

Planejamento estratégico para qualificação da gestão da assistência farmacêutica: um estudo de caso em um município de pequeno porte em Minas Gerais

Strategic planning to qualification of management of pharmaceutical services: one case study in a small municipality of Minas Gerais

Wellington William Ferreira^{1*}, Nayara Dornela Quintino¹

¹Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica-MG

*Correspondência:

E-mail: wellingtonwill@gmail.com

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar a construção de um planejamento estratégico situacional segundo a metodologia de Carlos Matus através do paradigma da descentralização/municipalização autárquica em um município de pequeno porte, visando qualificar a assistência farmacêutica. O tipo de estudo utilizado foi relato de experiência/estudo de caso, o qual utilizou de oficinas para construção do planejamento estratégico do município na área de assistência farmacêutica. O problema priorizado na oficina juntamente com os atores sociais foi o desabastecimento na qual também foram listados como problemas a falta de um processo legal que garanta a distribuição de medicamentos específicos não licitados e demandas da Assistência Social e demais secretarias, faltas de assistência que garanta a adesão ao tratamento de doenças características do perfil epidemiológico do município, falta de assistência farmacêutica aos pacientes da zona rural, falta de uma comissão de farmácia e terapêutica e uso irracional de medicamentos. Faz-se uma análise dos problemas elencados relacionando-os com os setores no qual os atores sociais trabalham e que possuem relação direta com a qualidade dos serviços prestados pela farmácia, das influências do mercado sobre o problema priorizado e da estrutura administrativa e com isso constrói-se um plano operativo com características loco regionais, trançando estratégias que garantam sua viabilidade e factibilidade, possibilitando inclusive prever neste trabalho suas fragilidades. Pode-se concluir que este estudo além de buscar a qualificação da assistência farmacêutica, determina ações que minimizam os efeitos do processo descentralizatório adotado no Brasil sobre a municipalização autárquica.

Palavras-chave: Planejamento Em Saúde, Descentralização, Regionalização, Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

This article aims to analyze the construction of a situational strategic planning according to the methodology of Carlos Matus through the paradigm of decentralization / municipalization autarchic in a small city, aiming to qualify the pharmaceutical care. The type of study used was an experience report / case study, which used workshops to build the strategic planning of the municipality in pharmaceutical care area. The problem prioritized in the workshop together with the social actors was the shortage in which were also listed as problems the lack of a legal process that ensures the distribution of specific drugs not tendered and demands of Social Welfare and other departments , service faults to ensure the adherence to treatment of diseases characteristics of the epidemiological profile of the municipality , lack of pharmaceutical care to patients from rural areas , lack of a committee of pharmacy and therapeutics and irrational use of medicines. Makes an analysis of the listed problems relating them to the sectors in which social actors work and have direct relation to the quality of services provided by the pharmacy, the market influences on the prioritized problem and the administrative structure and it builds If an operating plan with features loco regional braiding strategies to ensure its viability and feasibility , enabling even predict this work their weaknesses . It can be concluded that this study in addition to seeking the qualification of pharmaceutical care, determines actions to minimize the effects of decentralization process adopted in Brazil on the autarchic municipalization.

Keywords: Health Planning, Decentralization, Regional Health Planning, Pharmaceutical services

INTRODUÇÃO

O termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde (MARIN et al., 2003). A reorientação da Assistência Farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 2001).

Os investimentos na qualificação da assistência farmacêutica adquiriram grande destaque nas políticas de saúde pública nos últimos anos, pois se apresentaram com uma alternativa a redução de custos no Sistema Único de Saúde. O medicamento é o principal recurso terapêutico utilizado e o mau gerenciamento de todos os processos que vão desde o planejamento de sua aquisição à sua dispensação é a principal causa dos poucos resultados alcançados com o aumento dos investimentos nessa área. Para o Ministério da Saúde, enquanto os gastos totais com saúde aumentaram em 9,6 %, aqueles com medicamentos tiveram incremento de 123,9 % no período de 2002 a 2006 (VIEIRA, 2009).

