

Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil

Evaluation of decentralized management of basic pharmaceutical care in Bahia State, Brazil

Joslene Lacerda Barreto ^{1,2}
 Maria do Carmo Lessa Guimarães ²

¹ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador, Brasil.

² Faculdade de Farmácia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência

J. L. Barreto
 Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal da Bahia.
 Rua Barão de Jeremoabo s/n, Campus Universitário, Salvador, BA
 40170-115, Brasil
 joslenebarreto@ig.com.br

Abstract

This article analyzes the decentralized management of pharmaceutical care at the municipal (local) level in the State of Bahia, Brazil. The working hypothesis is that conditioning factors for such management results mainly from an essentially technical and procedures-based approach that still prevails in pharmaceutical care. Two research strategies were used: an extensive strategy, based on the Protocol of Indicators developed by the Nucleus for Studies and Research in Pharmaceutical Care (NEPAF) at the School of Pharmacy, Federal University in Bahia, in two Bahian municipalities. Data were collected with questionnaires, a checklist, and document analysis. The intensive phase used semi-structured interviews with key informants. The findings confirm the initial premises, detecting management practices limited to the operational dimension, with an emphasis on aspects of the logistic cycle in pharmaceutical care. Some limited strides were identified in the organizational and sustainability dimensions, focused on promoting greater participation and autonomy in the management of pharmaceutical care at the municipal level.

Pharmaceutical Services; Health Management; Evaluation

Introdução

Com a Política Nacional de Medicamentos (PNM) ¹, a assistência farmacêutica passa a ser entendida como parte integrante de um conjunto de práticas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde, contemplando atividades que extrapolam o simples abastecimento de medicamentos. Assim, os municípios passam a assumir uma “*série de responsabilidades que exigem mobilização de conhecimento e habilidades técnicas, gerenciais e políticas em relação à assistência farmacêutica*” ² (p. 53).

No entanto, as condições da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros ainda estão bem distantes daquelas necessárias para que estes assumam suas funções de executores desta política. Estudos realizados sobre a implementação da PNM apontam para problemas na organização das atividades voltadas para o medicamento decorrentes da falta de prioridade para com este campo de assistência, observada historicamente na organização do sistema de saúde no Brasil.

Mayorga et al. ³ (p. 208), ao analisarem a situação da assistência farmacêutica no Brasil, concluíram que os municípios e estados, enfrentam “*problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na infra-estrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos*”.

Do mesmo modo, Fraga ⁴ verificou que apesar de alguns avanços resultantes da PNM, a assistência farmacêutica desenvolvida nos municípios brasileiros ainda é incipiente, mantendo a ênfase na aquisição de medicamentos. Além disso, os municípios ainda não são capazes de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais, propósitos maiores desta política ^{3,4,5}.

Vale ressaltar que, numa perspectiva sistêmica mais ampla, o acesso e o uso racional de medicamentos mantêm uma interrelação que ultrapassa as fronteiras do setor saúde, envolvendo principalmente os setores social, econômico, educacional, político, entre outros.

Para Marin et al. ², todos os componentes do ciclo da assistência farmacêutica podem e devem contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos, o que de acordo com Fraga ⁴ (p. 23) é caracterizado pela *“adoção de atitudes alicerçadas em informações técnico-científicas e operacionais durante o diagnóstico, a prescrição, a dispensação e a utilização dos medicamentos”*.

Estudos mais analíticos e menos diagnósticos vêm chamando atenção para a concepção que ainda prevalece sobre o medicamento como bem de consumo e não como insumo básico de saúde, passando assim, segundo Marin et al. ² (p. 130), a ser um *“objeto desvirtuado no Sistema de Saúde, inviabilizando o desenvolvimento de um enfoque que priorize o cuidado com a terapêutica medicamentosa, envolvendo nessa concepção a formação dos profissionais, o processo de educação continuada, a orientação à população e o acompanhamento do uso adequado e racional dos medicamentos”*.

Tais problemas, segundo Nascimento Jr. ⁶ e Fraga ⁴, refletem atitudes e condutas de diversos atores: governos, prescritores, dispensadores, consumidores e da própria indústria farmacêutica e se manifestam na falta de infra-estrutura, de recursos humanos e de recursos financeiros ou orçamentários.

Considerando a relevância do processo de implementação de política de saúde e seus programas, na perspectiva de consolidação do SUS, alguns estudos vêm sendo realizados no sentido de acompanhar e avaliar este processo em particular no âmbito dos municípios.

No caso específico da assistência farmacêutica, ressalta-se aqui o modelo teórico metodológico de avaliação da gestão, desenvolvido por Guimarães et al. ⁷, adaptado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica (NEPAF) da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) para avaliar a gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica.

Este modelo está orientado por um conceitual guia de gestão, o qual, por sua vez, pauta-se também em princípios orientadores do SUS tais como: descentralização, flexibilidade, transparência, participação e autonomia decisória.

Neste sentido, o NEPAF ⁸ assume, tomando de empréstimo de Junquillo ⁹ e Guimarães et al. ⁷ (p. 1646) o conceito de gestão como *“um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados”* e o de *“capacidade de gestão”* como *“a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão”*.

Orientado por estes conceitos e apoiado nos princípios orientadores do SUS, o NEPAF ⁸ (p. 5) construiu um conceito-guia de assistência farmacêutica básica, como um *“conjunto de práticas que envolvem atividades de regulação, planejamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais na rede de atenção básica da saúde pública, garantindo o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos de forma descentralizada e compartilhada”*. E o conceito da gestão da assistência farmacêutica na atenção básica da saúde como a *“capacidade de formular, articular e criar condições de implementação e de sustentabilidade da Assistência Farmacêutica Básica de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal”*.

Tais concepções de gestão segundo estes autores, envolvem não apenas aspectos técnico-administrativos, mais próximos da teoria da Administração Clássica, como também aspectos estratégicos, sociais e políticos que se aproximam mais da ciência política. Estas escolhas estão também sustentadas na discussão levantada por Carlos Matus ¹⁰ sobre a possibilidade da capacidade de governo ser aferida a partir de três dimensões, interdependentes entre si, e ilustrada através de uma linguagem esquemática, que passou a ser conhecida como o *“Triângulo de Governo de Matus”*.

