobre o assunto temos:

A assistência farmacêutica ainda não está consolidada como política pública. Muitos são os problemas, advindos da fragilidade das suas bases legais, do financiamento insuficiente e sem garantias de sustentabilidade, do relevante caráter político do medicamento, do uso irracional, da medicalização da sociedade brasileira, da complexidade do mercado farmacêutico, da introdução constante de novas tecnologias, da ineficiência dos processos dos sistemas de gestão e de suprimento de medicamentos, da apropriação insuficiente dos conceitos técnico, da sua judicialização, do aparecimento de novas epidemias, do aumento de enfermidades crônicas, da manutenção de altos índices de intoxicação por medicamentos, dentre outros (Rieck, 2008, p.1).

Para entender melhor as dificuldades que persistem na estruturação da assistência farmacêutica atualmente, especialmente no que se refere às dificuldades de sua gestão, é pertinente que seja realizado uma retrospectiva histórica da evolução da saúde pública no Brasil, e na sequência analisar os aspectos que antecederam a implantação da Política de Medicamentos, a assistência farmacêutica e as atribuições do farmacêutico na política nacional de medicamentos.

2.2 Contexto histórico da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil

Atualmente, inúmeros estudos têm enfatizado que a saúde pública no Brasil tem alcançado importantes avanços, no que se refere à oferta de uma saúde que busque a universalidade, a equidade e integralidade da atenção à saúde da população, princípios previstos no SUS (Paula *et al.*, 2009; Portela *et al.*, 2010; Pasquetti & Junges, 2011). A conjuntura que propiciou esses avanços na saúde pública ocorre a partir da promulgação da CF/88, que trouxe

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

as diretrizes que guiaram a construção do SUS em 1990 e reconheceu pela primeira vez a saúde como um direito subjetivo. Portanto, cabe ao Estado garantir o acesso universal aos bens e serviços de saúde.

Esses avanços na saúde conquistados a partir da CF/88, só foram possíveis porque no início da década de 80 iniciou um movimento composto por profissionais ligados à área da saúde, que sugeria mudanças e transformações nas políticas de saúde pública, tendo como pressuposto que a saúde constitui um direito do ser humano. “Nesse sentido, o conceito de saúde passa a ser ampliado introduzindo-se a questão do direito social, possibilitando, aos usuários do SUS, o exercício da cidadania” (PAULA *et al.*, 2009, p. 1.112).

Porém, apesar dos avanços constatados no âmbito das políticas públicas para uma saúde igualitária, universal e de qualidade, muitos problemas e dificuldades persistem ainda no século XXI. Para entender melhor quais são as causas desses problemas se faz necessário analisar de forma sucinta como as demandas de saúde eram atendidas até chegar aos avanços determinados pela CF/88 (Costa Júnior & Costa, 2013).

Por muito tempo a saúde pública atendeu aos interesses econômicos e a situações circunstanciais. Sobre o assunto, Silva (1996, p. 1) salienta que:

A política de saúde no Brasil, ao longo dos anos, caracterizou-se por ser um eficaz instrumento de controle político e social do Estado sobre a classe trabalhadora formal. Objetivando, entre outras medidas, dar suporte à implantação do sistema produtivo nacional, o seu desenvolvimento tem sido direcionado para relativizar as contradições inerentes ao próprio sistema, contribuindo, dessa forma, para minimizar os efeitos nocivos das atividades econômicas sobre a sociedade industrial contemporânea.

Historicamente, as políticas de saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas como parte integrante da evolução das políticas sociais e do sistema econômico do país. O processo capitalista vem ao longo do tempo interferindo no processo evolutivo das ações governamentais na efetivação das políticas de saúde pública. Assim, por muito tempo a saúde não fez parte das políticas do estado brasileiro, “[...] tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde” (Polignano, 1999, p.2).

No mesmo sentido, Piola & Vianna (2009, p.1) acrescentam que:

A saúde permaneceu, ao longo da história brasileira, fora da agenda da sociedade e do governo. Na maior parte desse tempo, a questão sanitária se manteve circunscrita à corporação médica

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

e as entidades religiosas. A presença do Estado só era percebida episodicamente como, por exemplo, no caso de epidemias e de catástrofes naturais. No cotidiano, cada família, na medida de suas possibilidades, cuidava dos seus. Aos desvalidos restava a caridade, em geral conduzida por instituições de caráter religioso, como as santas casas.

Assim, a saúde pública do Brasil tem funcionado de acordo com a época histórica estando ligados os movimentos políticos, sociais e econômicos, organizando-se de acordo com as necessidades que a oportunidade exige. Por exemplo, até a década de 1930 a assistência à saúde ofertada pelo Estado se limitava às ações de saneamento e combate às endemias (Polignano, 1999).

É a partir de 1930, na Era Vargas (1930 a 1945) que as ações do governo se voltam para a assistência médica individual estando o Estado responsável pela saúde dos trabalhadores. Foi também nesse período que a legislação demarcou a diferença entre previdência e assistência social, que antes não havia além de estipular limites orçamentários para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica (Costa, 2011).

A assistência à saúde no Brasil ficou até 1960, direcionada por duas vertentes opostas: a) uma preocupada em controlar as doenças em escala social, a vertente epidemiológica; e b) outra buscava a recuperação da saúde dos trabalhadores, a vertente clínica. Contudo, para serem atendidos os trabalhadores precisavam fazer parte do sistema previdenciário. Essa dualidade nas políticas públicas de saúde existente até 1960 é o modelo médico-sanitário (Borges, 2002).

Em 1964, o regime político do Brasil sofreu alteração com a intervenção do exército instalando a ditadura militar. Nesse período, a intervenção do poder público na área social foi desenvolvida com base no perfil puramente técnico-burocrático buscando assim a implantação do Estado de Bem-Estar no Brasil. Assim, foram criadas políticas de intervenção social de caráter fragmentado e seletivo (Silva, 1996),

[...], o governo militar, com concentração de autoridade decisória, fez suas principais alianças e investimentos com instancias privadas do País. Houve baixíssimos investimentos, nessa época, no que diz respeito à Saúde Pública. A valorização estava centrada na aquisição de tecnologias de ponta, tornando a intervenção em saúde altamente especializada, medicalizada, curativa, individualizada e, portanto, elitista (Borges, 2002, p. 2).

Em 1985, por pressões populares através do movimento Diretas Já, Tancredo Neves é eleito presidente do Brasil pondo fim ao regime militar. Nesse novo contexto político, surgiram inúmeros movimentos sociais que exigiam os direitos e os valores da democracia e da cidadania

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

brasileira. Todos esses fatos ocorreram juntamente com a eleição da Assembleia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988 (Polignano, 1999).

A partir da promulgação da CF/88 inúmeras mudanças foram sendo introduzidas, especialmente no que se refere à saúde pública. O antigo sistema de saúde que se caracterizou, durante toda a ditadura militar, pela exclusão, segmentação, hegemonia privada na oferta e ênfase nas ações de recuperação da saúde, foi substituído por um sistema de saúde “voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania” (Polignano, 1999, p. 22). O SUS foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080.

A institucionalização do SUS na Constituição Federal de 1988, legitimando as diretrizes de comando único por esfera de governo; descentralização de ações e serviços; equidade e integralidade no atendimento; e, participação social, consolidaram as aspirações e lutas do Movimento de Reforma Sanitária que se desenvolveu lentamente no país e amadureceu em intensas discussões levadas à efeito nos anos 80 (Silva, 1996, p. 6).

Como visto anteriormente, por muito tempo a saúde pública brasileira foi desenvolvida de forma elitista voltada para interesses políticos e econômicos, deixando a grande massa desfavorecida desamparados no que se refere à assistência de saúde de qualidade e universal. Com a implantação do SUS, surge pela primeira vez no país “uma ferramenta legítima e garantida em lei para a construção de uma saúde digna, humana, eficaz e universal” (Borges, 2002, p. 9).

Inúmeros estudos salientam que a implantação do SUS tem alcançado importante progresso no setor público ofertando, um atendimento com a qualidade (Polignano, 1999; Borges, 2002; Ferreira, 2010; Costa Júnior, 2013; Moraes, 2013). Costa Júnior, (2013, p.3) vai mais além e afirma que o “SUS ainda é um dos sistemas mais avançados, quando comparado com outros sistemas únicos de saúde do mundo.”

O SUS apesar de um sistema relativamente novo, “tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira” (Moraes, 2013, p. 31). Contudo, Moraes (2013), salienta que igual a outras políticas públicas, o SUS tem apresentado problemas que necessita ser melhor dimensionado, principalmente quanto ao montante de recursos destinados ao sistema.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Apesar de grandes avanços alcançados pelo SUS quanto à universalização da saúde, ainda ocorrem problemas que devem ser enfrentados para que o SUS se consolide como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a sociedade. Moraes (2013) ressalta que entre os desafios que deve ser enfrentado está a consolidação da política de AF, pois sendo parte integrante do sistema de saúde ela é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde.

Nesse contexto é possível afirmar que a implementação da AF representa um dos grandes desafios enfrentados pelos gestores e profissionais do SUS, visto que possui complexas ações e necessita de grandes investimentos financeiros em razão das inúmeras demandas por medicamentos que existe atualmente.

2.3 Antecedentes da política nacional de medicamentos

Como foi anteriormente salientado, a partir dos anos 80 a saúde pública no Brasil ganhou nova configuração. Nessa década inúmeros movimentos foram realizados exigindo políticas que tornassem a saúde pública mais igualitária visto que a saúde constitui um direito do ser humano, e um dever do estado. Em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, o movimento da reforma sanitária ganha a força de profissionais ligados à área da saúde, usuários, políticos e lideranças populares, na luta pela reestruturação do nosso sistema de saúde (Paula *et al.*, 2009).

Nesse contexto de reivindicações, a Constituição de 1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do estado e cria o SUS com a finalidade de modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população.

Mais do que oferecer a medicina curativa, ele se propõe a promover a saúde, com prioridade para as ações preventivas e democratização das informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (Filardi, 2014, p.7).

Os avanços na melhoria das políticas buscando uma saúde Universal, igual e integral vem se concretizando nas últimas décadas. A saúde integral garante o acesso aos medicamentos, que diante do progresso tecnológico tornaram-se mais eficientes e eficazes sendo indispensáveis na contribuição para o aumento da qualidade e da expectativa de vida da população. Os medicamentos sendo indispensáveis na qualidade da assistência a saúde, garantir

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

o acesso a eles e ao seu uso racional é uma responsabilidade da Assistência Farmacêutica que deve aperfeiçoar os serviços para contribuir na atenção básica da saúde. Da mesma maneira, percebe-se que o abastecimento satisfatório de medicamentos indica qualidade e efetividade nos serviços de saúde, evitando a desmotivação dos profissionais e o descontentamento da sociedade (Portela, *et al.*, 2010).

Buscando essas realizações, o setor farmacêutico brasileiro tem passado por importantes transformações, nos últimos quarenta anos, destacando-se entre elas a criação da Central de Medicamentos (CEME), a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Lei dos Genéricos e, mais recentemente, a realização da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a criação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), e a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Portela *et al.*, 2010, p. 9).

Nos últimos 40 anos, o setor farmacêutico tem passado por inúmeras reformulações até alcançar a atual política de medicamento. Para entender melhor as determinações da PNM que temos atualmente, é necessário fazer um breve resgate histórico das reformulações que o setor farmacêutico vivenciou nos últimos 40 anos.

A história da implantação da Política de Medicamentos é recente no Brasil. Contudo, desde 1964 já havia uma preocupação com a regulamentação dos medicamentos. Nesse mesmo ano através do Decreto nº 53.612/1964, foi publicado a primeira Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais e Matérias para uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Em 1973, foi promulgada a Lei nº n. 5.991, que Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos. (Oliveira, Labra & Bermudez, 2006).

Desde os anos 1960, em diferentes momentos e em diferentes governos, o Brasil vem elaborando e tentando pôr em prática uma política de medicamentos que, num mercado predominantemente oligopolizado e dominado pelas empresas farmacêuticas multinacionais, garanta o acesso aos medicamentos essenciais à preservação do estado de saúde de sua população, do qual uma grande parte encontrava-se e encontra-se ainda excluída (Loyola, 2008, p.764).

Apesar das preocupações com a regulamentação dos medicamentos existirem desde a década de 60, a ideia de uma política pública de Assistência Farmacêutica só se efetivou em 1971 quando foi criado a CEME. Por essa razão, alguns estudos como o desenvolvido por

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Kornis; Braga; Zaire (2008) tem apontado a criação da CEME como o primeiro esforço do Estado brasileiro na produção e abastecimento de medicamentos essenciais.

O plano diretor da CEME foi elaborado no período de falência da Ditadura Militar, pelo secretário geral do Ministério da Saúde (MS), Mozart Abreu Lima. Regulamentada em 25 de junho de 1971, através do Decreto n°. 68.806, a CEME representou um marco para a cultura da gestão centralizada e participativa da saúde, em especial no tocante à utilização dos medicamentos (Portela *et al.*, 2010, p. 10).

A CEME, como citado anteriormente, centralizou a gestão dos medicamentos e passou a fiscalizar a sua produção além de se responsabilizar pela distribuição desses medicamentos para a população de baixo poder aquisitivo. “A CEME definiu as políticas para o setor farmacêutico, e em 1972, elaborou o primeiro Memento Terapêutico” (Pasquetti & Junges, 2011, p. 4).

No início, a CEME ficou subordinada à Presidência da República e em julho de 1975 o Decreto n°. 75.985, transfere a coordenação da CEME para o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em 1985, o Decreto n°. 67.91.439, transfere mais uma vez a coordenação da CEME para o Ministério da Saúde (Portela *et al.*, 2010).

Durante o funcionamento da CEME (de 1971 a 1997) foram realizadas algumas ações significativas para a efetivação da assistência farmacêutica. Entre essas cita-se o que salientam Kornis, Braga & Zaire (2008, p.89):

A CEME, durante sua trajetória, desenvolveu importantes ações voltadas para a saúde da população, apesar das dificuldades que foram identificadas para efetivação de seus objetivos. Um importante destaque de sua atuação positiva foi à elaboração do seu primeiro plano diretor, proposto através do Decreto 71.105/72, e sua constante preocupação no sentido de garantir o licenciamento para a distribuição de medicamentos e demais insumos farmacêuticos. Em 1976, homologou a Relação Nacional de Medicamentos Básicos (RMB), através da Resolução n°. 96 do seu Conselho Diretor que, em 1977, passa a ser denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Outra importante iniciativa da CEME é o lançamento, ainda em 1987, do Programa de Farmácia Básica destinado ao uso ambulatorial (atenção primária).

Assim, a CEME, passou por várias fases e desenvolveu ações que contribuíram para a melhoria da saúde da população carente. Sob a influência da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata na República do Cazaquistão ocorre importantes avanço para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

no mundo, assegurando o abastecimento dos medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos da atenção primária à saúde (Portela, 2010).

A RENAME, como foi anteriormente citada, depois de sua criação passou por diversas revisões e atualizações nos anos de 1989, 1993, 2000, 2002, 2006 e, mais recentemente, em 2008. As revisões são realizadas seguindo as recomendações da OMS, onde os critérios de seleção consideram os seguintes itens: dados consistentes e adequados de eficácia e segurança de estudos clínicos; evidência de desempenho em diferentes tipos de unidades de saúde; disponibilidade da forma farmacêutica em que a qualidade adequada, incluindo a biodisponibilidade, possa ser assegurada; estabilidade nas condições previstas de estocagem e uso; custo total de tratamento e preferência por monofármacos (Portela, 2010).

Quanto à operacionalização da Farmácia Básica que foi instituída em 1987, com a proposta do governo para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde, Cosendey (2000) salienta que foi planejada para atender a necessidade de três mil pessoas duramente seis meses. Contudo, inúmeros problemas foram surgindo com o programa da Farmácia Básica. A princípio, logo no ano de sua implantação, 1987, o programa só atendeu 3.370 municípios dos 4.600 que existiam no país. Nos anos seguintes não houve continuidade nos fornecimentos, impedindo um melhor desempenho do programa.