Pode-se citar dois exemplos de investimentos em diferentes esferas administrativas. Na esfera federal temos atualmente como exemplo de investimento o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), instituído em 13 de junho de 2012 pela Portaria GM/MS nº 1.214, o qual possui como finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2012). Na esfera estadual podemos citar o Programa Farmácia de Todos, cuja gestão é exercida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, implementada em sua primeira etapa pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 416, de 21 de fevereiro de 2008 e pela Resolução SES Nº 1416, de 21 de fevereiro de 2008. Este programa consiste na definição de um modelo de Assistência Farmacêutica no Sistema Único

de Saúde e tem como objetivo o atendimento humanizado aos usuários, com dispensação gratuita de medicamentos, realizada por meio de profissionais qualificados e da promoção do uso racional de medicamentos. (MINAS GERAIS, 2013). Esta estratégia dos entes federativos em estimular a implantação da assistência farmacêutica em municípios de pequeno porte também pode ser vista como uma tentativa de sanar problemas decorrentes da maneira como foi conduzido o processo de descentralização do SUS. Este processo de descentralização com enfoque na municipalização trouxe alguns entraves à efetiva implantação e gestão da assistência farmacêutica municipal. O primeiro é um dos descompassos gerenciais citados por Trevisan (2007) que é a difícil convivência do princípio da descentralização com a crescente implementação da ideia de rede. De um lado o Estado tem o papel de mediador coletivo, ele define critérios de organização e prestação de serviços, estabelecendo prioridades de legibilidade de diferentes grupos populacionais em relação a serviços de saúde (Bispo Junior e Messias, 2005). De outro lado temos a União que a partir de 1993 conseguiu reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal, a partir de mecanismos de financiamento (Levicovitz, 1997). Destes atores provem um dos vícios de origem dos descompassos gerenciais de que as resistências para a implantação do SUS eram exógenas e deveriam portanto, ser resolvidas em instâncias externas, a primeira delas a da elaboração de leis e portarias (Trevisan, 2007). Entre eles temos o município, no qual segundo o paradigma da descentralização/municipalização autárquica a gestão dos serviços no âmbito local é de sua responsabilidade, o que o transforma em um sistema fechado levando a deseconomias de escala, fragmentação de serviços e perda de qualidade (MENDES & PESTANA, 2004).

No tocante a assistência farmacêutica essa falta de sintonia entre os três entes tem como principal consequência o desabastecimento das farmácias municipais e/ou abastecimento irregular. Situação esta descrita em relatório do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais o qual relata que deficiências na aquisição e distribuição de medicamentos pela SES/MG têm ocasionado demora no recebimento de medicamentos, recebimento de medicamentos com data próximo ao vencimento, recebimento de

medicamentos em desacordo com a solicitação e falta de medicamentos básicos nos municípios. Os principais problemas detectados e citados em entrevista pelos gestores foram: medicamentos com prazo de validade próximo a vencer (57% dos entrevistados), medicamentos em quantidade inferior à demanda (73%), medicamentos com alteração de qualidade (10%) (MINAS GERAIS, 2013). Somado a esses problemas, na gestão pública municipal, em sua maioria age sem um plano, atua de acordo com as circunstâncias emergenciais que vão acontecendo no dia a dia, ou seja, as organizações atuam de forma anárquica ou de maneira improvisada (SILVA & NIERO, 2009).