Nesta direção, Guimarães et al. ⁷, inspirados no Triângulo de Governo de Matus, defendem a capacidade de gestão como capacidade de governar, a qual se revela através de três dimensões também interdependentes: organizacional, operacional e da sustentabilidade. A organizacional revela aspectos relacionados à capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente. A operacional revela a capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais. A sustentabilidade revela a capacidade de sustentar os resultados da gestão, contemplando aspectos relacionados à institucionalização de mecanismos e estratégias que ampliam e/ou consolidam apoios e alianças

capazes de favorecer a sustentabilidade das decisões e dos resultados pretendidos pela gestão.

Os autores da proposta do NEPAF⁸ defendem que a avaliação da gestão da assistência farmacêutica implica verificar a inter-relação entre suas três dimensões, ou seja, a aferição integrada e ampla dos problemas que envolvem a gestão, tendo como objetivo definir estratégias para superação ou minimização dos obstáculos identificados conforme prevê a pesquisa avaliativa discutida por Novaes¹¹ e Draibe¹².

Nesta perspectiva, este artigo apresenta os principais resultados da avaliação da gestão da assistência farmacêutica realizada pelo NEPAF⁸ identificando os fatores condicionantes desta gestão no âmbito municipal do Estado da Bahia, Brasil.

Parte-se dos pressupostos de que os constrangimentos que a gestão da assistência farmacêutica municipal enfrenta têm como fator condicionante o predomínio de uma concepção minimalista de assistência farmacêutica a qual ainda orienta a organização dos serviços farmacêuticos no sistema público de saúde.

Tal concepção está pautada numa matriz conceitual funcionalista que prioriza práticas procedimentais e tecnicistas. Ou seja, privilegia a gestão da logística de aquisição de medicamentos em detrimento de iniciativas de gestão de natureza estratégica e política para a promoção do uso racional de medicamentos e que fomentem maior participação, autonomia e sustentabilidade dos seus resultados.

Procedimentos metodológicos

Para a avaliação da gestão da assistência farmacêutica nos municípios baianos o NEPAF⁸ construiu um protocolo de indicadores a partir do proposto por Guimarães et al.⁷ com 49 indicadores distribuídos nas três dimensões da gestão: dimensão organizacional (Tabela 1), dimensão operacional (Tabela 2) e dimensão da sustentabilidade (Tabela 3). Contempla indicadores que identificam (i) a existência de normas e de estratégias para a implementação e sustentação de um modelo diferenciado de gestão da assistência farmacêutica, (ii) a autonomia decisória, (iii) a participação, (iv) a disseminação de conhecimentos estratégicos sobre a assistência farmacêutica e (v) a satisfação com a qualidade dos serviços e/ou com o atendimento de demandas referidas por usuários e/ou por gestores e trabalhadores do sistema local de saúde.

Este protocolo foi aplicado em dois municípios do Estado da Bahia, à título de estudo piloto, com financiamento da Fundação de Amparo

à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), para validação do modelo de avaliação proposto pelo NEPAF⁸. A seleção dos municípios obedeceu a critérios técnicos e estratégicos que evidenciassem condições diferenciadas para “melhor”, recomendadas para validação de modelos de avaliação¹³. Isto porque, em estudos avaliativos, estas condições podem assegurar minimamente que a maior probabilidade de melhores resultados estaria nestas realidades¹³.

Assim, foram selecionados dois municípios, um por ser a capital do estado e por congregar um conjunto de condições técnicas e de oferta de serviços de saúde diferenciada em relação aos demais municípios do estado. O outro por ter mais de 300 mil habitantes, estar na gestão plena da saúde, apresentar continuidade administrativa, ou seja, duas gestões consecutivas de um mesmo partido do executivo municipal e ter programas de saúde voltados para a expansão do acesso e resolubilidade da rede do SUS reconhecidos através de premiação por organismos nacionais e internacionais de saúde.

A pesquisa se deu em duas fases: uma extensiva e outra intensiva. Na primeira utilizaram-se os seguintes instrumentos de coleta de dados⁸: (i) um questionário com questões abertas e fechadas para verificação de aspectos concernentes a cada dimensão da gestão da assistência farmacêutica e conformação dos seus respectivos indicadores. Foram elaborados questionários para cada categoria de informante-chave; (ii) um formulário (*check list*), aplicado por pesquisadores no dia da visita para a avaliação das condições logísticas das unidades básicas que dispensam medicamentos e para contagem física de medicamentos essenciais em estoque, (iii) análise de documentos institucionais inclusive as atas de todas as reuniões dos conselhos municipais dos dois municípios do ano de 2005.

Para o segmento dos trabalhadores e usuários, foi utilizada a estratégia do “dia típico”, sem aviso ou comunicado prévio, com o objetivo de não criar situações de excepcionalidade para a pesquisa como forma de observar situações cotidianas dos serviços¹⁴. Assim foram aplicados questionários aos profissionais de saúde presentes no dia da visita e para os usuários foi construída uma amostra aleatória e a aplicação de questionário foi interrompida quando se percebeu que os dados começaram a se repetir, utilizando-se o princípio de saturação, de acordo com Polit et al.¹⁵.

O total de informantes da pesquisa foi de 263, distribuídos por categoria nos dois municípios-piloto: 2 Secretários Municipais de Saúde, 2 coordenadores municipais da Assistência Farmacêutica, 12 Gerentes de Unidades Básicas de Saúde

Tabela 1

Protocolo de indicadores da dimensão organizacional.