Embora o programa da Farmácia Básica tenha sido criado, pensando nas diversidades regionais, o modelo-padrão em nível nacional não considerou estas diversidades. O resultado deste descuido com “as diversidades das regiões teve como consequência a falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, o que incorria em desperdício” (Cosendey, 2000, p. 173 e 174).

A falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos do programa fazia com que as unidades de saúde recebessem muitos medicamentos com a data de validade próxima ao vencimento, o que promovia grandes perdas, pois todas as unidades encontravam-se abarrotadas destes produtos, impossibilitando inclusive seu remanejamento. (Cosendey, 2000, p.174).

Sobre o assunto, Kornis, Braga & Zaire (2008), salientam que “a CEME não conseguiu, na prática, desenvolver as propostas de fortalecimento do setor farmacêutico, notadamente no que se refere à produção estatal de insumos farmacêuticos”. E além da falta de planejamento outros problemas contribuíram para a desarticulação da CEME entre estes os inúmeros conflitos entre o setor estatal e o setor privado.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Nesse sentido, Loyola (2008) explica que os conflitos entre o setor estatal e o privado, se intensificaram quando os empresários do setor farmacêutico moveram forte campanha de descrédito, da CEME, por meio da Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA). O fato é que pressões intra e extragovernamentais para redirecionar os objetivos da CEME apenas no sentido da distribuição de medicamentos levaram ao início de seu desmantelamento, em 1975. Durante o período de 1975 a 1997, quando a CEME foi de fato extinta o seu funcionamento limitou-se a distribuição de medicamentos.

Diante das dificuldades e da fragmentação em que se encontrava a CEME, em 1997 foi desativada e sua desativação acelera um amplo processo de discussão no âmbito do Ministério da Saúde no sentido de definir uma nova política de medicamentos. Em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, foram introduzidas mudanças no conceito de saúde e o art. 6º estabeleceu que a saúde fosse um direito social de forma universal, integral e equânime estando na competência das três instâncias do governo, União, estados e municípios. Nos artigos 198 a 200 a Constituição Federal de 1988, determina as diretrizes para implantação do sistema único de saúde. Nesse contexto foi sendo criadas ações para a elaboração de uma política nacional de medicamentos, o que aconteceu em 1998 (Kornis, Braga & Zaire, 2008).

2.4 A política nacional de medicamentos

Os problemas enfrentados pela CEME, que levou a sua extinção em 1997, como foi anteriormente salientado, deram início ao processo de reorganização para elaboração de uma política nacional de medicamentos que ampliasse e diversificasse os serviços prestados no âmbito do SUS. Em 12 de outubro de 1998 a Portaria nº 3.916/MS promulgou a PNM que “foi o primeiro posicionamento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão dos medicamentos no contexto da reforma sanitária” (Oliveira, Labra & Bermudez, 2006, p. 2.383).

Sobre o assunto Kornis, Braga & Zaire (2008, p. 91) explicam que desde 1990 com a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS), teve início um processo de consolidação jurídica da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em 1996 foi publicada a Lei das Patentes e em 1998 com a promulgação da PNM ocorre a complementação jurídica da RSB. A PNM teve “como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

Assim, após inúmeros debates em torno da necessidade da formulação de uma política de medicamentos explícita para o país, o Ministério da Saúde (Portaria nº. 3.916, MS, 1998)

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

edita a PNM. Entretanto, é necessário salientar que a formulação desta política, “foi o resultado de mais de 20 meses de negociações envolvendo profissionais de saúde, organizações internacionais, a sociedade organizada, a indústria farmacêutica e gestores do sistema de saúde” (Ferreira, 2006, p.15).

Entre os muitos fatores que influenciaram a criação da PNM, destaca-se a exigência para a efetivação da Política Nacional de Saúde (PNS) que precisava de elementos fundamentais capaz de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população (Moura, 2008).

De acordo com Oliveira, Labra & Bermudez (2006, p. 2384) a PNM seguiu em sua formulação as diretrizes determinadas pela OMS, definindo “[...] 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”. São diretrizes da PNM:

[...] a adoção de relação de medicamentos essenciais, a regulamentação sanitária de medicamentos e a promoção do seu uso racional, a reorientação da assistência farmacêutica, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, a eficácia e qualidade dos medicamentos, o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (Vieira & Zucchi, 2007, p. 215).

As diretrizes previstas pela PNM fazem parte do objetivo maior de descentralização a aquisição e distribuição de medicamentos essenciais. Para isso, seria necessário levar em consideração as necessidades das populações locais através de critérios epidemiológicos, evitando os erros que foram cometidos na extinta CEME. O gestor federal, a partir desse momento, “passa a participar do processo de aquisição, mediante o repasse fundo a fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica. A partir de então se dá início ao processo de descentralização da AF no SUS” (Oliveira, Assis & Barboni 2010, p. 3564). A PNM envolve:

[...] diferentes aspectos, entre os quais figuram, por exemplo, aqueles inerentes ao perfil epidemiológico do País, que apresenta doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônicas degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Além disso, emergem e reemergem outras doenças, tais como a cólera, a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS (Política Nacional De Medicamentos, 2000, p.206).

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Salienta-se que para garantir que as determinações previstas na PNM sejam cumpridas, é necessário que ocorra uma articulação entre setores, de pesquisa de desenvolvimento e de produção, “bem como as etapas relacionadas à garantia de que a população terá acesso a um produto (medicamento) de qualidade, em quantidade suficiente, sob orientação profissional competente, capaz de assegurar seu uso racional. Tudo isso está devidamente previsto na PNAF” (Paula *et al.*, 2009, p. 1115).

Tabela 02 – Diretrizes da PNM

Adoção da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)	Trata-se de um meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos;
Regulamentação sanitária de medicamentos	Enfatiza, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância;
Reorientação da Assistência Farmacêutica	Busca o desenvolvimento de um modelo de assistência farmacêutica que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais;
Promoção do Uso Racional de Medicamentos	Destaca-se o processo educativo direcionado aos usuários sobre os riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores;
Desenvolvimento científico e tecnológico	Incentivo da revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promoção da dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo;
Promoção da produção de medicamentos	Esforços são concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional);
Garantia da segurança, eficácia e qualidade de medicamentos:	Fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática;
Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos:	Trata-se do contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizarão a PNM, de modo que o setor saúde disponha de recursos humanos - em qualidade e quantidade - cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

Fonte: Adaptado (Portela *et al.*, 2010).

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

A tabela anterior demonstra importantes avanços alcançados pelo Ministério da Saúde no que se refere às orientações para a adequação da Assistência Farmacêutica na facilitação do acesso da população aos medicamentos. A PNM de acordo com suas diretrizes tem como objetivo dirigir as ações que o governo nas três esferas (federal, estadual e municipal), deve promover quanto ao acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível (Gomes & Santos, 2013). Na tabela abaixo, visualiza-se as determinações dessa política, sendo este documento um norteador de todas as ações no campo da política de medicamentos no país.

Tabela 03 - Principais Medidas da PNM

Alguns fatores motivaram a formulação da PNM	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas na garantia de acesso da população dos medicamentos; <input type="checkbox"/> Problemas na qualidade dos medicamentos; <input type="checkbox"/> Uso irracional dos medicamentos; <input type="checkbox"/> Desarticulação da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Desorganização dos serviços farmacêuticos.
Diretrizes gerais da PNM	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adoção da <i>Relação</i> Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); <input type="checkbox"/> Regulamentação Sanitária de Medicamentos; <input type="checkbox"/> Reorientação da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Promoção do uso racional de medicamentos; <input type="checkbox"/> Desenvolvimento científico e tecnológico; <input type="checkbox"/> Promoção da produção de medicamentos; <input type="checkbox"/> Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; <input type="checkbox"/> Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.
Prioridades: De acordo com as diretrizes estabelecidas, algumas prioridades foram definidas	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão permanente da <i>Rename</i>; <input type="checkbox"/> Reorientação da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Promoção do uso racional de medicamentos; <input type="checkbox"/> Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos.
Fundamentos do Processo de Reorientação da Assistência Farmacêutica (AF)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Na descentralização da gestão. <input type="checkbox"/> Na promoção do uso racional dos medicamentos. <input type="checkbox"/> Na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público. <input type="checkbox"/> No desenvolvimento de iniciativas que possibilitam a redução dos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos do setor privado.

Fonte: Com base nas informações de Brasil, (2006, p. 9, 10).

Para que as ações propostas nas diretrizes da PNM sejam alcançadas, os gestores do SUS nas três esferas de governo, devem atuar em estreita parceria além de desenvolver ações

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

específicas, projetos ou programas que detalham as atividades e metas correspondentes. (Política Nacional de Medicamentos, 2000). Sobre o assunto, Pasquetti (2011, p.6) enfatiza que:

Embora a descentralização da assistência farmacêutica seja um dos objetivos da PNM, principalmente no aspecto de aquisição e distribuição de medicamentos, esse objetivo não retira toda a responsabilidade dos gestores federais e estaduais. Podem ser definidos medicamentos que serão adquiridos e distribuídos de forma centralizada de acordo com alguns aspectos epidemiológicos. Entretanto, a cooperação técnica e financeira entre os três gestores sempre estará presente.

Para que fosse possível ocorrer a cooperação entre as três esferas, foi editada a Portaria nº 176 de 8 de março de 1999, onde foi estabelecido critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, além de determinar a quantidade de valores financeiros a serem transferidos. Essa portaria também definiu que a assistência farmacêutica básica seria financiada pelas três esferas de governo, e que os recursos federais seriam transferidos mediante contrapartida dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Pasquetti, 2011).

Buscando atingir importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, a PNM estabeleceu entre as oito diretrizes quatro prioridades que são: (a) revisão permanente da RENAME; (b) reorientação da assistência farmacêutica; (c) promoção do uso racional de medicamentos (URM); e (d) organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos. Essas ações prioritárias vêm sendo desenvolvidas e implantadas ao longo dos anos (Brasil, 2011).

Assim, diante das prioridades determinadas pela PNM, foi criada em 1999 a Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA), pela Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999. A ANVISA é responsável pela regulamentação, controle e fiscalização de produtos e serviços que podem ocasionar riscos à saúde. Portanto, os medicamentos fazem parte da competência da ANVISA. Ainda no mesmo ano foi editada a Lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999 que ficou conhecida como “Lei de Genéricos”. A regulamentação dos medicamentos genéricos objetivou disponibilizar um maior acesso “da população brasileira aos medicamentos por meio de menores preços, mas com a qualidade e segurança necessárias, podendo ser intercambiável com medicamentos de referência” (Pasquetti, 2011, p.7)

Outras medidas foram sendo adotadas como a criação em 2003 do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, criado através do Decreto nº 4.726 de 9 de

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

junho, deste ano. Foi também em 2003 que ocorreu a primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF) nos dias 15 a 18 de setembro. A realização da CNMAF foi uma conquista que foi sendo articulada por políticos, gestores, técnicos e demais profissionais da saúde durante um longo tempo. “A principal característica dessa Conferência, por ser a primeira que tratou do tema Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil, foi a necessidade de ser traçado um quadro real a respeito da situação dessa área no SUS” (Brasil, 2005, p. 25).

O tema central da Conferência foi: “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”, organizado em três subtemas. O primeiro subtema foi “Acesso à Assistência Farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde”, o segundo subtema foi “Pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de medicamentos” e o terceiro subtema foi “Qualidade na Assistência Farmacêutica, formação e capacitação de recursos humanos”. Esses temas foram apresentados em três grandes mesas em plenário. Foram apresentadas, ainda, quatro miniconferências, apresentações especiais e 14 painéis específicos por onde 104 palestrantes falaram, debateram e contribuíram, com o seu conhecimento na área (Brasil, p. 31, 2005).

Em 2004, por indicação das propostas aprovadas na 1ª CNMAF, o CNS aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), através da Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004, essa política foi criada com o objetivo de orientar a formulação de políticas específicas relacionadas com a Assistência Farmacêutica (Pasquetti & Junges, 2011).

Diante do que foi anteriormente analisado é possível identificar alguns avanços para a assistência farmacêutica após a publicação da PNM. De forma geral, essa política se propôs a priorizar o acesso universal aos medicamentos considerados essenciais, principalmente aqueles orientados para o atendimento de agravos à saúde da população, buscando garantir à população o uso racional de medicamentos de qualidade e eficaz, que constam da lista da RENAME. Ressalta-se que “essa política fundamentou-se na descentralização da gestão e também na excelência do gerenciamento da assistência farmacêutica e avançou na definição de recursos financeiros e na proposição de infraestrutura relativa às três esferas de governo” (Kornis, Braga & Zaire (2008, p.93).

Na evolução histórica da Assistência Farmacêutica no Brasil, foram atingidos bons índices no que se refere à políticas de medicamentos estando os serviços bem estruturados no âmbito do SUS. Entretanto, é notório que ainda é necessários muitos ajustes, especialmente no

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

que se refere ao acesso e a organização de serviços farmacêuticos qualificados, que venham, efetivamente, promover a sua reorientação (Gomes & Trindade, 2012).

2.5 Assistência farmacêutica

O termo Assistência Farmacêutica, é a tradução do termo em inglês *Pharmaceutical Services* e do espanhol *Servicios Farmacéuticos*. No Brasil, o termo ganhou características próprias “e uma amplitude que inclui a produção, pesquisa, e desenvolvimento de produtos farmacêuticos, assim como outros aspectos da gestão desse âmbito, compreendidos como o ciclo logístico (Zuluaga, 2013, p. 21).

Historicamente, a assistência farmacêutica tem representado uma preocupação mundial, visto que os medicamentos essenciais é um dos componentes da política de saúde desde a década de setenta quando foi incluída pela OMS. Na 28ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1975, os principais problemas com relação aos medicamentos enfrentados pelos países em desenvolvimento, foram revistos e sugerido novas diretrizes. Tomando como base experiências de esquemas de medicamentos básicos ou essenciais bem sucedidas que foram implantadas em alguns países (Ferreira, 2011, p. 19).

Outras medidas foram sendo implantadas ao longo dos anos em nível mundial, como foi o caso da Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (na antiga URSS), em 1978, visto que foram discutidos pontos importantes sobre a Assistência Farmacêutica. Após essa conferência, a assistência farmacêutica em nível mundial atingiu importantes avanços. Araújo *et al.* (2008) destacam os seguintes pontos que foram debatidos na Conferência Mundial, realizada em Alma-Ata em 1978:

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.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

No Brasil, a preocupação com a assistência farmacêutica, mesmo que de forma tímida, data da década de sessenta, quando se antecipando as recomendações da OMS, em 1978, adotou através do decreto 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, medidas para o estabelecimento de relação básica de medicamentos. Entretanto, foi na década de setenta que surgem várias políticas que objetivou ampliar o acesso da população à assistência farmacêutica.

Entre as medidas adotadas durante esse período, como já foram analisadas anteriormente, está à adoção de relações de medicamentos essenciais, a criação da CEME, o reconhecimento de que a saúde é um dever do Estado, medidas garantidas na Constituição de 1988 e o reconhecimento de que a saúde deve ser ofertada dentro dos princípios do SUS (Lei 8.080/90) equidade, universalidade e integralidade, além da configuração de uma Política Nacional de Medicamentos, efetivada em 12 de outubro de 1998 através da Portaria nº 3.916/MS (Ferreira, 2006).

É nessa conjuntura que a assistência farmacêutica ganha as características para o seu funcionamento na atualidade. A partir da CF/88, a AF passou a ser parte integrante para a concretização da universalização da saúde. Com a efetivação da PNM a assistência farmacêutica passou a ser compreendida como:

[...] um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que devem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior, o paciente. É o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias para o desenvolvimento dos serviços em um determinado contexto social. Dessa forma, necessita de uma organização de trabalho que amplie sua complexidade, de acordo com o nível de aperfeiçoamento das atividades e da qualidade impressa nos serviços realizados (Marin, 2003, p. 54).