Para contornar essa situação em busca de um sistema de saúde baseado nos princípios do SUS, a universalidade, equidade e integralidade, cabe ao Farmacêutico Responsável Técnico, enquanto responsável pela gestão da política de assistência farmacêutica no município, pautar suas ações em um planejamento dinâmico com características que permitam mudar a realidade de forma efetiva. O Planejamento Estratégico proposto por Carlos Matus tem estas características, ele possibilita decidir e atuar de forma efetiva, alterar metas e objetivos no curso da implantação, administrar conflitos, permitindo a convergência de interesses em prol de um objetivo comum e propõe transformar o plano em realidade (SILVA & NIERO, 2009). Baseado nestes princípios elaborou-se um Plano Operativo, utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, em um município de pequeno porte do estado de Minas Gerais, que estava implantando o programa estadual Farmácia de Minas, visando organizar a gestão da assistência farmacêutica. Na elaboração deste Plano Operativo, o problema priorizado foi desabastecimento da farmácia, problema este selecionado pela maioria dos atores sociais em uma oficina, de forma a inseri-los na construção de um planejamento democrático e dessa forma criar um ambiente propício a mudanças. Neste contexto, o objetivo deste estudo é analisar o processo de construção de um planejamento estratégico para qualificação da gestão da assistência farmacêutica, em um município de pequeno porte, em Minas Gerais.

MATERIAL E MÉTODOS

O tipo de estudo utilizado foi relato de experiência/estudo de caso. Escolheu-se este método com o objetivo de analisar em

profundidade uma situação produzindo elementos que possam ser aplicáveis a outras realidades. Todo o processo de construção do planejamento estratégico, referencial teórico deste trabalho, é baseado no planejamento estratégico situacional de Matus, o qual é dividido em 4 etapas: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático operacional (MATUS, 1993). Ao final é produzido um Plano Operativo.

2.1. Caracterização do local de estudo

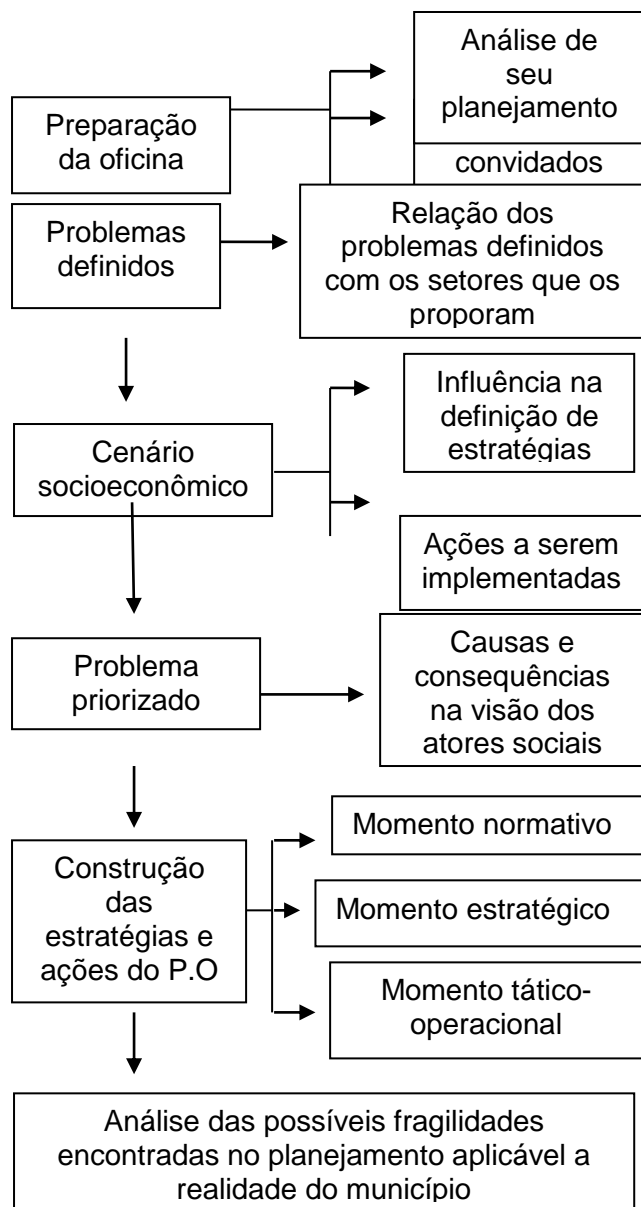
O município onde foi realizada a intervenção possui 4231 habitantes, sendo 53,89 % do sexo masculino e 46,11% do sexo feminino (IBGE, 2012), com uma densidade populacional de 3,53 hab/Km², sendo que apenas 45,08% da população residem na zona urbana (IMRS, 2011). O índice de desenvolvimento humano do município é de 0,712 (IBGE, 2012) com uma taxa de mortalidade padronizada por mil habitantes de 3,86, e com 50 % dos óbitos em 60 anos ou mais (IMRS, 2011). 59,55 % dos domicílios particulares possuem acesso a abastecimento de água por rede geral e 62,89 % são atendidos com coleta direta ou indireta de lixo por serviço de limpeza (IMRS, 2011). As principais fontes econômicas são a agricultura e a extração de fosfato. Possui um PIB percapita R\$ 74.325,79 (IBGE, 2012) e renda domiciliar percapita no setor formal de R\$ 1.046,48 (IMRS, 2011). Possui taxa de emprego formal de 91,37 % (IMRS, 2011) e a proporção de pessoas com baixa renda, isto é possuem uma renda inferior a meio salário mínimo é de 21,87% (IBGE, 2015).