Indicadores	Fórmulas	Tipo/Natureza
1. Condição de existência da CMAF na SMS	Existe formalmente/Existe informalmente/ Não existe	Indicador de existência de condição normativa
2. Percentual de farmacêuticos que conhecem a existência da CMAF	$\frac{\text{Número de farmacêuticos que conhecem a CMAF}}{\text{Total de gestores informantes}} \times 100$	Indicador de conhecimento
3. Percentual de gestores (secretário, coordenadores de programa e dirigentes de unidades básicas) que conhecem a CMAF	$\frac{\text{Número de gestores que conhecem a existência da CMAF}}{\text{Total de gestores informantes}} \times 100$	Indicador de conhecimento
4. Regularidade no funcionamento da CFT	Regular/Irregular	Indicador de existência de condição normativa
5. Participação do CMS nas decisões sobre questões concernentes à assistência farmacêutica no município	Sim/Não	Indicador de participação
6. Percentual de gestores que conhecem o PMAF	$\frac{\text{Número de gestores que conhecem o PMAF}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de conhecimento
7. Percentual de farmacêuticos que conhecem a existência de PMAF	$\frac{\text{Número de farmacêuticos que conhecem o PMAF}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de conhecimento
8. Percentual de gestores (gerentes de unidades e coordenadores de programa) que participam da elaboração do PMAF	$\frac{\text{Número de gestores e que participam da elaboração do PMAF}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de participação
9. Percentual de farmacêuticos que participam da elaboração do PMAF	$\frac{\text{Número de farmacêuticos que participam da elaboração do PMAF}}{\text{Total informantes}} \times 100$	Indicador de participação
10. Grau de incorporação das propostas para a assistência farmacêutica no PMS	Totalmente/Parcialmente/Não incorpora	Indicador de existência de condição estratégica
11. Participação da CMAF na elaboração do PMS	Sim/Não	Indicador de participação
12. Participação da CMAF na PPI do estado	Sim/Não	Indicador de participação
13. Percentual de UBS que realizam programação de necessidades de medicamentos essenciais	$\frac{\text{Número de UBS que realizam programação de necessidades medicamentos}}{\text{Total de UBS}} \times 100$	Indicador de existência de técnica gerencial
14. Percentual de informantes que referem a utilização de critérios técnicos na elaboração da programação necessidades de medicamentos	$\frac{\text{Número de informantes que utilizam critérios na programação de medicamentos na UBS}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
15. Percentual de UBS em que o farmacêutico é o responsável pela elaboração da programação de necessidades de medicamentos essenciais	$\frac{\text{Número de UBS em que o farmacêutico é o responsável pela elaboração da programação de medicamentos}}{\text{Total de UBS}} \times 100$	Indicador de existência técnica/operacional
16. Grau de autonomia decisória da CMAF	Sim/Não (segundo parâmetros definidos)	Indicador de autonomia

CMAF: Coordenação Municipal da Assistência Farmacêutica; CMS: Conselho Municipal de Saúde; CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica; PMAF: Plano Municipal de Assistência Farmacêutica; PMS: Plano Municipal de Saúde; PPI: Programação Pactuada e Integrada; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; UBS: unidades básicas de saúde.

(Postos e Centros de Saúde), 9 farmacêuticos, 38 prescritores, 9 coordenadores de programas de saúde e 191 usuários.

Na segunda fase foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores da assistência farmacêutica e o gestor máximo de saúde de um município com o objetivo de identificar com mais profundidade os fatores condicionantes dos problemas da gestão apontados no estudo extensivo.

Os resultados da pesquisa de campo foram analisados a partir do levantamento das frequências das respostas ao questionário e com base em um plano de análise dos indicadores. O corte temporal de toda pesquisa contemplou os anos de 2005 e 2006.

Os dados coletados pelo questionário e formulário foram inseridos e trabalhados no programa SPHINX (SPHINX Brasil, Canoas, Brasil), as entrevistas foram gravadas e transcritas na

Tabela 2

Protocolo de indicadores da dimensão operacional.

Indicadores	Fórmula	Natureza
1. Percentual de gestores, farmacêuticos e prescritores que conhecem a REMUME	$\frac{\text{Número de gestores, farmacêuticos e prescritores que conhecem a REMUME}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de conhecimento
2. Percentual de medicamentos prescritos com base no elenco pactuado de medicamentos para a atenção básica	$\frac{\text{Total de medicamentos prescritos que constam no elenco pactuado}}{\text{Total de medicamentos prescritos/Paciente por dia}} \times 100$	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
3. Existência de regularidade recomendada na revisão da REMUME pela CFT	Sim/Não	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
4. Existência de medicamentos vencidos no estoque da farmácia da UBS	Sim/Não	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
5. Existência de condições físicas e ambientais mínimas/indispensáveis para armazenamento de medicamentos	Sim/Não	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
6. Percentual de UBS em que o farmacêutico é o profissional responsável pela dispensação de medicamentos	$\frac{\text{Número de UBS em que o farmacêutico é o profissional responsável pela dispensação de medicamentos}}{\text{Total de UBS}} \times 100$	Indicador de existência estratégica
7. Tipo de orientação fornecida pelo farmacêutico ao paciente no ato de dispensação do medicamento	Posologia/Retorno do paciente/Modo de uso	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
8. Percentual de UBS com cadastro do paciente em uso regular de medicamentos	$\frac{\text{Número de UBS com cadastro do paciente em uso regular de medicamentos}}{\text{Total de UBS}} \times 100$	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
9. Existência de banco de preços para orientar a aquisição de medicamentos	Sim/Não	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
10. Existência do uso da DCB no processo de programação e aquisição de medicamentos	Sim/Não	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
11. Existência de parecer técnico para aquisição de medicamentos fornecidos pela coordenação de assistência farmacêutica	Sim/Não	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
12. Existência da aquisição de medicamentos fora da lista dos pactuados	Sim/Não	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
13. Percentual de gestores que referem a existência de regularidade do fluxo de abastecimento de medicamentos da unidade central para UBS	$\frac{\text{Número de gestores que referem regularidade do fluxo de abastecimento de medicamentos para as UBS}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
14. Percentual de gestores, farmacêuticos e prescritores que consideram suficiente a quantidade de medicamentos nas UBS para atendimento da demanda	$\frac{\text{Número de atores que consideram suficiente a quantidade de medicamentos nas UBS para atendimento da demanda}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de satisfação
15. Percentual de gestores, farmacêuticos e prescritores que consideram adequada a diversidade de tipos de medicamentos disponível nas UBS para atendimento da demanda	$\frac{\text{Número de atores que consideram a diversidade de medicamentos suficiente nas UBS para atendimento da demanda}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de satisfação
16. Condições adequadas do transporte de medicamentos para distribuição nas UBS	Sim/Não (base: resolução CIB-BA)	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Indicadores	Fórmula	Natureza
17. Existência de recursos orçamentários específicos para a aquisição de medicamentos dentro do orçamento global da saúde	Sim/Não	Indicador de existência de condições estratégicas
18. Existência de contrapartida financeira municipal do PIAFB exigida pela legislação para aquisição de medicamentos pactuados	Sim/Não	Indicador de existência de condições estratégicas
19. Percentual dos recursos do PIAFB gastos com aquisição de medicamentos pactuados em relação ao orçado	Total de recursos gastos em aquisição de medicamentos pactuados por ano/Total de recursos orçados por ano x 100 (PIAFB)	Indicador de existência de condições técnicas e gerenciais
20. Observância de regularidade recomendada no envio da prestação de contas dos recursos aplicados em aquisição de medicamentos pelo município para o estado	Sim/Não	Indicador de existência de condições normativas