Quanto ao conceito, a Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, que aprovou a PNAF a ‘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 (Brasil, 2006, p. 13).

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Como pode se notar, o conceito de assistência farmacêutica abrange inúmeras atividades que no geral resulta em práticas variadas de multiprofissionais e intersetoriais no que se refere aos serviços com os medicamentos e principalmente nos serviços junto aos usuários e à comunidade, visando à promoção da saúde. Portanto o novo pensar sobre a assistência farmacêutica inclui entendê-la como responsável por inúmeras ações (Marin, 2003, p. 54).

Ainda sobre a concepção da AF, existem algumas variações entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento com relação ao conceito de Assistência Farmacêutica, contudo de um modo geral ela é considerada uma “[...] prática relevante, reconhecendo estes serviços como mais um dentre os serviços de saúde, na intenção de que estes cheguem a fazer parte da estratégia de APS” (Zuluaga, 2013, p. 21). Assim, os serviços da AF devem contribuir para a atenção terapêutica integral e contribuir com a qualidade de vida da população.

Outro ponto que merece ser destacado é quanto à disponibilidade e do uso racional dos medicamentos. Sobre o assunto, Moura (2008, p. 12) salienta que algumas experiências nacionais e internacionais têm comprovado “que a garantia da disponibilidade e do uso racional de fármacos nos serviços de saúde depende da execução adequada das ações da Assistência Farmacêutica”. Nesse contexto, o aperfeiçoamento da cadeia do medicamento faz parte do papel da AF, que deve promover o uso racional dos medicamentos e reduzir o fluxo de pessoas e de gastos com medicamentos e correlatos nos serviços de saúde.

Considerando a abrangência do conceito adotado pela PNM para a assistência farmacêutica, verifica-se que envolve inúmeras atividades ligadas ao medicamento visando especialmente o paciente. Por essa razão, devem ser empregadas ações combinadas que envolve estrutura, pessoal e tecnologia (Moura, 2008).

Para organizar as inúmeras ações da assistência farmacêutica foi adotado um “sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos”. Esse sistema ficou conhecido como Ciclo da AF (Aurea *et al.*, 2011, p.12). No Ciclo da Assistência Farmacêutica, as ações dessa assistência são interligadas para atingir os objetivos de um serviço de atenção à saúde e segundo Brasil, 2006:

- O primeiro componente do ciclo trata sobre processos de seleção é o processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos;

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

- O segundo é a programação que vem a ser a estimativa de quantidades a serem adquiridas para atendimento a uma determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo;
- O terceiro componente do ciclo é a aquisição um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida; e
- O quarto é o armazenamento que é o procedimento técnico e administrativo que têm por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos. Na sequência aparecem os componentes, de distribuição, e de dispensação/utilização de medicamentos que é o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado.

Logo abaixo, tem-se uma figura para melhor compreensão do ciclo da AF.

Figura 02 - Ciclo da Assistência Farmacêutica.



Fonte: Coordenação da Assistência Farmacêutica (COORAF)

Sobre a importância acerca da organização dos serviços da assistência farmacêutica, Marin (2003, p. 129) ensina que:

Ao refletirmos acerca da organização dos serviços, sob a ótica de uma concepção de modelo assistencial, identificamos a necessidade de situarmos, nos diversos níveis de atenção à saúde, o lugar da Assistência Farmacêutica, compreendendo que, ao pensarmos o medicamento como um insumo básico, devemos considerar a relevância da terapêutica medicamentosa

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

nas ações de recuperação da saúde, mas tendo em conta que, nos cuidados de saúde, a Assistência Farmacêutica contempla, também, as ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde.

De forma geral, de acordo com a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a PNAF, pode-se definir a AF através do que está previsto nessa resolução tais como, finalidade/propósito; objetivos; características e funções e atividades. Sobre o assunto, Barbosa (2009) salienta que o propósito da AF é contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Seu objetivo é apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional.

No SUS a AF, está organizada em três componentes, com características próprias quanto às suas abrangências, objetivos, responsabilidades federativas pelo financiamento, implementação, avaliação e monitoramento. Os componentes da AF são:

O **Componente Básico** objetiva disponibilizar medicamentos para os agravos mais prevalentes na população (como diabetes e hipertensão arterial sistêmica). É financiado com recursos tripartite, sendo os medicamentos adquiridos, na sua maioria, pelos municípios e dispensados aos usuários nas unidades básicas de saúde. O **Componente Estratégico** objetiva disponibilizar medicamentos para tratamento de agravos endêmicos característicos do país (tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, esquistossomose, entre outras), além das DST/Aids. O financiamento e de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde por meio de aquisições centralizadas dos medicamentos, os quais são dispensados aos usuários nas unidades básicas de saúde ou nas secretarias estaduais de saúde, de acordo com a organização local. O **Componente Especializado** da Assistência Farmacêutica substituiu, em 2010, o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional ou, popularmente denominado de “medicamentos de alto custo” e objetiva garantir os medicamentos para agravos crônicos, cujos custos de tratamento são os mais elevados. O financiamento e de responsabilidade da União, estados e Distrito Federal, em um modelo que visa à manutenção do equilíbrio financeiro entre esses entes federativos. Os medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde ou pelos estados e Distrito Federal e devem ser dispensados nas unidades básicas de saúde ou nas secretarias estaduais de saúde, de acordo com a organização local (Brasil, p.25, 2014).

Quanto às características, a AF é parte integrante da política de saúde, por isso é área estratégica do sistema de saúde, sendo o suporte para às intervenções na promoção, prevenção de doenças e no tratamento (Barbosa, 2009), além de apresentar procedimentos de natureza técnica, científica e administrativa, e tem como funções e atividades.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Tabela 04 - Características da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

FINALIDADE/ PROPÓSITO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS	FUNÇÕES E ATIVIDADES
Contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.	Apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> É parte integrante da política de saúde. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Área estratégica do sistema de saúde para o suporte às intervenções na promoção, prevenção de doenças e no tratamento. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apresenta procedimentos de natureza técnica, científica e administrativa.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Planejar, coordenar, executar, acompanhar e avaliar as ações. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Articular a integração com os serviços, profissionais de saúde, áreas interfaces, coordenação dos programas, entre outras. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elaborar normas e procedimentos técnicos e administrativos. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elaborar instrumentos de controle e avaliação. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Selecionar e estimar necessidades de medicamentos. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gerenciar o processo de aquisição de medicamentos. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Garantir condições adequadas para o armazenamento de medicamentos. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gestão de estoques. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distribuir e dispensar medicamentos. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Manter cadastro atualizado dos usuários, unidades e profissionais de saúde. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Organizar e estruturar os serviços de AF nos três níveis de atenção à saúde no âmbito local e regional. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desenvolver sistema de informação e comunicação. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desenvolver e capacitar recursos humanos. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Participar de comissões técnicas. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Promover o uso racional de medicamentos. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Promover ações educativas para prescritores, usuários de medicamentos, gestores e profissionais da saúde. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desenvolver estudos e pesquisa em serviço. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elaborar material técnico, informativo e educativo. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prestar cooperação técnica. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Assegurar qualidade de produtos, processos e resultados.

Fonte: Brasil (2006, p. 13,14)

Diante do que foi anteriormente salientado é possível perceber que inúmeras evoluções foram atingidas com a adoção da PNM e da PNAF. Entretanto, muitos problemas têm sido diagnosticados, sobretudo nos municípios brasileiros que ainda estão distantes de assumirem suas funções de executores desta política. São problemas na organização das atividades voltadas para o medicamento decorrentes da falta de prioridade para com este campo de assistência (Barreto & Guimarães, 2010).

2.6 Breve levantamento histórico da evolução da profissão farmacêutica

Historicamente, a profissão de farmacêutico e suas atribuições como se encontra atualmente passou por importantes mudanças ao longo do tempo. Na antiguidade existiam pequenos estabelecimentos que ficaram conhecidos como boticas e eram administradas por famílias. Durante grande parte desse período, os boticários manipulavam e criavam alguns compostos a base de plantas que tinham como finalidade aliviar dores ou curar doenças. Eram também os boticários quem orientavam e aconselhavam sobre o uso correto desses compostos (Saturnino *et al.*, 2012).

Na Idade Média, com a criação das corporações de ofícios, a profissão de boticário se organizou, teve regulamentos e o juramento se tornou obrigatório. Entretanto, sua função continuava a ser a mesma, manipular drogas, na maioria de origem vegetal, às vezes, incluindo especiarias que eram prescritas pelos médicos. A distribuição desses compostos continuava a ser realizada pelo boticário que aproveitava para orientar o uso correto dos medicamentos (Diez, 2009).

Essa característica se manteve hegemônica até o início do século XX, apenas com as pequenas alterações técnicas que o avanço da química proporcionara no século XIX. Nas décadas de 30 e 40 do século XX essa realidade começou a se transformar radicalmente, e o espaço de trabalho do profissional, o conhecimento a respeito do medicamento e do papel do farmacêutico e, conseqüentemente, o ensino da farmácia sofreram uma intensa transformação (Saturnino *et al.*, 2012, p. 11).

A partir da evolução da industrialização no mundo, o papel do antigo boticário em manipular drogas foi quase inteiramente substituído pelos medicamentos preparados industrialmente com antecedência e apresentados sob uma embalagem particular. Nessa nova conjuntura da industrialização do medicamento, o farmacêutico (nesse período a profissão já era regulamentada) que manipulava e distribuía os medicamentos, passou a orientar e dispensar os medicamentos (Pereira & Nascimento, 2011).

As conseqüências dessa mudança na prática dos profissionais farmacêutica foram muitas. Com a transformação da produção dos medicamentos as ações que aproximavam o farmacêutico do médico e de seus clientes deixaram de existir e a prática farmacêutica se restringiu às relações comerciais (Pereira & Nascimento, 2011). Afastado da equipe de saúde, o farmacêutico foi relegado a um plano secundário em termos de inserção no mercado de

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

trabalho no que se refere ao desenvolvimento de ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde (Saturnino *et al.*, 2012).

[...], a perda das funções do farmacêutico, no contexto mais amplo da saúde coletiva, tem como uma de suas fortes características o fato da equipe multidisciplinar de saúde, e conseqüentemente as instituições gestoras do setor saúde, deixarem de perceber no farmacêutico um profissional importante para o planejamento e execução das políticas públicas de saúde (Saturnino *et al.*, 2012, p. 11).

Com o desvio de suas funções aos quais os profissionais farmacêuticos foram preparados, a sociedade passou a ver estes como meros vendedores de medicamento. Insatisfeitos com essa condição os profissionais juntamente com professores da Universidade São Francisco (EUA), dão início na década de sessenta a um movimento que ficou conhecido como “Farmácia Clínica”. O objetivo principal desse movimento foi aproximar o farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, possibilitando o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia (Pereira & Freitas, 2008).

Depois do movimento da Farmácia Clínica que aconteceu no período de 1960 a 1987, o papel do farmacêutico em relação ao paciente foi sendo redefinido marcando o início de uma nova prática farmacêutica. Durante as décadas de 70, 80 e 90 foram desenvolvidos, alguns estudos (Mikel *et al.* 1975; Brodie, Parish & Poston, 1980; Hepler, 1987; Hepler & Strand, 1990), na tentativa de redefinir e ampliar a atuação do farmacêutico no que se refere às ações de atenção primária em saúde tendo o medicamento como insumo estratégico e o paciente como foco principal.

Tais estudos, inconscientemente, construíram o conceito de Atenção Farmacêutica, que só viria a receber essa terminologia no final da década de 1980. Entre os conceitos que foram desenvolvidos durante a década de noventa destaca-se o criado por Hepler & Strand (1990), no qual a “[...] Atenção Farmacêutica é apresentada como a parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos” (Pereira & Freitas, 2008, p. 602).

Nesse sentido, nos dias atuais a OMS e outras entidades farmacêuticas no mundo inteiro têm considerado “que a Atenção Farmacêutica é atividade exclusiva do farmacêutico e que este deve tê-la como prioridade para o desenvolvimento pleno de sua profissão”. (Pereira & Freitas, 2008, p. 604). A partir dessa definição tem início o processo de reorientação para os profissionais farmacêuticos.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Juntamente com a ampliação conceitual da AF, os inúmeros problemas relacionados ao mau uso dos medicamentos também contribui para a aproximação dos profissionais farmacêuticos as equipes de saúde, visto que são esses profissionais quem possuem competências para garantir a segurança do uso de medicamentos (Saturnino *et al.*, 2012).

2.6.1 As Atribuições do Farmacêutico na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional da Assistência Farmacêutica

Já foi abordada anteriormente, a importância de serem realizadas inúmeras ações que compõe o Ciclo da Assistência Farmacêutica, para que os medicamentos cheguem ao usuário final de forma segura. Lembrando que o farmacêutico, apesar de não ser o único profissional responsável pelas ações do ciclo da AF, desempenha importante papel, visto que quando o está envolvido e comprometido com sua atuação, os resultados têm apresentado significativa melhora desde melhorias na gestão, na orientação dos pacientes e no monitoramento de resultados. Assim, nessa parte abordam-se as atribuições dos profissionais farmacêuticos frente aos desafios da efetivação da PNM e da PNAF (Remondi & Grochocki, 2015).

Para melhor entender as inúmeras atribuições do farmacêutico, é necessário conhecer a definição dada pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica que de uma forma geral determina as ações necessárias à profissão, onde tem-se a definição de que:

Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe Proposta de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (CBAF, 2002, p. 16).

Considerando a definição de atenção farmacêuticas empregada pelo CBAF, entende-se que são especificados a prática dos profissionais farmacêuticos dentro da assistência farmacêutica. Nesse contexto, essa prática deve ser integralizada às ações da saúde.

O farmacêutico pode atuar em serviços de duas naturezas distintas que são: técnico-gerenciais (Resolução CFF nº 578/2013) que objetiva disponibilizar os melhores medicamentos em tempo oportuno para a comunidade e o técnico-assistenciais (Resolução CFF nº 585/2013) que objetiva garantir que o uso dos medicamentos ofertados seja realizado de forma racional e

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

leve ao aumento dos níveis de saúde do usuário, família e comunidade (Remondi & Grochocki, 2015).

Tabela 05 – Funções dos Profissionais Farmacêuticos

Técnico-gerenciais	Técnico-assistenciais
<ul style="list-style-type: none"> • Participar da formulação, planejamento, execução e avaliação das políticas farmacêuticas, instâncias deliberativas e instrumentos de gestão da esfera de governo de sua atuação; • Participar do processo de seleção de medicamentos; • Elaborar a programação dos medicamentos; • Participar do processo de aquisição de medicamentos, especialmente no assessoramento para elaboração do edital de licitação; • Acompanhar e promover a estruturação dos serviços farmacêuticos com vistas ao cumprimento da legislação sanitária vigente; • Participar e estimular processos de educação permanente em saúde e qualificação profissional; • Desenvolver ações para a promoção do uso racional de medicamentos; • Participar das ações relacionadas à gestão de Resíduos em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente; • Desenvolver, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a prevenção de doenças e de outros problemas de saúde; • Participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia; • Realizar e supervisionar a dispensação de medicamentos; • Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos; • Realizar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde; • Realizar o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes, monitorando os efeitos dos medicamentos, implementando medidas assistenciais e educacionais para garantia da efetividade e segurança do tratamento; • Realizar, no âmbito de sua competência profissional, administração de medicamentos ao paciente; • Prescrever medicamentos, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional; • Realizar ações de rastreamento em saúde, baseadas em evidências técnico-científicas e em consonância com as políticas de saúde vigentes.

Fonte: Remondi & Grochocki (2015)

De uma forma geral, as funções elencadas acima representam as ações do Ciclo da Assistência Farmacêutica no que concernem as ações da atenção farmacêutica na saúde. No entanto, “para que estas ações sejam desenvolvidas satisfatoriamente é necessário garantir a suficiência e competência técnica dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde” (Remondi & Grochocki, 2015, p. 66).

Diante do que foi analisado, é possível compreender que as atribuições dos farmacêuticos junto à equipe multiprofissional da saúde são muitas e complexas, exigindo desses profissionais uma capacitação específica e contínua. Os objetivos a serem atingidos por esses profissionais, seja como integrante ou como referência das equipes de saúde, e com os profissionais da atenção secundária e terciária, deve ser sempre focada no paciente. Cabendo a

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

estes profissionais, sobretudo garantir o uso correto dos medicamentos identificando sua ineficácia ou as reações adversas que possam ocorrer (Manzini *et al.*, 2015).

3. CAMINHOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

3.1. Tipo da investigação

Para atingir o objetivo proposto no início da pesquisa foi necessário escolher um método científico, que segundo Lakatos & Marconi (2003, p. 83) “é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.”

Dessa forma, em toda pesquisa deve-se aplicar um método que não se restringe a uma apresentação dos passos de pesquisa, mas sim a explicação de qual(is) motivo(s) foi escolhido determinado caminho para atingir os objetivos propostos na pesquisa (Oliveira, 2011, p.7).

O método escolhido para desenvolver a pesquisa deve cumprir as seguintes etapas: descobrir o problema; colocação precisa do problema; procurar os instrumentos relevantes do problema; tentar solução do problema com auxílio dos meios identificados; produzir novos dados empíricos; investigação das consequências da solução obtida; e comprovar a solução do problema (Lakatos & Marconi, 2003).

Nesse contexto, entende-se que para desenvolver a pesquisa é necessário traçar os caminhos, e os meios que consiga responder ao problema e assim atingir os objetivos. Entende-se por pesquisa como sendo “o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos” (Gil, 2008, p. 26).

Para Lakatos & Marconi (2003), a pesquisa é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Assim, são várias fases que constitui uma pesquisa iniciando com a formulação do problema e da escolha do método que possa responder o problema inicial.

Nesse sentido, optou-se por desenvolver uma pesquisa do tipo qualitativa e quantitativa em razão de acreditar que uma completa a outra, e assim, atingir o objetivo proposto. Sobre o assunto, Minayo (2001, p.22) salienta que “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.”

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Nessa perspectiva, Oliveira (2011) explica que a pesquisa qualitativa proporciona uma melhor visão e compreensão do contexto do problema, enquanto a pesquisa quantitativa procura quantificar os dados e aplica alguma forma da análise estatística. Por essa razão, apesar de parecer antagônicas, os dois tipos de pesquisa se complementa já que a pesquisa qualitativa explica os resultados obtidos pela pesquisa quantitativa. Considerando o que foi anteriormente analisado, entende-se que a amplitude da pesquisa qualitativa e quantitativa contribuirá para atingir o objetivo pretendido nesse estudo.

3.2 Instrumentos de coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se o questionário (Apêndice II) por entender ser o mais adequado para a averiguação das informações que se pretendia ter acesso.

De acordo com Lakatos & Marconi (2003, p. 201) o instrumento de coleta de dados do tipo questionário é formado por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Normalmente o questionário é enviado pelo correio ou por um portador para que sejam respondidos e junto com o questionário deve ser enviado “[...] uma nota ou carta explicando a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, tentando despertar o interesse do recebedor, no sentido de que ele preencha e devolva o questionário dentro de um prazo razoável”.

Foram respondidos 90 questionários pelos profissionais farmacêuticos responsáveis pelas Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) dos 90 municípios, das 10 microrregiões, na intenção de verificar o entendimento dos profissionais que desenvolvem as atividades do Ciclo de Assistência Farmacêutica e estão diretamente envolvidos com o processo de implementação e gerenciamento da PNM e da PNAF.

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 farmacêuticos seguiu os parâmetros estabelecidos pela proposta da Escala de Likert.

Questionário pode ser definido como uma técnica de investigação social composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado (Gil, 2008), é um instrumento de coleta de informação, utilizado numa sondagem ou inquérito.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Nesse aspecto, Richardson (2011) ressalta que 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, dentre outros.

De acordo com Torres (2011), a escala Likert tem a finalidade de atribuir um escore numérico aos atributos/elementos que estão sendo medidos em uma sequência. Partindo deste pressuposto, acredita-se que há como alcançar os objetivos propostos para esta pesquisa.

Como o método Likert é considerado a escala mais popular e confiável para medir as atitudes ou o comportamento de alguém, é o mais indicado para pesquisas de cunho social, permitindo descobrir níveis de opinião variáveis, sendo assim, acredita-se ser adequado como mecanismo pertinente para obter as informações necessárias para discussão dos resultados.

Como qualquer técnica de coleta de dados, o instrumento questionário também apresenta vantagens e desvantagens. De acordo com Lakatos & Marconi (2003), o questionário apresenta as seguintes vantagens: economia de tempo, viagens e obtém grande número de dados já que atinge grande número de pessoas ao mesmo tempo; atinge ampla área geográfica; não necessita de investimentos em pessoal; obtém respostas mais rápidas e mais precisas; garante maior liberdade nas respostas, em razão do anonimato diminuindo o risco de distorção, pela não influência do pesquisador.

Quanto às desvantagens entre muitas pode-se apontar: a falta de respostas de grande número das perguntas, falta de devolução dos questionários, restrições na aplicação já que os analfabetos não respondem; Na leitura de todas as perguntas, antes de respondê-las, pode uma questão influenciar a outra; o desconhecimento das circunstâncias em que foram preenchidos os questionários torna difícil o controle e a verificação; não se tem garantia que o questionário foi respondido pelo sujeito da pesquisa e exige um universo mais homogêneo (Lakatos & Marconi, 2003).

Apesar de apresentar algumas desvantagens, a técnica de coleta de dados através de questionário atende aos objetivos proposto na pesquisa quantitativa que tem como base um rígido critério estático, que servem de parâmetro de mensuração de uma parcela da população pesquisada. Assim, o questionário contribui no levantamento de informações através do sujeito investigado com a finalidade de conhecer a opinião sobre o tema em estudo. Segundo Severino (2007), um questionário se concretiza como um conjunto de questões, sistematicamente

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

articulados, cujo destino está no levantamento de informações por parte dos sujeitos investigados, cuja finalidade maior está em conhecer a opinião deles sobre o assunto em estudo, onde as questões devem ser pertinentes ao objeto e claramente formulados, de modo a serem compreendidos pelos sujeitos, evitando provocar dúvidas, respostas lacônicas e ambiguidades.

Norteados pelos objetivos específicos, buscou-se discutir o tema ‘Ferramentas de Gestão em Saúde’ sob diversos aspectos: do ponto de vista do profissional farmacêutico, como responsável pela administração e gerenciamento de todo processo de execução do Ciclo da Assistência Farmacêutica, acerca da gestão e implicações diretas para a efetivação da implantação do HÓRUS no Estado de Alagoas para garantir: o acesso da população ao medicamento e seu uso racional; as principais ações que devem acompanhar o sistema para garantir a sua melhor eficiência; os impactos na gestão dos recursos financeiros com a sua implantação; e as principais dificuldades encontradas na efetiva implantação e utilização como ferramenta de gestão de aquisição e distribuição dos medicamentos.

Segundo Chiavenato (1999), a tarefa da Administração é interpretar os objetivos propostos pela organização e transformá-los em ação por meio do planejamento, organização, direção e controle de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da organização a fim de atingir tais objetivos.

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 (Schraiber, 1999, p. 1).

A partir do que está traçado com a CF/88, 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).

Nesta perspectiva, os farmacêuticos devem fazer parte dos processos gerenciais que envolvem a saúde, por isso, a necessidade de se investigar a Gestão da Assistência Farmacêutica como parte integrante da política nacional de saúde.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

3.3 Universo da amostragem

O Estado de Alagoas é formado por 102 municípios divididos em 2 (duas) macrorregiões de saúde que se subdivide em 10 microrregiões de saúde, onde são desenvolvidas todas as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos.

Nesse universo, foi feita a visita *in loco* em todos os municípios, mas apenas 90 profissionais farmacêuticos se dispuseram a participar da pesquisa. No entanto, por razões logísticas, não aceitação e/ou por indisponibilidade, muitos profissionais não quiseram participar. Assim, a amostragem dos participantes desta pesquisa usou como critério de inclusão dos sujeitos os seguintes aspectos: a) ser farmacêutico com vínculo de trabalho com o município; b) ser profissional envolvido na gestão da Assistência Farmacêutica; e c) se voluntariar em participar da pesquisa. Feita essa seleção prévia, e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obteve-se:

Tabela 06 – Distribuição do número de município participantes da pesquisa

Participantes	Nº
1ª Macrorregião	53
2ª Macrorregião	37

Fonte: Dados da pesquisa

É importante salientar que o número exposto acima não representa a totalidade dos profissionais envolvidos com a gestão da assistência farmacêutica no estado de Alagoas; trata-se, antes, apenas daqueles que se dispuseram, voluntariamente, a participar da pesquisa e que responderam o questionário.

Após a etapa de seleção dos sujeitos e a anuência deles por meio de assinatura do TCLE, foram respondidos os questionários, 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 ‘sexo’ e ‘tempo de serviço prestado no município’, traçou-se um perfil dos gestores participantes da pesquisa:

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Tabela 07 – Distribuição do perfil pessoal dos profissionais avaliados

Fator avaliado		Quantitativo
Sexo	Masculino	35
	Feminino	55
Tempo de serviço	Menos de 2 anos	29
	2 a 5 anos	29
	Mais de 5 anos	28
	Não responderam	04

Fonte: Dados da pesquisa

São de suma importância as variáveis ora escolhidas para se avaliar o perfil dos profissionais avaliados, uma vez que, por meio delas, pôde-se identificar diversas informações (nível de envolvimento com a assistência, expectativas de permanência nas atividades desenvolvidas, formação adequada para o exercício profissional) 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.

Feita a caracterização dos aspectos composicionais da amostra, foram feitas análises relativas às percepções dos profissionais farmacêuticos responsáveis pela gestão da Assistência Farmacêutica.

Considerando-se as variáveis: satisfação, focado em resultados, aumenta a burocracia, eficiência, redução de custos, burocracia, melhor de distribuição, planejamento estratégico, plano de metas, avaliação de desempenho, relatórios de resultados, reuniões de avaliação, definição de indicadores, entre outros diversos aspectos que compõem a complexa trama da gestão da Assistência Farmacêutica, como parte de uma rede ainda mais complexa que é a gestão de serviços públicos como componente da política nacional de saúde,

Segundo 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.

[...] 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 (Gil, 1987, p. 92).

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Entre os tipos de amostragem probabilística mais usados estão: amostragem aleatória simples, amostragem sistemática, amostragem aleatória estratificada, amostragem por clusters e amostragem multi-etapas. 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.

A amostragem probabilística desse estudo foi do tipo aleatória simples, em que todos os elementos têm igual possibilidade de ser escolhido. Para atingir este objetivo foi desenvolvido um plano de amostragem com base nos municípios do estado de Alagoas, onde os profissionais farmacêuticos atuam na gestão da Assistência Farmacêutica.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

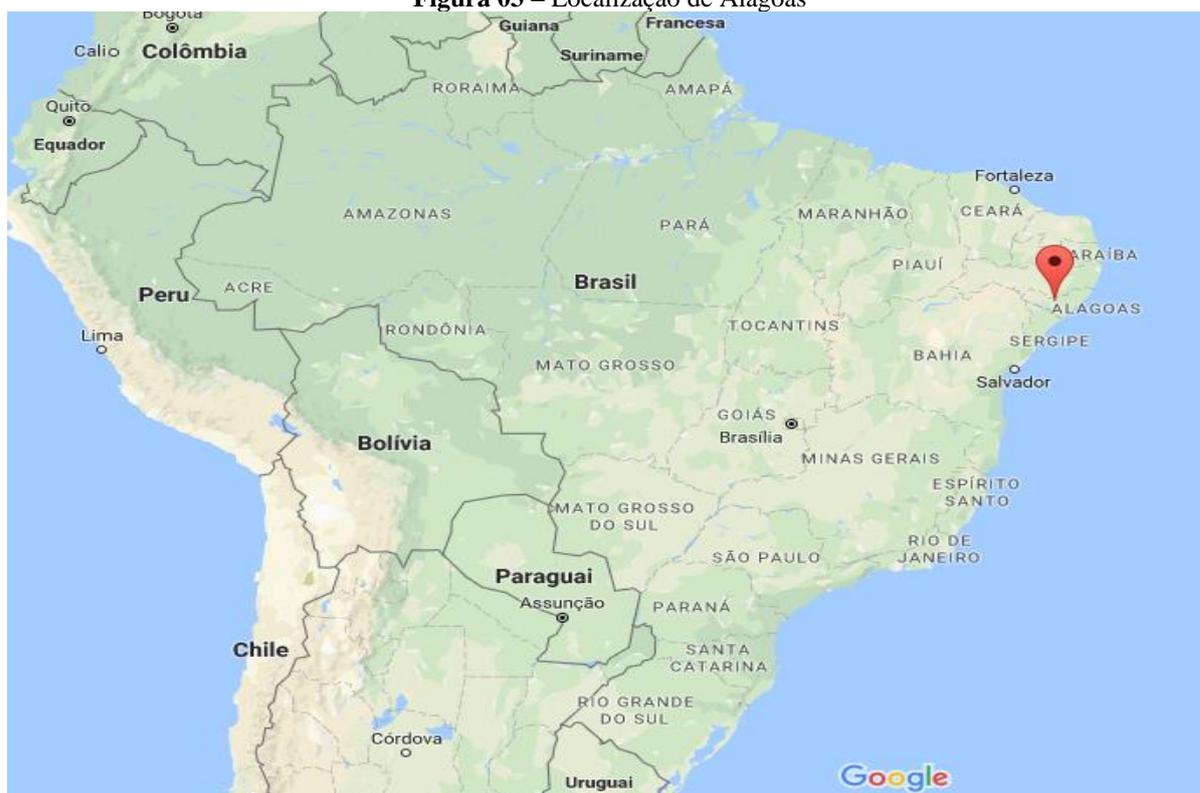
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Sujeitos e lócus da pesquisa: caracterização

4.1.1 Sobre o lócus da pesquisa

Alagoas é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situado no leste da região Nordeste e tem como limites os estados de Pernambuco (Norte e Noroeste); Sergipe (Sul); Bahia (Sudoeste); e o oceano Atlântico (Leste). Cerca de 86% do território alagoano se encontra abaixo de 300m de altitude do nível do mar, e 61% abaixo de 200m acima do nível do mar. Apenas um por cento fica acima de 600m. É composto por 102 municípios e ocupa uma área de 27.848,140km². Sua capital é a cidade de Maceió e a sede administrativa.