CIB-BA: Comissão Intergestores Bipartite-Bahia; CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica; DCB: Denominação Comum Brasileira; PIAFB: Programa Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica; REMUME: Relação Municipal de Medicamentos; UBS: unidades básicas de saúde.

íntegra num processador de texto, e submetidos a um trabalho de análise e decomposição, selecionando as idéias centrais dos discursos dos entrevistados ¹⁶.

Os resultados apresentados a seguir consideram os achados analisados a partir do conjunto dos indicadores privilegiando para efeito de ilustração os relatos das entrevistas.

Resultados e discussão

Dimensão organizacional

A dimensão organizacional da gestão da assistência farmacêutica revela a capacidade de decidir e planejar de forma autônoma, participativa e transparente. Os resultados apontam para situações de constrangimentos nos dois municípios tais como: condição de informalidade da Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica (CMAF) e funcionamento irregular da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Esta comissão é uma instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo que tem entre suas finalidades selecionar medicamentos essenciais e assessorar a gestão da CMAF nas questões referentes a medicamentos ¹⁷.

Constatou-se também que nos dois municípios o farmacêutico não é o profissional responsável pela programação de necessidades de medicamentos essenciais, a qual vem sendo realizada sem obedecer a critérios técnicos, confirmada pelos depoimentos:

“...Existem problemas com o estoque de medicamentos das unidades, problemas organiza-

cionais devido à falta de farmacêutico, precisava ter farmacêutico o tempo todo fazendo essas atividades de programação, controle de estoque, dispensação...” (Município 2, Ator 1).

“Somos poucos farmacêuticos (...) nós fazemos supervisão semestral nas unidades. Então, é complicado para nós, mesmo enquanto coordenação estar interferindo no dia a dia de uma unidade que efetivamente não participamos” (Município 1, Ator 1).

A ausência do farmacêutico na programação, segundo Marin et al. ² pode desencadear uma série de outros problemas para a gestão da assistência farmacêutica propiciando o predomínio da improvisação e da não observância de recomendações técnicas.

Ao buscar conhecer os fatores condicionantes dessa situação, verificou-se que o baixo grau de autonomia decisória que detém a CMAF nos dois municípios foi considerado um dos fatores relevantes.

A autonomia foi verificada através das questões que vinham sendo objeto de decisão da CMAF. Buscou-se identificar se a CMAF decide sobre (i) questões relativas à formulação de diretrizes para a organização da assistência farmacêutica no município, (ii) as atividades do ciclo logístico e (iii) as atividades de acompanhamento, orientação e supervisão das farmácias das unidades básicas de saúde (UBS). Partiu-se da premissa de que quanto maior a autonomia da CMAF para decidir sobre estas questões, maior é a capacidade de decisão desta coordenação sobre aspectos de interesse da assistência farmacêutica.

Tabela 3

Protocolo de indicadores da dimensão da sustentabilidade.

Indicadores	Fórmula	Natureza
1. Percentual de gestores e farmacêuticos que referem a existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as UBS e a unidade central da SMS para resolução de questões sobre medicamentos	$\frac{\text{Número de gestores e farmacêuticos que referem a existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as UBS e a unidade central da SMS}}{\text{Total de gestores informantes}} \times 100$	Indicador de existência de condições estratégicas
2. Percentual de prescritores que referem receber material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias da unidade	$\frac{\text{Número de prescritores que referem receber material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias da unidade}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de existência de condições estratégicas
3. Percentual de gestores que referem a existência de mecanismos de divulgação da REMUME para os prescritores	$\frac{\text{Número de gestores que referem a existência de mecanismos de divulgação da REMUME para prescritores}}{\text{Total de gestores informantes}} \times 100$	Indicador de existência de condições estratégicas
4. Grau de satisfação de prescritores com a qualidade da informação para a prescrição de medicamentos	$\frac{\text{Número de prescritores satisfeitos com a qualidade das informações}}{\text{Total de informantes}} \times 100$ (atributos definidos em parâmetro)	Indicador de satisfação
5. Percentual de gestores que referem a existência de estratégias de articulação entre a coordenação da assistência farmacêutica e o PSF e PACS	$\frac{\text{Número de gestores que referem a existência de alguma estratégia de trabalho articulado entre coordenação da assistência farmacêutica e o PSF e PACS}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de existência de condições estratégicas
6. Existência de parceria entre a CMAF e o estado	Sim/Não	Indicador de existência de condições estratégicas
7. Tipo (diversidade) de recursos incorporados a assistência farmacêutica através de parceria com o estado	Recursos técnicos/Recursos financeiros/ Recursos logísticos	Indicador de existência de condições estratégicas
8. Percentual de farmacêuticos que participam de treinamento na área de assistência farmacêutica	$\frac{\text{Número de farmacêuticos que participam de treinamento na área de assistência farmacêutica}}{\text{Total de farmacêuticos}} \times 100$	Indicador de participação
9. Percentual de gestores que referem a existência de canais institucionalizados nas UBS para receber críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos	$\frac{\text{Número de gestores que referem a existência de canais institucionalizados nas UBS para receber críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de existência de condições estratégicas
10. Percentual de usuários que referem conhecer a existência de canais institucionalizados para receber críticas, sugestões sobre os serviços relacionados com medicamentos oferecidos na unidade	$\frac{\text{Número de usuários que refere conhecer algum canal institucionalizado nas UBS para receber suas críticas e sugestões relacionadas aos medicamentos}}{\text{Total de informantes}} \times 100$	Indicador de conhecimento
11. Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia onde recebeu o medicamento	$\frac{\text{Número de usuários satisfeitos com as condições físicas da farmácia onde recebeu o medicamento}}{\text{Total de usuários}} \times 100$	Indicador de satisfação
12. Grau de satisfação do usuário em relação ao tempo de espera e atendimento pelo profissional na dispensação de medicamentos	$\frac{\text{Número de usuários que atribuíram satisfação com o tempo de espera e atendimento na dispensação de medicamentos}}{\text{Total de usuários}} \times 100$	Indicador de satisfação
13. Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos	$\frac{\text{Número de usuários satisfeitos quanto ao recebimento de medicamentos prescritos}}{\text{Total de usuários}} \times 100$	Indicador de satisfação