Figura 03 – Localização de Alagoas



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

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, o Estado de Alagoas possui uma população de 3.358.963 habitantes, sendo 73,6% em áreas urbanas e 26,4% nas áreas rurais. A população feminina corresponde a 51,6% e a masculina a 48,4%. As pessoas na faixa etária de 0 a 14 anos representam 40,3% do total da população; os habitantes na faixa etária de 15 a 59 anos respondem por 53,3% do total e aqueles de 60 anos

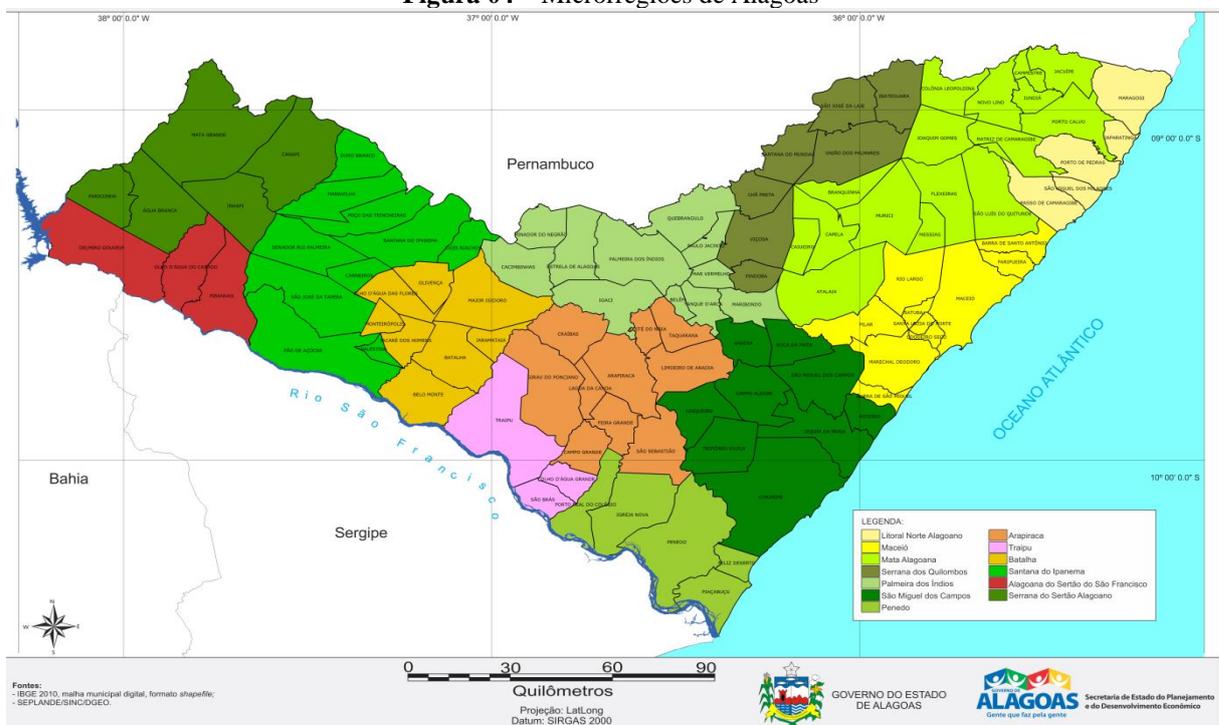
Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

ou mais representam apenas 6,4% da população. Possui expectativa de vida (2015) 76,2 anos, produto interno bruto (PIB) R\$ 40.975.000 e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010, médio de 0,631.

Alagoas tem como uma das principais atividades econômicas a agricultura, extrativismo, pecuária, indústria e turismo. O turismo, marcante tanto pelas belas praias do estado quanto pelos monumentos e cidades históricas, tornando esse setor o predominante em 40 municípios alagoanos. A indústria, cuja instauração e modernização intensificou-se a partir da década de 1960, também é bastante atuante, sobretudo na extração e refino de petróleo. A agricultura destaca-se no cultivo de cana-de-açúcar, além de outras culturas, tais como o arroz, o feijão, o milho e a mandioca.

De acordo o Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015 e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde através da Resolução CES nº 018 de 24 de maio de 2012, a organização espacial do estado, desenhada no último Plano Diretor de Regionalização das Ações de Saúde de Alagoas (PDR-AL), graduando os níveis de complexidade das ações e serviços de saúde, agrupou os 102 municípios em 02 Macrorregiões e 10 Regiões de Saúde.

Figura 04 – Microrregiões de Alagoas



Fonte: <http://dados.al.gov.br/dataset/mapas-de-caracterizacao-territorial>

A 1ª macrorregião possui 56 municípios, localizados nas regiões do litoral e zona da mata do estado, com uma população total de **2.259.316,00** de habitantes (IBGE/ 2017), sendo Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Ciências Económicas e das Organizações.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

a cidade de Maceió a sede com população de 1.013.773 habitantes (IBGE/2015), a 2ª Macrorregião, abrange as regiões do agreste e sertão do estado com uma população de 1.093.601 habitantes (IBGE/2015) e tem como sede a cidade de Arapiraca que possui uma população de 232.671 habitantes. Os municípios-sede foram escolhidos por serem os municípios geograficamente melhor situados e possuírem serviços de saúde de maior complexidade, servindo de referência para os demais municípios do estado.

Os estudos serão realizados com base no modelo de regionalização dividindo os municípios pelas suas macrorregiões de saúde conforme atualização emitida pela Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio.

4. 1. 2. Sobre os sujeitos da pesquisa

Este estudo foi direcionado aos profissionais farmacêuticos dos 102 municípios do estado de Alagoas, sendo obtida a adesão de 90 profissionais, onde se abordou assuntos pertinentes ao Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Dessa forma, trabalhou-se com 90 profissionais farmacêuticos envolvidos com ciclo da Assistência Farmacêutica a nível municipal onde são desenvolvidas as atividades de atenção básica, componentes estratégicos e componentes especializados. Iremos encontrar profissionais com vínculo efetivo e contratados com variação de menos 1 a mais 5 anos de atividades no serviço.

O objetivo geral do trabalho é avaliar os impactos da implantação do HÓRUS no Estado de Alagoas como Ferramenta da Gestão e de controle dos recursos investidos nos processos de gerenciamento do ciclo da Assistência Farmacêutica, principalmente no planejamento, aquisição, controle de estoque e distribuição dos medicamentos. A priori, foram levantadas informações sobre o Distrito de Saúde e o tempo de serviço na função, além do sexo dos entrevistados.

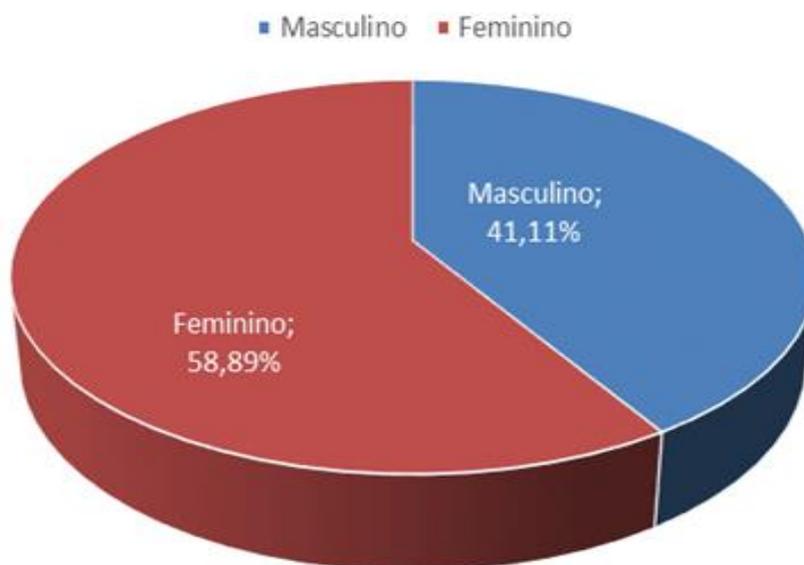
A avaliação em si foi realizada de acordo com 4 questões com 10 itens que possuíam 4 opções de resposta: concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. As respostas dos entrevistados foram agrupadas e apresentadas em tabelas com as respectivas porcentagens.

Na distribuição do perfil dos profissionais, verificou-se que em relação ao número de municípios avaliados a maioria é do sexo feminino (58,89%) sendo que 16 (29,63%) possuem

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

menos de 2 anos no serviço, 12 (22,22%) possuem entre 2 e 5 anos, 23 (42,60%) estão há mais de 5 anos no serviço e 3 (5,55%) não informaram.

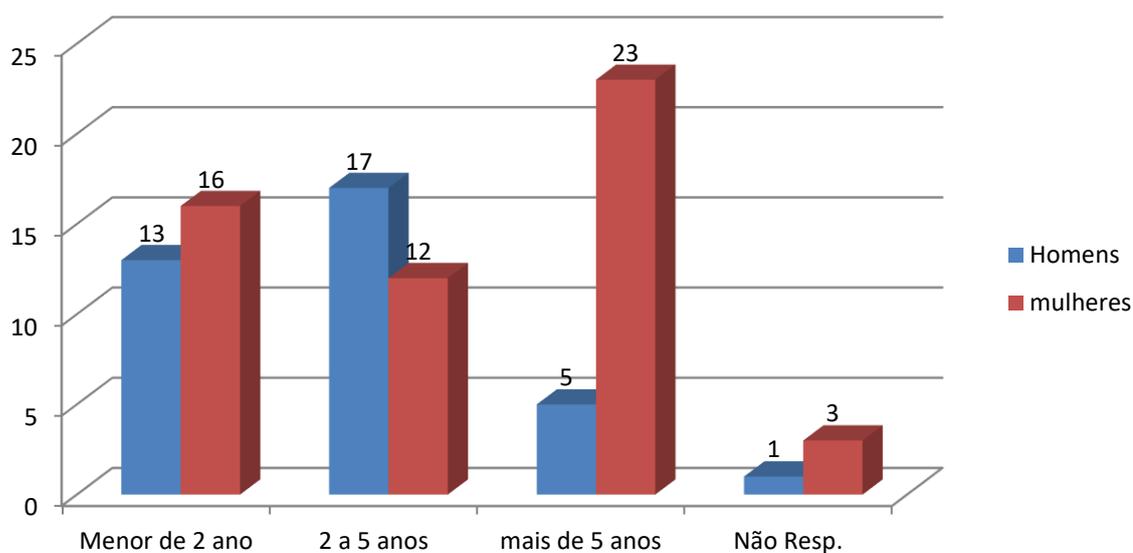
Figura 05 – Distribuição por sexo dos farmacêuticos envolvidos na pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa

O sexo masculino representa 41,11% onde 13 (36,11%) estão a menos de 2 anos no serviço, 17 (47,22%) estão de 2 a 5 anos, 5 (13,89%) estão a mais de 5 anos em atividade no serviço e 1 (2,78%) não respondeu.

Figura 06 – Anos de serviço dos farmacêuticos envolvidos na pesquisa divididos por sexo.



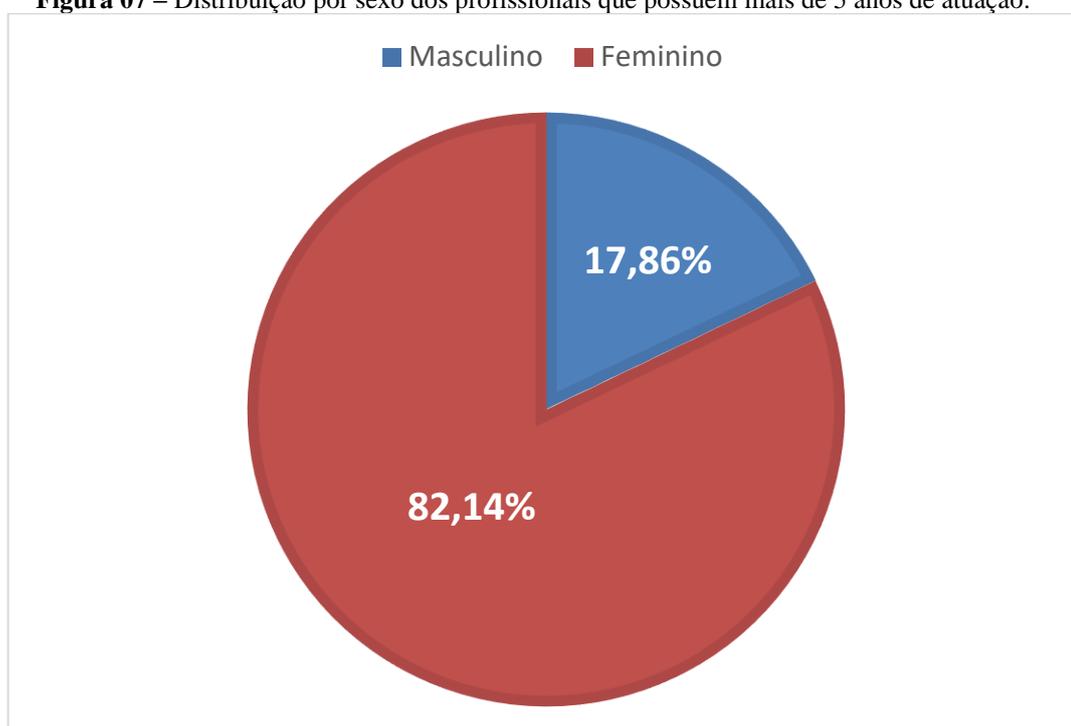
Fonte: Dados da pesquisa

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Quanto aos profissionais que estão em atuação há mais de 5 anos nos municípios, a figura 07 mostra a divisão por sexo com suas respectivas percentagens.

Verifica-se que existe uma diferença significativa, pois as mulheres representam 82,14% dos indivíduos que está há mais de 5 anos no serviço, enquanto os homens representam apenas 17,86%. A figura 2 representa os anos de serviço dos profissionais entrevistados de acordo com o sexo.

Figura 07 – Distribuição por sexo dos profissionais que possuem mais de 5 anos de atuação.

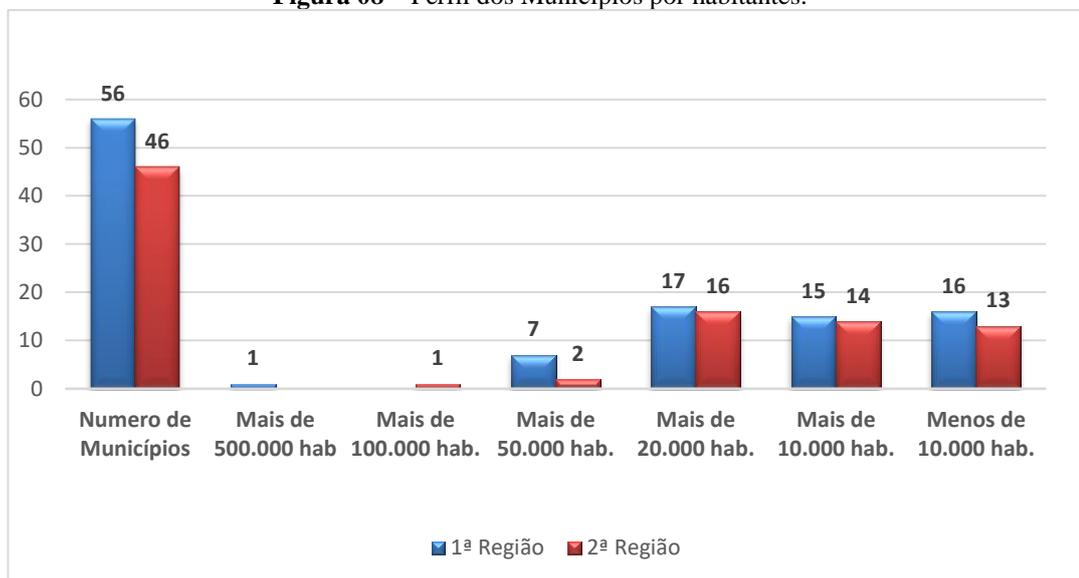


Fonte: Dados da pesquisa

Embora exista uma grande diferença populacional protagonizada pelo número de habitantes das cidades-sede, em particular Maceió, que possui cerca de 30,18% da população geral do estado, verifica-se que o perfil populacional das macrorregiões de saúde em relação ao número de municípios de médio e pequeno porte, esses últimos qualificados pelo Plano Brasil Sem Miséria (onde é extremamente necessária a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica dos municípios), se comporta de forma equilibrada com uma distribuição onde a 1ª macrorregião de saúde possui 16 (28,57%) municípios com menos de 10.000 habitantes e a 2ª Macrorregião possui 13 (28,26%) municípios com as mesmas características (Figuras 4 e 5), embora exista uma concentração maior de riquezas, infraestruturas, educação e níveis de complexidade dos serviços de saúde na 1ª Macrorregião.