CMAF: Coordenação Municipal da Assistência Farmacêutica; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF: Programa Saúde da Família; REMUME: Relação Municipal de Medicamentos; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; UBS: unidades básicas de saúde.

Contudo, chama atenção o fato de que o grau de autonomia da CMAF está na dependência de iniciativas do profissional farmacêutico, ou de seu comprometimento com o trabalho da assistência farmacêutica, como ilustra o depoimento:

“...O que facilitou essa autonomia foram as próprias ações da AF, apesar do grupo ser pequeno, todos assumiram o compromisso de buscar as coordenações e mostrar nosso trabalho” (Município 1, Ator 2).

Vale ressaltar o fato de que a maioria dos gestores e de outros profissionais de saúde conhecia a CMAF enquanto que alguns farmacêuticos disseram não a reconhecer. Ainda que este achado possa ser justificado pelo fato da CMAF não existir formalmente no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, do ponto de vista da gestão da assistência farmacêutica, é bastante significativo, na medida em que revela o distanciamento do profissional farmacêutico da coordenação da área em que atua.

Verificaram-se também problemas na gestão relacionados à participação na elaboração e divulgação do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica, documento que define as metas e estratégias das ações do setor no município. A sua elaboração teve baixa participação de gerentes de unidades, coordenadores de programas de saúde e também dos farmacêuticos nos dois municípios estudados. Muitos informantes também referiram desconhecer estes instrumentos.

No entanto, outros resultados sobre a participação chamaram atenção de forma positiva. O fato de o Conselho Municipal de Saúde participar das decisões sobre questões relativas à assistência farmacêutica e o fato de a CMAF participar da elaboração do Plano Municipal de Saúde e da Programação da Atenção Básica com o Estado. Tais resultados apontam para uma situação aparentemente favorável à gestão da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

Contudo, esta situação ainda não foi suficiente para assegurar a existência de condições normativas e técnicas importantes para o funcionamento da CFT e para garantir a presença do farmacêutico na execução de atividades importantes para a gestão da assistência farmacêutica nas unidades básicas, como a programação e a dispensação de medicamentos, conforme revelam os relatos dos entrevistados:

“...Acredito que a CFT não está funcionando em função da falta de reconhecimento dos farmacêuticos sobre a necessidade de colocar a CFT para funcionar” (Município 1, Ator 1).

“Temos uma dificuldade grande devido ao problema da falta de profissionais, por exemplo, a mesma pessoa que coordena a AF, faz supervisão, faz programação, faz tudo porque não tem outro

farmacêutico que possa substituir” (Município 2, Ator 1).

“Nós sabemos que há uma deficiência de profissionais. O medicamento não pode ser dispensado por outro profissional que não seja farmacêutico. E as unidades de saúde não estão contempladas com a presença desse profissional em todas elas. O concurso público se faz necessário!” (Ata da Reunião 258 do Conselho Municipal de Saúde, Município1 – 29/06/2005).

A análise dos resultados relativos à dimensão organizacional evidenciou alguns avanços, embora tímidos, no que diz respeito a iniciativas para promoção do envolvimento e da participação de diferentes atores no processo de planejamento. Tais avanços entretanto, parecem estar ocorrendo muito mais por força do cumprimento de normas do que pela assunção dos princípios democráticos e do planejamento participativo. Ou seja, a participação ainda se dá de forma restrita e com poucas iniciativas próprias do nível municipal da gestão da assistência farmacêutica.

Em síntese, é possível concluir, no que diz respeito à dimensão organizacional da gestão, que o constrangimento na autonomia da coordenação da assistência farmacêutica, a inexistência de funcionamento da CFT, e sobretudo, a ausência do farmacêutico na operacionalização de atividades essenciais para a gestão da assistência farmacêutica como a dispensação e a programação de medicamentos, limitam o âmbito de ação da assistência farmacêutica no SUS municipal do Estado da Bahia.

Dimensão operacional

A dimensão operacional da gestão revela a existência de um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos e investimento dos gestores do sistema municipal de saúde para assegurar e ampliar as condições logísticas, técnicas e gerenciais que impactam a capacidade de executar da assistência farmacêutica.

Os resultados da pesquisa nos dois municípios constataram a existência de uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) orientadora das prescrições. Contudo esta Relação não tem sofrido revisões regulares, o que provavelmente explica o achado que revela a insatisfação dos prescritores e gestores dos dois municípios no que diz respeito à diversidade e à quantidade dos medicamentos adquiridos e dispensados à população.

Por outro lado, em ambos os municípios estudados os recursos para aquisição dos medicamentos estão sendo garantidos, há disponibilidade financeira da contrapartida municipal do

Programa Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (PIAFB) ^{17,18}, bem como os prazos para o envio da prestação de contas financeira ao Estado vem sendo cumpridos. Contudo, observou-se através dos relatórios do Sistema Informatizado para a prestação de contas dos recursos financeiros do PIAFB (SIFAB) ^{15,16} que os recursos desse programa, nos dois municípios, não foram aplicados na sua totalidade na aquisição de medicamentos, mantendo saldos financeiros maiores que os valores a serem disponibilizados para os recursos trimestrais.

“...Por falta de orientação, a equipe do setor financeiro não utilizava o recurso da contrapartida federal, esse continuava aplicado aumentando o saldo” (Município 1, Ator 1).