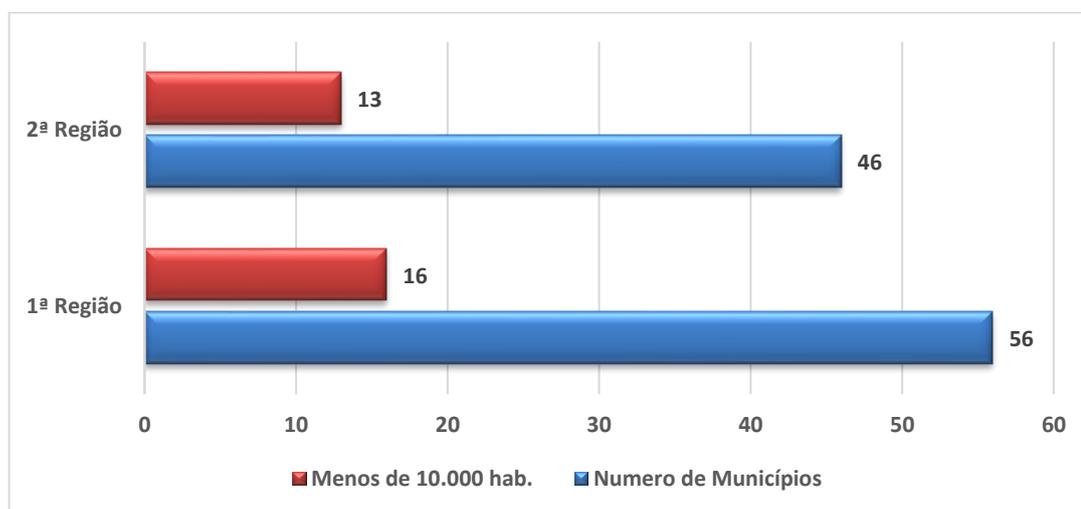
Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Figura 08 – Perfil dos Municípios por habitantes.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 09 – Distribuição dos municípios com menos de 10.000 habitantes e por região.



Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à avaliação através do questionário, as frequências das respostas dos entrevistados e suas respectivas porcentagens são apresentadas nas tabelas a seguir. Através dessa análise, foi possível concluir alguns pontos que serão discutidos na seção seguinte.

Para análise dos dados foi construído um banco de dados no programa EPI INFO, versão 3.5.2, o qual foi exportado para o software SPSS, versão 18, onde foi realizada a análise. Para avaliar o tempo de serviço dos farmacêuticos assim como as percepções acerca do Sistema de

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), as ações que deveriam acompanhar o HÓRUS a fim de garantir a sua melhor eficácia, os impactos na gestão dos recursos financeiros com a implementação do HÓRUS e as principais dificuldades para implantação e utilização do sistema, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência do grau de concordância dos farmacêuticos avaliados. Para comparar a proporção de profissionais que concordaram e que discordaram das afirmativas avaliadas foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

Sobre a distribuição da percepção dos 90 farmacêuticos entrevistados acerca do Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica em Alagoas através do HÓRUS, foram obtidas as frequências que estão dispostas abaixo (tabela 08):

Tabela 08 – Como o farmacêutico avalia o Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS).em Alagoas.

Opinião avaliada	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	p-valor¹
1.Satisfatório	19(21,1%)	56(62,3%)	12(13,3%)	3(3,3%)	<0,001
2.Focado em resultados*	16(18,4%)	57(65,5%)	14(16,1%)	0(0,0%)	<0,001
3.Eficiente	9(10,0%)	53(58,9%)	26(28,9%)	2(2,2%)	<0,001
4.Deixa a desejar	10(11,1%)	49(54,5%)	28(31,1%)	3(3,3%)	0,003
5.Reduz os custos*	18(20,5%)	49(55,7%)	19(21,6%)	2(2,2%)	<0,001
6.Aumenta a burocracia*	11(12,4%)	28(31,5%)	44(49,4%)	6(6,7%)	0,244
7.Promove uma melhor distribuição*	33(37,1%)	49(55,1%)	7(7,8%)	0(0,0%)	<0,001
8.Determinante	16(17,8%)	56(62,2%)	18(20,0%)	0(0,0%)	<0,001
9.Indiferente*	2(2,3%)	17(19,3%)	57(64,8%)	12(13,6%)	<0,001
10.Deficitário*	0(0,0%)	34(38,2%)	49(55,1%)	6(6,7%)	0,026

Nota: ¹p-valor do teste de comparação de proporção para concordância/concordância total e discordância/discordância total. *O número de observações é menor do que 90, pois alguns profissionais não responderam ao item.

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 08 temos a distribuição da percepção dos profissionais acerca do Sistema de Gestão de Assistência Farmacêutica em Alagoas. Verifica-se que a percepção mais citada foi promove uma melhor distribuição (92,2% de concordância/concordância total), seguido de

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

focado em resultados (83,9% de concordância/concordância total) e satisfatório (83,4% de concordância/concordância total). Ainda, observa-se que as percepções que os farmacêuticos mais discordaram/discordaram totalmente foram: indiferente (78,4%), deficitário (61,8%) e aumenta a burocracia (56,1%). Ao aplicar o teste de comparação de proporção apenas na opinião "aumenta a burocracia" o teste de comparação de proporção não foi significativo (p -valor = 0,244), indicando que o número de profissionais concordantes e discordantes com esta afirmativa é semelhante.

Na análise da questão 02, a percepção dos profissionais acerca das principais ações que deveriam acompanhar o HÓRUS em Alagoas a fim de garantir a sua melhor eficiência, apresentaram as seguintes porcentagens de respostas foram obtidas (tabela 9):

Tabela 09 - Principais ações que deveriam acompanhar o HÓRUS em Alagoas a fim de garantir a sua melhor eficiência.

Ações avaliada	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	p-valor¹
1.Planejamento estratégico*	36(40,4%)	51(57,4%)	2(2,2%)	0(0,0%)	<0,001
2.Plano de Metas*	25(28,1%)	58(65,2%)	6(6,7%)	0(0,0%)	<0,001
3.Organograma*	25(29,4%)	50(58,8%)	10(11,8%)	0(0,0%)	<0,001
4.Fluxograma de processos*	20(22,5%)	64(71,9%)	5(5,6%)	0(0,0%)	<0,001
5.Manuais de instruções*	23(26,1%)	61(69,4%)	4(4,5%)	0(0,0%)	<0,001
6.Avaliação de desempenho*	19(21,6%)	62(70,5%)	6(6,8%)	1(1,1%)	<0,001
7.Relatórios de resultados*	27(30,3%)	59(66,4%)	2(2,2%)	1(1,1%)	<0,001
8.Reuniões de avaliação*	27(31,8%)	53(62,4%)	5(5,8%)	0(0,0%)	<0,001
9.Quadro de gestão à vista*	18(20,5%)	55(62,5%)	14(15,9%)	1(1,1%)	<0,001
10.Definição de indicadores*	18(20,7%)	62(71,3%)	7(8,0%)	0(0,0%)	<0,001

Nota: ¹p-valor do teste de comparação de proporção para concordância/concordância total e discordância/discordância total. *O número de observações é menor do que 90 pois alguns profissionais não responderam ao item.

Fonte: Dados da pesquisa

Pode-se verificar na tabela 09 sobre a distribuição da percepção dos profissionais acerca das principais ações deveriam que deveriam acompanhar o HÓRUS em alagoas a fim de garantir a sua melhor eficiência, que mais de 90% dos profissionais concordam/concordam

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

totalmente com a importância das ações avaliadas, exceto nas ações: quadro de gestão avista e organograma (83,0% e 88,2% de concordância/concordância total, respectivamente). Ainda, observa-se que as ações mais citadas pelos farmacêuticos foram: planejamento estratégico (97,8%), relatório de resultados (96,7%) e manuais de instruções (95,5%). Ao aplicar o teste de comparação de proporção ele foi significativo em todas as ações avaliadas (p -valor $< 0,001$ para todas ações), indicando que o número de profissionais concordantes e discordantes difere de forma relevante.

Na avaliação dos impactos, as respostas obtidas estão apresentadas abaixo (tabela 10) sobre a distribuição da percepção dos profissionais acerca dos impactos na gestão dos recursos financeiros com a implantação do HÓRUS.

Tabela 10 – Quais os impactos na gestão dos recursos financeiros com a implantação do HÓRUS.

Opinião avaliada	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	p-valor¹
1.Garante uma melhor aplicação dos recursos	28(31,1%)	54(60,0%)	7(7,8%)	1(1,1%)	$<0,001$
2.Proporciona melhor acompanhamento dos investimentos	29(32,2%)	50(55,6%)	11(12,2%)	0(0,0%)	$<0,001$
3.Disponibiliza uma visão mais ampla do investimento	27(30,0%)	53(58,9%)	10(11,1%)	0(0,0%)	$<0,001$
4.Oferece ao gestor melhor poder de decisão	27(30,0%)	49(54,4%)	14(15,6%)	0(0,0%)	$<0,001$
5.Estabelece prioridades de investimentos	23(25,6%)	51(56,7%)	16(17,7%)	0(0,0%)	$<0,001$
6.Proporciona uma maior transparência	35(38,9%)	55(61,1%)	0(0,0%)	0(0,0%)	$<0,001$
7.Estabelece critérios para o investimento*	15(16,8%)	53(59,6%)	21(23,6%)	0(0,0%)	$<0,001$
8.Melhora a gestão do sistema	28(31,1%)	55(61,1%)	7(7,8%)	0(0,0%)	$<0,001$
9.Distribui de acordo com as necessidades*	18(20,7%)	58(66,7%)	11(12,6%)	0(0,0%)	$<0,001$
10.Aumenta o custo da gestão	0(0,0%)	12(13,3%)	66(73,4%)	12(13,3%)	$<0,001$

Nota: ¹p-valor do teste de comparação de proporção para concordância/concordância total e discordância/discordância total. *O número de observações é menor do que 90 pois alguns profissionais não responderam ao item.

Fonte: Dados da pesquisa

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Na tabela 10 temos a distribuição da percepção dos profissionais acerca dos impactos na gestão dos recursos com a implantação do HÓRUS. Verifica-se que 100% dos profissionais avaliados concordaram totalmente/concordaram que a implantação do HÓRUS proporciona uma maior transparência nos processos. Ainda, observa-se que uma grande parcela dos farmacêuticos concordaram totalmente/concordaram que o uso do sistema melhora a gestão (92,2%) e garante uma melhor aplicação do recurso (91,1%). Acerca do aumento do custo, apenas 13,3% dos profissionais acredita que o uso do HÓRUS aumenta o gasto do município. Ao aplicar o teste de comparação de proporção ele foi significativo em todas as opiniões avaliadas (p -valor $< 0,001$ para todas opiniões), indicando que o número de profissionais concordantes e discordantes difere de forma relevante.

Na tabela 11 temos a distribuição da percepção dos profissionais farmacêuticos acerca da questão 04 que trata das principais dificuldades encontradas na efetiva implantação e utilização do HÓRUS.

Tabela 11 – Principais dificuldades encontradas na efetiva implantação e utilização do HÓRUS como ferramenta de gestão de aquisição e distribuição dos medicamentos.

Opinião avaliada	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	p-valor¹
1.Falta de capacitação para utilização do sistema	11(12,2%)	25(27,8%)	49(54,4%)	5(5,6%)	0,058
2.Excessiva burocracia*	6(6,7%)	22(24,7%)	59(66,4%)	2(2,2%)	<0,001
3.Pouca estrutura tecnológica*	29(33,0%)	38(43,2%)	18(20,5%)	3(3,3%)	<0,001
4.Tempo insuficiente de implantação	7(7,8%)	24(26,7%)	54(60,0%)	5(5,5%)	0,003
5.Poucos recursos humanos	35(38,9%)	48(53,3%)	6(6,7%)	1(1,1%)	<0,001
6.Sistema incoerente com a realidade	8(8,9%)	13(14,4%)	60(66,7%)	9(10,0%)	<0,001
7.Deficiência na qualificação dos gestores*	12(13,5%)	23(25,8%)	53(59,6%)	1(1,1%)	0,044
8.Incompatibilidade*	1(1,1%)	15(16,9%)	67(75,3%)	6(6,7%)	<0,001
9.Recursos financeiros insuficientes	22(24,4%)	36(40,0%)	27(30,0%)	5(5,6%)	0,006
10.Falta de interesse político*	32(36,0%)	39(43,8%)	16(18,0%)	2(2,2%)	<0,001

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Nota: ¹p-valor do teste de comparação de proporção para concordância/concordância total e discordância/discordância total. *O número de observações é menor do que 90 pois alguns profissionais não responderam ao item.

Fonte: Dados da pesquisa

A distribuição da percepção dos profissionais acerca das principais dificuldades encontradas na efetiva implantação e utilização do HÓRUS expressa na tabela 11. Verifica-se que as dificuldades mais citadas pelos farmacêuticos foram: Poucos recursos humanos (92,2%), Falta de interesse político (79,8%) e pouca estrutura tecnológica (76,2%). Ainda, temos que as dificuldades menos citadas pelos profissionais foram: Incompatibilidade (18,0%), Sistema incoerente com a realidade (23,3%) e excessiva burocracia (31,4%). Ao aplicar o teste de comparação de proporção apenas na opinião "Falta de capacitação para utilização do sistema" o teste de comparação de proporção não foi significativo (p-valor = 0,058), indicando que o número de profissionais concordantes e discordantes com esta afirmativa é semelhante

4.2 Discussões dos resultados

Diversos autores apontam que, para atender aos princípios que regem o SUS e cumprir os dispositivos legais, a definição de sistemas de informação em saúde, de âmbito nacional, deve ter a concepção discutida nas três instâncias de governo (Branco, 1996). Durante o desenvolvimento do HÓRUS priorizou-se a participação efetiva e democrática dos estados e municípios em todas as etapas, levando em consideração as especificidades locais, administrativas, técnicas ou sanitárias e contabilizando demandas, custos e prioridades.

O Ministério da Saúde entende que sem informação não há gerenciamento e que a demanda por informações em saúde vem aumentando devido à necessidade de subsídios para a tomada de decisões.

Diante disso, o uso eficiente de tecnologias em informação passa a ser considerado na contribuição da reunião de informações necessárias na otimização do uso de recursos financeiros e humanos, dos serviços e produtos, para a ampliação e qualificação do acesso e da qualidade dos serviços do SUS, com vistas à resolutividade em saúde e conseqüentemente melhora na qualidade de vida da população (Dias, 2013).

A capacitação realizada a distância foi outro aspecto positivo do planejamento do HÓRUS, esta foi uma etapa que ocorreu anterior ao processo de implantação. No entanto, a

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

necessidade de um computador com acesso à internet, bem como disponibilizar um horário dentro do seu tempo de trabalho para realizar tal atividade, dificultou o treinamento de alguns profissionais.

O fato de que o sistema não possui uma aba com manual ou instruções para resolver situações que ocorrem rotineiramente demanda tempo quando se faz necessário entrar em contato com o DATASUS por meio de *e-mail* ou ligação telefônica, uma aba com perguntas frequentes na interface no sistema seria uma boa opção para evitar um gasto de tempo desnecessário na resolução destas questões.

Antes da instalação do HÓRUS nas unidades de saúde, o registro das dispensações era realizado em papel, o que gerava baixa mobilidade de informação, dificuldade de pesquisa, falta de padronização e dificuldade de acesso ao histórico de dispensação por usuário. Com a implantação do sistema, os profissionais relataram que além de ocorrer uma melhor distribuição dos recursos financeiros em relação à aquisição e um maior número de medicamentos e, além disso, atender uma maior quantidade de pessoas. O sistema quando alimentado produz resultados que podem ser utilizados como fonte de dados para nortear o ciclo da assistência farmacêutica. Tais benefícios superam o impacto que ocorreu inicialmente, quando grande parte dos profissionais acreditava que o uso de um sistema informatizado traria mais burocracia ao seu ambiente de trabalho

Os sistemas informatizados são ferramentas essenciais para qualificar a gestão dos municípios, estados e união, para atingir tal propósito torna-se necessário estar articulado com um conjunto de mudanças culturais, de processo de trabalho, de organização de serviços, de modo que se possa contribuir efetivamente além da gestão de informação.

Percebe-se que a ausência ou deficiência no controle de estoque começam a ser superados após o uso do HÓRUS. Perdas ou desperdícios de medicamentos tendem a diminuir.

O grande desafio da administração de materiais é estabelecer níveis de estoque. Para manter um nível de estoque que atenda às necessidades, com regularidade no abastecimento contínuo da rede de serviços, é necessário um controle eficiente e a utilização de instrumentos para registro das informações que facilitem o acompanhamento e subsidiem a programação (Marin *et al.*, 2003).

Dentre as principais dificuldades relatadas pelos profissionais para a efetiva implantação do sistema, a falta de recursos humanos é tida como o problema principal, uma vez que o sistema necessita de pessoal qualificado e em número suficiente para executar os procedimentos necessários e atender a demanda populacional. Para tanto, em 2009, o Ministério da Saúde

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

pública as “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2009) e apresenta que:

A farmácia deve dispor de recursos humanos suficientes, tanto para gestão quanto para assistência aos usuários, mobilizados e comprometidos com a organização e a produção de serviços que atendam às necessidades da população. As atribuições e responsabilidades individuais devem estar formalmente descritas e perfeitamente compreendidas pelos envolvidos, que devem possuir competência suficiente para desempenhá-las. O quantitativo desses recursos varia conforme o número de atendimentos diários e a complexidade do serviço prestado pela farmácia.

Nessas diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde é apresentado o HÓRUS como uma ferramenta importante que possibilita a definição de fluxos e responsabilidades nos processos de trabalho, o “registro sistemático das ações e a possibilidade do acompanhamento, em tempo real, do serviço por meio de emissão e avaliação de relatórios que permitem maior agilidade, segurança e controle das atividades descritas nas diretrizes” (Brasil, 2003, p.7).

A falta de interesse político também foi relatada por parte dos profissionais, o que não deveria ocorrer, uma vez que, com a implantação do HÓRUS, existe a adoção de um mecanismo de controle efetivo, que pode identificar as deficiências e, assim, ações podem ser tomadas para evitar os excessos de estoques, bem como perda do medicamento por vencimento de prazo e, por fim, otimização dos recursos financeiros.

O Ministério da Saúde publicou, em 2006, que sem informação não há gerenciamento. Sem registros, em especial das demandas atendidas e não atendidas, dificilmente se conseguirá programação de medicamentos ajustada. Um sistema de informação eficiente permite evitar a falta e/ou desperdício de medicamentos, garantir a regularidade no abastecimento e suprir as necessidades dos serviços de saúde.

4.3 Consolidação dos resultados

Conforme pode ser certificado, os sujeitos da pesquisa foram os profissionais farmacêuticos envolvidos com o gerenciamento da assistência farmacêutica e o desenvolvimento das etapas que compõe seu ciclo.

Ao explorar os resultados da questão 1, foi possível observar alguns pontos relevantes que respondem ao questionamento sobre evolução das ações de gestão da AF dos medicamentos no Estado de Alagoas, em complemento com os resultados obtidos nas demais questões, pois os profissionais consideram ser satisfatório o sistema HÓRUS como ferramenta de gestão, por ser eficiente, focado em resultados, promover uma melhor distribuição dos recursos e reduzir custos.

Como resultados da questão 2, a maioria dos profissionais farmacêuticos deixam claro uma percepção de que é necessário o desenvolvimento de ferramentas de gestão tais: realização de planejamento estratégico, criação de plano de metas, organograma, fluxograma de processos, avaliação de desempenho, reuniões de avaliação, quadro de gestão a vista e definição de indicadores seriam as principais ações que deveriam acompanhar o HÓRUS em Alagoas a fim de garantir a sua melhor eficiência.

Já com relação ao terceiro questionamento, os farmacêuticos de forma expressiva externaram que o uso do sistema melhora a gestão, garantindo uma melhor aplicação dos recursos, proporcionando uma visão mais ampla e um melhor acompanhamento do investimento, oferecendo ao gestor melhor poder de decisão, com o estabelecimento de critérios e distribuição de acordo com as necessidades e prioridades para utilização dos investimentos com uma maior transparência e sem aumentar o custo da gestão.

Ademais, conclui-se que a pouca estrutura tecnológica, disponibilidade de poucos recursos humanos, os recursos financeiros insuficientes e a falta de interesse político dos gestores, são as principais dificuldades encontradas na efetiva implantação e utilização do HÓRUS como ferramenta de gestão de aquisição e distribuição dos medicamentos.

CONCLUSÕES

A realização desta pesquisa permitiu, em primeiro lugar, a compreensão, em termos teóricos, por meio da revisão de literatura apresentada nos capítulos um e dois, da gestão em saúde e a política de medicamentos e a assistência farmacêutica, respectivamente. Esta compreensão teórica possibilitou, conseqüentemente, enxergar os dados com uma visão mais aprimorada e crítica do que envolve o processo do gerenciamento do ciclo da assistência farmacêutica desenvolvida nos municípios *lócus* da investigação realizada.

Pelo o que foi apresentado, a gestão da Assistência Farmacêutica é imprescindível para a garantia do acesso da população ao medicamento como bem essência e seu uso racional, por conseguinte para a consolidação desse processo, o farmacêutico é responsável pela execução e controle de etapas fundamentais como a programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamento, fundamentais para o funcionamento dos serviços de saúde e atendimento as pessoas que necessitam de tratamento.

Nos aspectos que tratam da gestão da assistência farmacêutica, constatou-se a necessidade de implantação de novas formas de gestão, buscando principalmente o enfrentamento da complexidade e das inúmeras dificuldades das organizações de saúde. Em razão dessa complexidade, as organizações de saúde têm se adequado na implantação da gestão estratégica que possibilita direcionar e definir os caminhos a serem seguidos pelas organizações, além de avaliar se estes caminhos devem ou não continuar a ser seguidos.

Baseado no entendimento de que esse profissional é o responsável pela gestão de Farmácias, mas que para o desenvolvimento das suas ações depende, primordialmente do uso técnicas, ferramentas e de outros sujeitos, é que se traçaram os objetivos da pesquisa.

Atualmente, **há diferentes ferramentas que têm contribuído para facilitar a gestão em saúde e especificamente na gestão da assistência farmacêutica, a qual tem atraído o uso das novas tecnologias. Nesse caso, específico da gestão da assistência farmacêutica, trata-se do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), o qual possibilita a monitoração e o controle dos processos de saúde, sobretudo, no que se refere à assistência farmacêutica.**

Analisando dos dados encontrados, pôde-se compreender como o farmacêutico avalia o HÓRUS em Alagoas. Em todos os escores analisados, no que concerne ao uso da ferramenta e os resultados que ele disponibiliza, quais sejam: *promove uma melhor distribuição (92,2%),*

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

*focado em resultados (83,9%), satisfatório (83,4%), determinante (80,0%), reduz os custos (76,2%) e eficiente (68,9%), os profissionais farmacêuticos sinalizaram com um percentual positivo de concordando e concordando totalmente. O percentual significativo da avaliação discordante dos itens indiferente (78,4%), deficitário (61,8%) e aumenta a burocracia (56,1%), vai ao encontro dos resultados positivos apresentados nos itens anteriores, o que demonstra que os farmacêuticos têm relativa clareza da importância do HÓRUS como ferramenta de gestão no gerenciamento e qualificação da assistência farmacêutica em Alagoas. O valor de (65,5%) apresentado no item *deixa a desejar*, nos proporcionou ampliar a entendimento dos resultados dispostos a seguir.*

Levando-se em consideração que a maioria dos profissionais avaliados apontaram positivamente que a implantação do HÓRUS foi uma evolução da prática farmacêutica no processo de gerenciamento do setor em Alagoas, Quando se colocou em discussão da avaliação das principais ações que deveriam acompanhar o HÓRUS em Alagoas, um percentual muito significativo dos farmacêuticos demonstraram possuírem conhecimento técnico sobre as atividades necessárias para a execução do processo de gestão quando elegeram concordando e concordando totalmente que a falta de *planejamento estratégico (97,8%) reuniões de avaliação (94,0%), plano de metas (93,3%), avaliação de desempenho (92,1%), definição de indicadores (92,0%), organograma (88,2%) e Quadro de gestão a vista (83,3%)*, seriam as principais ações que deveriam acompanhar a implantação do HÓRUS em Alagoas a fim de garantir o funcionamento eficiência e qualificado.

Ao buscar os impactos na gestão com a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) os farmacêuticos demonstram uma percepção bastante positiva acerca do questionamento apresentando um percentual de 78,67% concordando/concordando totalmente e reconhecendo que o sistema *proporciona uma maior transparência (100,0%), melhora a gestão do sistema (92,2%), garante uma melhor aplicação dos recursos (91,1%), disponibiliza uma visão mais ampla dos investimentos (88,9%), proporciona um melhor acompanhamento dos investimentos (87,8%), distribui de acordo com as necessidades (87,4%), oferece ao gestor melhor poder de decisão (84,4%), estabelece prioridades de investimentos (82,3%) e estabelece critérios para os investimentos (76,4%)*, Ainda a maioria deles discorda/discorda *totalmente que aumenta o custo da gestão (86,7%)*, corroborando, para uma avaliação positiva dos impactos causados pelo HÓRUS na gestão da assistência farmacêutica em nos municípios Alagoanos.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

Por outro lado, quando se coloca em discussão as principais dificuldades encontradas na efetiva implantação e utilização do HÓRUS como ferramenta de gestão de aquisição e distribuição dos medicamentos, verifica-se que a maioria dos farmacêuticos concorda/concorda totalmente que *poucos recursos humanos* (92,2%), *existe falta de interesse político* (79,8%), *dispõem de pouca estrutura tecnológica* (76,2%) e *recursos financeiros insuficientes* (64,4%). Ainda a maioria deles indo ao encontro da avaliação positiva discorda/discorda totalmente que existe excessiva burocracia (68,6%), *tempo insuficiente de implantação* (65,5%), *sistema incoerente com a realidade* (76,7%), *deficiência na qualificação dos gestores* (60,7) e *incompatibilidade* (82,0%).

Com o quadro apresentado, pode-se dizer que os objetivos específicos foram atingidos, e em conjunto com os quadros anteriormente apresentados, possibilitou atingir o objetivo geral, possibilitando através da realização da investigação tanto do ponto de vista teórico, como empírico, compreender as dificuldades para consolidar a implantação do sistema HÓRUS como ferramenta de gestão efetivo do Ciclo da Assistência Farmacêutica e impactos na gestão do serviço de saúde.

Apesar da existência de algumas limitações, sobretudo no que se refere ao problema de alguns profissionais não terem respondido os questionários mesmo tendo sido disponibilizados por meio eletrônico, de 30,1% dos participantes terem menos de 2 anos atividade no serviço, conseguiu-se resultados expressivos, consistentes e satisfatórios em todas os questionamentos propostos, e conforme se verifica nos dados apresentados como resultados da percepção do profissional farmacêutico atuantes na prática da gestão em saúde.

Na busca de melhoria no processo implantação e efetivação funcionamento do HÓRUS, como ferramenta de gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica nos municípios alagoanos, 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 a identificação de possíveis problemas, proporcionando assim a aplicação de medidas corretivas e preventivas que possam garantir com eficácia e eficiência a realização de um serviço essencial definido através de política de saúde. Lembrado que a Carta Magna brasileira, a Constituição Federal de 1988, prevê o direito ao acesso universal e igualitário a todos os pacientes do SUS, onde se inclui o acesso de forma racional e com qualidade ao medicamento.

Sugere-se, então, que os governantes, no caso dos municípios de Alagoas, entendam a importância do HÓRUS, como ferramenta de gestão para o controle de estoque de

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

medicamento, melhorar o poder de decisão do gestor, para estabelecer prioridades na aplicação dos recursos com transparência e racionalidade a fim de qualificar o serviço de saúde e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional.

Fazendo uma comparação sobre os aspectos gerais que antecederam a implantação do HÓRUS através da revisão da literatura, percebe-se que ocorreu um grande avanço na gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas. Já que anteriormente existia ausência ou deficiência no controle do estoque, falta de controle no fluxo de medicamentos, falta de medicamentos devido a programação inadequada de aquisição, desabastecimento por perda da validade dos medicamentos, medicamentos com data de validade vencida ou prestes a vencer, desconhecimento do perfil de consumo da população, inexistência ou insuficiência de sistematização dos dados entre outras.

A análise dos dados mostrou que apesar de ainda constatar alguns problemas, sobretudo com relação a implantação do sistema e ao funcionamento do sistema, como a disposição de pouca estrutura tecnológica e poucos recursos humanos o HÓRUS tem contribuído para a qualificação gestão do sistema farmacêutico, no que se refere ao controle em tempo real do estoque e fluxo dos medicamentos, redução da descontinuidade no abastecimento do sistema de saúde e no fornecimento aos usuários, programação baseada em consumo real/demanda atendida e programada, identificação do perfil de consumo de medicamentos no território, redução de perdas de medicamentos pelo decurso de validade do produtos e Informações fidedignas em tempo real para subsidiar a tomada de decisão que possibilita garantir uma melhor aplicação dos recursos.

Considerando a dinâmica e rotatividade dos profissionais farmacêuticos no estado de Alagoas, alguns aspectos foram apontados como dificuldade para a gestão do sistema HÓRUS, visto que nem todos os profissionais participaram da equipe inicial que recebeu o treinamento oferecido pelo SUS. No entanto, a gestão da assistência farmacêutica no Estado está muito mais adequada após a implantação do sistema, especialmente no que se refere à aquisição e distribuição dos medicamentos, possibilitando atender um número maior de pessoas.

No que se refere à avaliação da implantação do sistema HÓRUS em Alagoas, essa pesquisa atingiu seu objetivo, pois mais de 90% dos profissionais que estiveram envolvidos na implantação participaram da implantação e/ou estão fazendo uso dessa ferramenta.

Tendo como referência o modelo de gestão que predomina nos municípios brasileiros,

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

pode-se classificar que por hora os resultados expostos são apenas um recorte de uma realidade fortemente presente. A troca de gestor pode, às vezes, mudar significativamente todo o processo, pois nem sempre uma nova gestão, assume compromisso na execução das políticas públicas e nem mesmo os serviços que estão efetivamente funcionando, legado de gestão anterior, consegue manter o processo em funcionamento.

Neste sentido, pode-se concluir que **esta investigação apenas é um retrato de um momento político, o qual encontra-se, conforme resultados alcançados em execução satisfatória tanto do ponto de vista do processo de implantação, como da utilização da ferramenta como fator de qualificação da gestão de Ciclo da Assistência Farmacêutica.**

Este trabalho pode ser pensado em duas direções: de um lado, ele apresenta importante contribuição para se avaliar processos de implantação da ferramenta de gestão nos municípios, servindo de instrumento de apoio para agilizar e garantir a efetividade na implantação do sistema em outros municípios em Alagoas e no Brasil, pois o sistema é de domínio e gestão do Ministério da Saúde e por outro lado, ele apresenta limitações no que concerne à uma efetiva “avaliação” perceptual e temporal dos serviços de Assistência Farmacêutica existentes nos municípios de Alagoas. Através dos questionários respondidos, obteve-se dados dos profissionais farmacêuticos envolvidos no processo, porém, seria interessante “ouvir” os gestores que é parte responsável, por dispor os recursos para a realização da implantação do sistema e por ser beneficiado com os resultados apresentados pelo desenvolvimento e execução do processo, tanto no que se refere às questões financeiras, como de indicadores de saúde.

Ademais, esse estudo possibilitou analisar os eventuais problemas que o sistema apresenta para que medidas no sentido de resolvê-los sejam adotadas. **Não houve a intenção de esgotar o tema numa dissertação de mestrado, pois desnublou-se possibilidades de outros estudos, o que possibilitará a ampliação da área em termos empíricos e teóricos.**

Destarte, **outras análises podem ser feitas para aprimorar e/ou complementar o estudo atual, ou o mesmo questionário pode ser aplicado nos demais 12 municípios que não foram contemplados nessa pesquisa, bem como em outro(s) estado(s) para fins de comparação, e a partir daí analisar qual(is) o(s) percalço(s) que estão tardando o uso do HÓRUS em sua plenitude.** Muito há a ser dito ainda sobre as ferramentas para controle e avaliação e a gestão da Assistência Farmacêutica em termos gerais e, também, particularmente em cada município brasileiro.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

BIBLIOGRAFIA

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão e Participação Social. (2012). *Plano Estadual de Saúde do Quadriênio 2012-2015 (PES 2012-2015)*. Maceió: SESAU/AL, 116p.