“O saldo está alto devido (...), por exemplo, é feito a compra e aí demora um pouco de pagar ao fornecedor e fica nesse círculo o medicamento é adquirido, mas às vezes tem uma demora no processo de pagamento, mas acredito que a partir desse ano isto já vai... não zerar, mas vai praticamente normalizar” (Município 2, Ator 1).

De acordo com a legislação do PIAFB ¹⁸, este recurso deve ser aplicado em medicamentos para atender a população na atenção básica de saúde, no entanto, conforme os depoimentos acima descritos, o processo de aquisição e distribuição de medicamentos não vem suprindo de forma suficiente as UBS, o que foi reforçado através das manifestações de insatisfação dos prescritores e gestores quanto à quantidade de medicamentos disponíveis nas unidades básicas.

Outra questão evidenciada nos dois municípios é o desconhecimento sobre o volume de recursos destinados à assistência farmacêutica, o que revela a falta de transparência do setor financeiro e ausência de controle por parte da CMAF.

“O setor financeiro estava pagando os medicamentos da farmácia básica com outra fonte de recursos, nem estava utilizando os recursos da farmácia básica. Porque eles não sabiam... o Fundo não tinha esse conhecimento” (Município 1, Ator 2).

O que se pode depreender destes resultados é que a CMAF mesmo reconhecendo que estes problemas constroem a gestão da assistência farmacêutica, impactando principalmente o abastecimento de medicamentos para a rede básica de saúde, não toma o problema para si. Isto porque entende que se trata de problemas da administração municipal de saúde, não sendo de sua responsabilidade direta, até porque a coordenação nem se constitui em unidade orçamentária.

Em um dos municípios foi registrada a utilização de alguns procedimentos técnicos para a execução do processo de aquisição de medi-

camentos (utilização da Denominação Comum Brasileira – DCB –, emissão de parecer técnico da CMAF, cadastro de pacientes nas unidades) e de distribuição dos medicamentos às UBS. No entanto, apesar da garantia dos recursos financeiros para aquisição dos medicamentos nos dois municípios, estes apresentaram situações que comprometem a qualidade do serviço ofertado.

Assim, por exemplo, verificou-se a irregularidade na revisão da REMUME, ausência das condições físicas e ambientais para armazenamento de medicamentos, seja nas centrais de abastecimento farmacêutico (CAFs) municipais, seja nas UBS, ou transporte inadequado desses medicamentos, além da ausência do farmacêutico responsável pela dispensação.

“...Muitas unidades não têm a menor condição de espaço físico para poder armazenar e temos muita dificuldade no controle da dispensação, não temos farmacêuticos em todas as unidades e há realmente um descontrole importante, inclusive com perdas de medicamentos” (Município 1, Ator 3).

“...Tem unidades que são ótimas em relação à parte estrutural com estantes com pallets e tem unidades que faltam tudo (...) a estrutura precisa ser urgentemente melhorada” (Município 2, Ator 1).

É importante ressaltar que os municípios estudados congregam um conjunto de fatores que poderiam favorecer a gestão da assistência farmacêutica em patamares aceitáveis, principalmente em relação à infra-estrutura e às condições técnicas. No entanto, observou-se através do formulário (*check list*) que os dois municípios apresentam problemas como: temperatura inadequada nos locais de armazenamento dos medicamentos, ausência de prateleiras e *pallets*, ausência do controle de estoque, inadequação da programação e das aquisições, além de transporte inadequado.

Esses fatores levam a perdas de medicamentos por validade implicando desperdício de recursos, como confirmam o relato:

“...Os medicamentos são transportados e armazenados de forma inadequada, a dispensação e programação de forma inadequada (...) temos problemas em toda a cadeia desde o momento da programação das necessidades passando pelo processo de aquisição, armazenamento, distribuição, condições de dispensação nas unidades e orientação, prescrição, problemas também de falhas dos profissionais, de controle na dispensação nas unidades enfim é o processo de AF é uma cadeia em que há problemas nos diversos elos dessa cadeia” (Município 1, Ator 3).

Mesmo com o reconhecimento de que essas condições trazem prejuízos ao serviço farma-

cêutico, a CMAF não busca solucioná-los pela mesma razão apontada anteriormente, ou seja, entende que se trata de problemas de administração central da Secretaria Municipal ou Estadual de saúde, não sendo da sua competência resolvê-los. Por esta razão os problemas de infraestrutura se cronificam e os problemas técnicos operacionais ficam sendo vistos como deles decorrentes gerando na maioria das vezes uma paralisia gerencial.

Vale destacar por fim, no que diz respeito à dimensão operacional, que a dispensação de medicamentos, aqui entendida como um processo informativo referente ao tratamento, acompanhamento e avaliação farmacoterapêutica da prescrição ¹¹, requer a presença do profissional farmacêutico, pois esta é requisito essencial para sua realização. Nesse sentido, sua ausência nas unidades básicas, autoriza concluir que nestes municípios não vem ocorrendo uma das atividades mais importantes do ciclo da assistência farmacêutica que é a dispensação de medicamentos na atenção básica.

Dimensão da sustentabilidade

A dimensão da sustentabilidade examina a existência de mecanismos de gestão com potencial para dar sustentabilidade às ações da assistência farmacêutica, a exemplo da construção de parcerias, da inter-relação da assistência farmacêutica com outros setores da instituição, bem como da satisfação referida de usuários e prescritores com a qualidade dos serviços prestados. A satisfação dos prescritores foi aferida através de questões que revelavam a qualidade da informação para subsidiar a prescrição de medicamentos considerando os atributos de tempestividade, de confiabilidade e de precisão. A satisfação do usuário foi aferida em relação à qualidade das: (i) condições físicas e ambientais do espaço de dispensação do medicamento, (ii) ao tempo de espera, (iii) ao atendimento dado pelo profissional na dispensação e (iv) ao acesso a todos os medicamentos prescritos.

Os resultados da pesquisa nesta dimensão revelaram avanço em um dos municípios nas iniciativas da gestão voltadas para a socialização de informações e para a implantação de estratégias sistemáticas de comunicação entre as UBS e a unidade central da Secretaria Municipal de Saúde para resolução de questões sobre medicamentos.

Assim, foi referida a existência de material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias da unidade, a existência de estratégias de articulação entre a coordenação da assistência farmacêutica e os programas

Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a existência de parceria entre a coordenação de assistência farmacêutica do município e a coordenação estadual.

Contudo, foram detectadas fragilidades nesses achados, como o baixo grau de satisfação dos prescritores com a qualidade das informações recebidas sobre medicamentos e o desconhecimento dos usuários quanto à existência de canais institucionalizados para receber críticas e sugestões sobre os serviços relacionados aos medicamentos oferecidos na unidade. No que diz respeito à insatisfação dos prescritores com a qualidade das informações recebidas é possível que esteja associada, em parte, a falta de divulgação da REMUNE, conforme se depreende dos relatos abaixo:

“Tivemos um sério problema na divulgação da REMUNE que aconteceu de uma forma lenta e na mudança de gestão isto praticamente parou, porque o material impresso tinha o logotipo da gestão anterior. Outro motivo foi a falta de divulgação dos farmacêuticos em função de descompromisso por não entender a necessidade desse trabalho” (Município 1, Ator 1).

“Existe uma relação e a unidade de saúde tem um formulário onde tem todas as medicações que fazem parte do elenco municipal (...) a divulgação ocorre quando nós fazemos a supervisão e nem sempre conseguimos falar com toda a equipe” (Município 2, Ator 1).

Além disso, também não se verificaram situações que evidenciassem diversidade de recursos incorporados à assistência farmacêutica municipal através de parceria com a coordenação estadual. As parcerias referidas foram apenas para apoio técnico para organização dos programas de medicamentos.

Apesar do reconhecimento sobre a importância das articulações e parcerias, segundo os depoimentos, sua efetivação não é tão simples, uma vez que esta depende do apoio do gestor municipal e da motivação e investimento dos profissionais.

“É muito difícil para o profissional trabalhar na coordenação, na programação, na parte administrativa e ao mesmo tempo ser executor. No momento que começa interagir com outras coordenações (...) vai demandar tempo para reuniões ou discussões. Como a demanda da AF é muito grande e somos poucos, praticamente não sobra tempo para essa articulação, que é muito importante” (Município 1, Ator 1).

Outra dificuldade revelada é o entendimento equivocado de que articulação significa delegar a outros setores as atividades ou atribuições que a assistência farmacêutica não tem condições de realizar por falta de pessoal.

“...Assim, a gente passou algumas atividades, que deveria ser nossas para a coordenação da atenção básica (...). E eles começaram a desempenhar, um papel que seria da AF, pela nossa falta de pessoal e impossibilidade de estar mais rotineiramente na unidade de saúde” (Município 2, Ator 1).

Chama atenção que, com exceção da referência para o envio da prestação de contas financeira do PIAFB e o recebimento dos medicamentos referentes às contrapartidas gerenciadas pelo estado, não foram encontradas evidências de macro articulação ou parcerias entre a coordenação municipal de assistência farmacêutica e a instância estadual e a Federal.

Cabe supor que a rede de compartilhamento de informações e conhecimentos instituídos entre as instâncias de governo não é ainda suficiente para promover a articulação da assistência farmacêutica e disseminar de forma clara as competências e responsabilidades do referido setor.

A depender do entendimento do gestor, a assistência farmacêutica pode ou não ser priorizada no plano de governo, ou seja, os municípios ou assumem o ônus na adoção de estratégias locais para solucionar problemas comuns no cenário nacional, ou ficam aguardando providências da instância federal ou estadual para resolver problemas locais. Na verdade, nenhuma dessas atitudes é recomendável para a gestão, podendo trazer prejuízos econômicos e sociais à instituição e à população.

“Ficávamos esperando que o Estado tomasse essa iniciativa (treinamento), juntamente com o Ministério da Saúde. Tínhamos aquela mentalidade de esperar os níveis superiores de gestão que é o estadual e o federal propor parcerias ao município” (Município 2, Ator 1).

Diante do exposto, é possível constatar que embora as parcerias e articulações possam se constituir em importantes fatores facilitadores da gestão, os resultados apontam para iniciativas ainda tímidas de articulação intra-setorial e não para as macro-articulações, o que sustenta o resultado de baixo grau de inter-relação da assistência farmacêutica. Estas iniciativas fazem parte do elenco de outras ações de natureza mais política e estratégica que não vêm sendo priorizadas pela gestão municipal da assistência farmacêutica e que são essenciais na gestão de programas e políticas públicas, a exemplo do SUS, cujo desenho prevê compartilhamento, co-responsabilidades e participação social.

Considerações finais

Esta análise revelou como importantes fatores condicionantes da gestão da assistência farmacêutica: (i) o entendimento dos diferentes atores envolvidos sobre a sua abrangência, (ii) a autonomia decisória da CMAF, (iii) a existência de recursos (físicos, humanos e materiais), (iv) a participação, (v) a articulação e (vi) a construção de parcerias.

Contudo, o que chama atenção nos resultados da pesquisa é que, apesar de avanços observados com a consolidação do SUS com o aporte de recursos financeiros da esfera federal para a saúde nos municípios e, em particular, para a assistência farmacêutica, os espaços físicos destinados ao armazenamento e dispensação de medicamentos nas unidades de saúde continuam sendo os mais reduzidos do ponto de vista da área física, além de não contarem com requisitos essenciais para preservar a qualidade do medicamento.

Por outro lado, a não destinação de um espaço adequado para o serviço farmacêutico inviabiliza a prática da dispensação e da atenção farmacêutica, que requer uma relação mais próxima, inclusive física com o paciente, impossibilitando o exercício de uma atividade voltada para a garantia do uso racional do medicamento.

Os achados evidenciaram que a assistência farmacêutica ainda é vista apenas como um setor responsável pelo fornecimento de medicamentos com enfoque na sua aquisição e distribuição, orientado por princípios organizacionais com forte viés burocrático. Estes princípios, ainda que sustentem a organização da assistência farmacêutica no âmbito do sistema de saúde, limitam de forma excessiva seu campo de atuação, levando a uma fragmentação das atividades com impacto na construção de uma prática centrada no medicamento.