ALDAY, H. E. C. (2000). *Estratégias Empresariais*. Coleção Gestão Empresarial. Acedido em 20 de março de 2014 em <http://www.unifae.br/publicacoes/pdf/empresarial/2.pdf>.

ALVES, A. F.; COSTA, A. C.; FIGUEIRA, S.A.; MONTEIRO, M. A. (2004). *Planejamento Estratégico como ferramenta de gestão para organização e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde*. Acedido em 26 de abril de 2015 em http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/61/2013_61_7791.pdf;

ANDRADE, M. A.; SILVA, M. V.; FREITAS, O. (2003). **Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos**. 2003. Acedido em 15 de junho de 2014 em http://www.fasi.edu.br/files/biblioteca/Assistencia_farmacutica_como_estrategia.pdf.

ARAÚJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. (2008). Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup):611-617.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. (2006). Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas* vol. 42, n. 1, jan./mar.

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

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. (2013). *Assistência farmacêutica no serviço público: cartilha para gestores municipais*. Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná. Acedido em 19 de maio de 2015 em http://crfcr.org.br/uploads/comissao/10989/Cartilha_Assistencia_Farmacutica_no_servico_publico.pdf.

AUREA, A. P. *et al.* (2011). *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.

BARBOSA, D. M. (2009). *Atribuições do farmacêutico na atenção primária à saúde*. Faculdade de Farmácia: Belo Horizonte.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

BARRETO, J. L.; GUIMARAES, M. C. L. (2010). Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.26, n.6, pp. 1207-1220. ISSN 0102-311X.

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

BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I (2006). 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.

BONDARIK, R.; CARVALHO, H. P.; PILATTI, L. A. (2002). *História empresarial: uma ferramenta para a gestão do conhecimento nas organizações empresariais*. IX Simpósio Internacional Processo Civil. Ponta Grossa.

BORBA, V. R. (2006). *Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: Instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BRASIL. (2001). 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.

_____. (2004). *Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde.

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

_____. (2007). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS* /Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS.

_____. (2011). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS.

_____. (2014). Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. *Farmácia*. Acedido em 20 de março de 2014 em file:///C:/Users/palmira/Downloads/assistncia%20farmacutica%20municipal_web_2013.pdf.

CHIAVENATO, I. (2011). *Introdução à teoria geral da administração*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

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

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (2004). *Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004*. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Acedido em 20 de março de 2014 em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

CORDEIRO, J. V. B. M.; RIBEIRO, R. V. (2014). **Gestão da Empresa**. Coleção Gestão Empresarial. 2000. Acedido em 5 de abril de 2014 em www.unifae.br/publicacoes/pdf/gestao/empresarial.pdf.

CORDEIRO, T. M. S. C.; SANTOS, C. L. R.; CARNEIRO NETO, J. N. (2012). *Sistema único de saúde: utopia ou realidade?* Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep 22(2) 37-43, jul.dez.

COSTA, A. C.; NOGUEIRA, P. T.; MAFRA, S. C. T. (2009). *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.

COSTA, M. B. S.; SALAZAR, P. E, L.; SANTOS, J. P. (2003). *Percepção de gestores de saúde sobre as mudanças no sistema único de saúde*. Universidade de Exteemadura - Espanha.

CRIBB, A.Y. (2007). Artigo Mudança cultural coletiva: o pré-requisito da inovação no Brasil.. Acedido em 20 de março de 2014 em www.jornaldaciencia.org.br.

CUNHA, M. P.; REGO, A.; CUNHA, R. C.; CABRAL-CARDOSO, C. (2007). *Manual de Comportamento e Gestão*. 6ª ed. Revista e Atualizada.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II.

DIAS, E. P. (2002). Conceito de gestão e administração: uma revisão crítica. *Revista eletrônica de administração – Facef – v. 1 ed. 1. Jul./dez.*

FARAH JÚNIOR, M. F. (1999). 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., p.33-40.

FEITOSA, F. P. J. (2006). *O Papel do Farmacêutico no Controle do Uso Racional de Antibióticos*. Acedido em 10 de abril de 2014 em www.esp.ce.gov.br/index.php.

FERREIRA, F. H. G. (2001). **A Evolução de uma Ciência chamada Administração**. Acedido em 10 de abril 2014 em <http://www.bte.com.br>.

FERREIRA, M. J. Q. (2010). *Assistência Farmacêutica Pública: uma revisão de literatura*. Acedido em 29 de junho de 2015 em <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011ferreira-mjq.pdf>.

FERREIRA, V. C. P.; CARDOSO, A. S. R.; CORRÊA, C. J.; FRANÇA, C. F. (2009). *Modelo de Gestão*. 3ª ed. Rio de Janeiro: FGV.

FERREIRA, R. R.; NOBREGA, J. O. T. (2012). *Atuação do profissional farmacêutico na atenção básica de saúde*. Acedido em 7 de junho de 2014 em www.cpgls.ucg.br/8mostra/Artigos/pdf.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

FERNANDES, F.; LUFT, C. P.; GUIMARÃES, F. Marques. (1990). *Dicionário Brasileiro Globo*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Globo.

FIGUEIREDO, L. C. (2011). *Organização empresarial fundamentos do modelo organizacional*. Acedido em 10 de abril de 2014 em www.eteapc.com.br/adm/arquivos/materiaisalunos/.pdf

FRAGA, F. N. R. (2005). *A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal*. Porto Alegre.

GIL, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas.

GODOY, V. A.; ROSA, M. R.; BARBOSA, F. L. (2008). *O planejamento estratégico como ferramenta para a gestão educacional no processo decisório dentro das IES*. FACIMED.

HAFSI, T.; MARTINET, A.C. (2008). Estratégia e Gestão Estratégica das Empresas: um Olhar Histórico e Crítico. *RAC*, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 1131-1158, Out./Dez.

HAMPTON, D. R. (1992). *Administração, teoria prática e casos*. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill.

HOLANDA, A. B. (2010). *Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 8ª ed. 2. Nova Ortografia. Positivo.

_____. (2002). *O mini dicionário da língua portuguesa*. 4ª Ed. Rio de Janeiro.

IVAMA, A. M. et al. (2002). *Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório 2001-2002*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

JERONIMO, E. B. (2013). *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.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.

LOPES, S. (1970). Organizações e Sociedade. *In Análise Social: ISCUL*. v. 8.

MACEDO, L. J. J.; CARVALHO, J. B.; COUTINHO, H. R. M. (2008). *O gestor em saúde no setor público*. Acedido em 15 de março de 2014 em <http://dsau.dgp.eb.mil.br/pdf>.

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

MAINARDES, E. W.; FERREIRA, J.; RAPOSO, M. (2011). 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.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

MARIN, N. et al. (2003.) *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS. 373 p.

MARTINS, L. P. (2008). 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).

MARTINS, L. P.; GALATO, D. (2008). 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).

MATOS, D.; PIRES, E. (2006). *Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem*. Acedido em 15 de março de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>.

MENEGHELLI, L. (2000). *O ambiente das organizações na era da globalização*. Acedido em 20 de outubro de 2016 em <https://pt.scribd.com/document/75455247/O-Ambiente-das-Organizacoes>.

MERHY, E. E. (1994). *Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no brasil*. Acedido em 19 de abril de 2014 em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/livros-02.pdf>.

MERCADANTE, O. A. (2002). *Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil*. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Acedido em 27 de novembro de 2016 em <http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>.

MIRANDA, T. A. M. (2012). *As mulheres executivas e seus estilos de gestão*. Rio de Janeiro. Acedido em 15 de abril 2014 em http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/G201118.pdf.

NUNES, P. (2005). *Gestão: Conceito de Organizações*. Acedido em 10 de abril de 2014 em www.notapositiva.com/trab_professores/textos_apoio/gestao/03conc_organizacao.htm.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *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. Acedido em 29 de outubro de 2016 em <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3598/PapelFarmaceutico.pdf?sequence=1>.

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

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

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. (2010). 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.

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

OLIVEIRA, M. F. (2011). *Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração*. Catalão: UFG.

OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (2009). *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). (2002). Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Proposta. Atenção farmacêutica no Brasil: “trilhando caminhos”. Brasília: OPAS.

PAIVA, S. M. A.; SILVEIRA, C. A.; GOMES, E. L. R.; TESSUTO, M. C.; SARTORI, N. R. (2010). Teorias Administrativas na Saúde. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, abr/jun; 18(2):311-6.

PASQUETTI, C. V. (2011). *O Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico*. Acedido em 13 de abril de 2014 em <http://www.cpgls.ucg.br/7mostra/Artigos/.pdf>.

PAULA, A. L. L. (2010). *Definição de gestão, administração e gerenciamento*. Acedido em 15 de março de 2014 em <http://webinsider.com.br/2010/04/03/definicao-de-gestao-administracao-e-gerenciamento/>.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. (2008). A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. vol. 44, n. 4, out./dez..

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

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

SAVI, L. A. (2011). *Assistência farmacêutica no sistema único de saúde(sus): aspectos históricos, gerenciais e organizacionais*. Instituto Salus, maio-junho.

SCHMITZ, S.; SOARES, T.; FERNANDES, N.; DUARTE, M.; FERNANDES, J.; BÜCHELE, H.; ANGULSKI, N. D. (2009). *O Planejamento como instrumento de gestão estratégica de Negócios*.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

SILVA JUNIOR, D. B. (2006). *Assistência farmacêutica em município do estado de São Paulo: diagnóstico e perspectivas*. Acedido em 20 de abril de 2014 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60137/tde-16012007-142838/pt-br.php>.

SIQUEIRA, O. G.; MARTINS, J. L. (2007). *A aplicação de um modelo de gestão estratégica competitiva para uma rede de farmácias de pequeno porte: um estudo de caso*. Acedido em 13 de abril de 2014 em online.unisc.br/seer/index.php/cepe/article/download/1230/115.

SOTOMAYOR, A. M.; RODRIGUES, J.; DUARTE, M. (2013). *Princípios de Gestão das Organizações*. 1ª ed. São Paulo: Rei Livros.

SOUZA, S. B.; COSTA, A. M.; SILVA, M. L. B. (2013). Assistência Farmacêutica e SUS: análise da gestão a partir da legislação brasileira e de revisão da literatura. *Coleção Gestão da Saúde Pública*, vol. 10.

TAVARES, G. R. P.; CERUTTI, A. A. P.; FREITAS, C. S. C.; MOREIRA, G. L.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. C (2009). *Planejamento estratégico como ferramenta para melhoria da gestão da assistência farmacêutica*. III Congresso Consad de Gestão Pública. Acedido em 20 de abril de 2014 em <http://www.repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/handle/123456789/393>

TAVARES, R. S. C. R.; KAMIMURA, Q. P.; ARAÚJO, E. A. S. (2011). *Análise da Produção Científica de Artigos sobre Gestão Estratégica: um Estudo Bibliométrico*. VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia.

TERENCE, A. C. F. (2002). *Planejamento Estratégico como Ferramenta de Competência na pequena empresa: desenvolvimento e avaliação de roteiro pratica para o processo de elaboração do planejamento*. Acedido em 15 de abril de 2014 em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/.../Dissertacao_anaclaudia.pdf.

TURNER, S. (2010). *Ferramentas de Apoio à Gestão: guia especial para o gestor de sucesso*. 1ª ed. São Paulo: Monitor.

VEBER, A. P. (2008). *Assistência farmacêutica e planejamento: limites e possibilidades em municípios catarinenses*. Florianópolis, Santa Catarina.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (2011). *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

VENTURA, P. F. E. V (2010). *Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares*. Acedido em 15 de abril de 2014 em <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br>.

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

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

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

VIEIRA, A. M. P.; CRUZ, A. P. F.; CUNHA, V. F. (2012). 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.

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE E ESCLARECIDO



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

Eu, _____, RG _____, residente em _____, declaro que vou participar por livre e espontânea vontade, da pesquisa intitulada “**Ferramentas de Gestão em Saúde: uma avaliação da implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência farmacêutica no estado de Alagoas**”. Esta pesquisa será realizada pelo mestrando **Alexandre Correia dos Santos** 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: **Avaliar os impactos da Implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica no Estado de Alagoas como Ferramenta da Gestão.**

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.

Maceió, _____ de _____ de 2015.

Voluntário

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO



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

Distrito de Saúde: _____	
Profissão: _____	
Tempo de serviço na função: _____	Data: ____/____/____
Sexo: Masculino (<input type="checkbox"/>) Feminino (<input type="checkbox"/>) Idade: _____	

Aos profissionais da Rede de Assistência Farmacêutica de Alagoas:

Estamos nos dirigindo a você a fim de solicitar sua colaboração para uma pesquisa que estamos desenvolvendo com o temário: **“Ferramentas de Gestão em Saúde: uma avaliação da implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência farmacêutica no estado de Alagoas”**. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Alexandre Correia dos Santos, sob a orientação do Professor Doutor António Augusto da Costa, como base para minha pesquisa de Mestrado em Gestão de Empresas com concentração em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT / Portugal.

Nosso objetivo é avaliar os impactos da Implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica no Estado de Alagoas como Ferramenta da Gestão.

Não se trata de um teste de avaliação, portanto não existem respostas certas ou erradas. O importante é que você responda todas as questões com sinceridade.

As suas respostas serão utilizadas apenas para investigação científica, portanto, todas as informações fornecidas serão mantidas no anonimato.

POR FAVOR, AO TERMINAR VERIFIQUE SE NÃO ESQUECEU DE RESPONDER NENHUMA PERGUNTA.

A sua colaboração é de máxima importância para o prosseguimento do nosso estudo. Desde já agradecemos a sua disponibilidade!

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

1ª PARTE

Esse questionário não tem respostas certas ou erradas. É sobre o que você pensa e sente e é absolutamente subjetivo. Por isso responda de acordo com o que você realmente **PENSA E SENTE**, sem se importar com que os outros possam pensar ou sentir. Assinale o quadrado que corresponda melhor à questão:

1- Como você avalia o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) em Alagoas?

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
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. Determinante				
9. Indiferente				
10. Deficitário				

2- Enquanto ferramenta de gestão, quais as principais ações que deveriam acompanhar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) em Alagoas a fim de garantir a sua melhor eficiência?

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Planejamento Estratégico				
2. Plano de Metas				
3. Organograma				
4. Fluxograma de processos				
5. Manuais de Instruções				
6. Avaliação de Desempenho				
7. Relatórios de resultados				
8. Reuniões de avaliação				
9. Quadro de Gestão á Vista				
10. Definição de Indicadores				

Alexandre Correia dos Santos. Ferramentas de gestão em saúde: uma avaliação da implantação do sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica no Estado de Alagoas.

3- Quais os impactos na gestão com a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS)?

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Garante uma melhor aplicação dos recursos				
2. Proporciona um melhor acompanhamento dos investimentos				
3. Disponibiliza uma visão mais ampla do investimento				
4. Oferece ao gestor melhor poder de decisão				
5. Estabelece prioridades de investimentos				
6. Proporcionar uma maior transparência				
7. Estabelece critérios para o investimento				
8. Melhora a gestão do sistema				
9. Distribui de acordo com as necessidades				
10. Aumenta o custo da gestão				

4- Quais as principais dificuldades encontradas na efetiva implantação e utilização do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) como ferramenta de gestão de aquisição e distribuição dos medicamentos?

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Falta de capacitação para utilização do sistema				
2. Excessiva burocracia				
3. Pouca estrutura tecnológica				
4. Tempo insuficiente de implantação				
5. Poucos recursos humanos				
6. Sistema incoerente com a realidade				
7. Deficiência na qualificação dos gestores				
8. Incompatibilidade				
9. Recursos financeiros insuficientes				
10. Falta de interesse político				

Obrigado por sua participação!