Confirmando o pressuposto inicial desse estudo, a visão minimalista sobre a assistência farmacêutica traz constrangimentos para a sua gestão, reduzindo-a a aspectos logísticos centralizados no medicamento, priorizando atividades operacionais com prejuízos das atividades relacionadas à supervisão e orientação sobre o uso racional de medicamentos.

Esta situação favorece uma gestão voltada mais para o desenvolvimento de atividades de natureza administrativa e menos para as de natureza estratégica que fomentem maior participação, autonomia e sustentabilidade dos resultados da gestão, revelando assim a prevalência do enfoque mais tecnicista da gestão da assistência farmacêutica centrada no medicamento e não no usuário.

Esses achados indicam que há ainda um caminho relativamente grande a ser construído em termos de capacidade operativa dos municípios no processo de descentralização da gestão da assistência farmacêutica. Observa-se ainda um grande distanciamento entre o disposto na legislação sobre a assistência farmacêutica e o que efetivamente vem sendo compreendido pelos gestores e pelos próprios farmacêuticos, gerando práticas equivocadas no âmbito da organização dos serviços de saúde municipais.

Assim, ao considerar que os dois municípios-piloto desta pesquisa são aqueles que apresentam condições técnicas, gerenciais e administrativas diferenciadas para melhor, quando comparadas com os demais municípios do Estado da Bahia, não é demais supor que os constrangimentos à gestão da assistência farmacêutica no conjunto dos municípios baianos possam ainda ser mais severos.

Contudo, é importante ressaltar que os avanços observados são reveladores de que a construção deste campo de atividade está em pleno curso. Registra-se aqui a autonomia das CMAFs para decidir questões relativas ao ciclo logístico da assistência farmacêutica, apesar de serem constrangidas pelo número insuficiente de profissionais farmacêuticos.

Ainda que estas decisões tenham, na maioria das vezes, um caráter meramente administrativo, do ponto de vista histórico conjuntural é inques-

tionável que tal autonomia vem representando um avanço para a construção do campo da assistência farmacêutica.

Nesta perspectiva, as articulações e construções de parcerias se afirmam como fatores que podem facilitar a gestão da assistência farmacêutica e indicam progressos no processo de construção deste campo de práticas.

Cabe aqui ressaltar que as articulações e parcerias são diretamente dependentes do comportamento dos farmacêuticos, o que significa dizer que apesar do número ainda insuficiente deste profissional e de denúncias de seu descomprometimento com o desenvolvimento desta área, iniciativas desta natureza são reveladoras de oportunidades para o crescimento e consolidação da assistência farmacêutica no SUS no âmbito municipal.

É possível concluir, ainda que de forma provisória, como todo estudo exploratório, que a gestão da assistência farmacêutica nos municípios estudados apresenta avanços, embora tímidos, no sentido de incorporar práticas mais estratégicas e participativas. Tais avanços parecem evidenciar tentativas de reversão de uma lógica tecnicista para uma lógica pautada numa concepção mais ampla de gestão, por reconhecer que a construção de novas práticas de gestão é um processo social e histórico e transcende em muito as mudanças de arranjos formais e logísticos.

Resumo

Este artigo avalia a gestão descentralizada da assistência farmacêutica no âmbito municipal do Estado da Bahia, Brasil. Parte-se do pressuposto de que seus fatores condicionantes decorrem principalmente de uma visão tecnicista e procedimental que ainda prevalece sobre a assistência farmacêutica. Utilizaram-se duas estratégias de pesquisa: uma extensiva, realizada a partir da aplicação do Protocolo de Indicadores construído pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF) da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia em dois municípios baianos. A coleta de dados foi feita com questionários, formulário (check list) e análise de documentos. Na fase intensiva utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave. Os resultados confirmam os pressupostos revelando práticas de gestão reduzidas à sua dimensão operacional, com ênfase em aspectos do ciclo logístico da assistência farmacêutica. Identificaram-se avanços, ainda tímidos, na dimensão organizacional e da sustentabilidade voltadas para fomentar maior participação e autonomia da gestão da assistência farmacêutica municipal.

Assistência Farmacêutica; Gestão em Saúde; Avaliação

Colaboradores

J. L. Barreto participou da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e da aprovação da versão final do manuscrito. M. C. L. Guimarães contribuiu com a concepção e projeto, interpretação dos dados, elaboração do rascunho, na revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos a toda a equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF), aos secretários municipais, farmacêuticos e demais profissionais dos municípios-piloto.

Referências

1. Brasil. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 10 nov.
2. Marin N, Luzia VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2003.
3. Mayorga P, Fraga F, Brum CK, Castro EF. Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: Misoczky MC, Bordin R, organizadores. Gestão local em saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2004. p. 197-215.
4. Fraga FNR. A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
5. Guerra Jr. AA, Acúrcio FA, Gomes CAB, Miralles M, Girardi SN, Carvalho CL, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Pública 2004; 15:168-75.
6. Nascimento Jr. JM. Avaliação da assistência farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis/SC [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
7. Guimarães MCL, Santos SMC, Melo C, Sanches Filho A. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. Cad Saúde Pública 2004; 20:1642-50.

8. Guimarães MCL, coordenadora. Resumo executivo. Projeto: "Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um modelo em construção". Salvador: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal da Bahia; 2007.
9. Junquillo GS. Gestão e ação gerenciais nas organizações contemporâneas: para além do "folclore" e o "fato". *Gestão & Produção* 2001; 8:304-18.
10. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1993.
11. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:547-9.
12. Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCBC, organizadores. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais; 2004. p. 15-42.
13. Dupuis J. Les raisons du faible impact des évaluations. *Cahiers de la Décentralisation* 1998; (38):38-9
14. Ramos DD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS, no contexto da municipalização da saúde [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2004.
16. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
17. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instrução técnica para sua organização*. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Luchesi G, Fassry MF, Gontijo MHL, Machado MC, Soeiro OM. *Incentivo à assistência farmacêutica básica: o que é e como funciona*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2001. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos, 112).

Recebido em 22/Jan/2009

Versão final reapresentada em 12/Mar/2010

Aprovado em 05/Abr/2010