O sistema de saúde do município possui três edificações: a farmácia de minas, inaugurada em abril de 2014, a sede da Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde Tradicional. Possui 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família. Em uma das edificações está localizada a sede da Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família onde são realizados serviços de odontologia, fisioterapia, psicologia, sala de vacinação, consultas obstétricas e ginecológicas e consultas básicas. A última edificação também denominada de centro de saúde é onde está localizado o pronto socorro, os consultórios para consultas especializadas e apoio diagnóstico (exames de imagem e análises clínicas), e está localizada a sede da secretaria de saúde. A secretaria de saúde tem convênios com

laboratórios de análises clínicas em municípios pólos de referência, aos quais são enviadas amostras coletadas neste município de exames de maior complexidade.

2.2. Análise dos dados

A análise da elaboração do P.O. será dividida em seis eixos segundo o esquema abaixo:



sociais envolvidos de forma direta ou indireta com a farmácia. A ideia de ator social é concebida como quem tem uma perspectiva de ação sobre a realidade a qual vive, podem ser indivíduos, organizações ou agrupamento de pessoas (MATTOS, 2010).

Foram convidadas 34 pessoas, compareceram 23. Destes compareceram o médico do ESF, 4 agentes comunitárias de saúde, a secretária municipal de educação, a enfermeira coordenadora da atenção primária, 2 representantes dos usuários de medicamentos, 1 vereadora, 3 auxiliares de farmácia, 1 representante da contabilidade, 1 representante do setor de licitação, o secretário de saúde, 2 auxiliares administrativas da Secretaria de Saúde, a psicóloga, o assistente social, a coordenadora, o coordenador do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), o secretário de assistência social e a enfermeira do pronto-socorro.

O convite para participação da oficina foi realizado pelo secretário municipal de saúde. Este foi fator decisivo para a participação de importantes setores da prefeitura, pois um dos maiores problemas da estrutura administrativa municipal é a estrutura departamentalizada por funções, inviabilizando um planejamento integrado das ações. Essa estrutura que consiste no agrupamento de atividades e tarefas de acordo com as funções principais desenvolvidas (contabilidade, licitação, por exemplo), tem como desvantagens a redução da cooperação interdepartamental (CHIAVENATO, 2004). Essa organização reforça a ideia de que apenas o farmacêutico deve ser o responsável pelas ações de assistência farmacêutica, sendo o mesmo o responsável em determinar as ações para resolvê-las.

3.2. Problemas definidos durante a oficina e sua relação com os setores que as propuseram

Durante a oficina foram identificados os problemas descritos na tabela 1:

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

3.1. Preparação da oficina

Uma das essências do planejamento situacional de Matus é o que o mesmo deve ser construído coletivamente de forma democrática. Sendo assim, o primeiro passo durante a preparação da oficina foi a definição dos atores

Tabela 1: Problemas identificados durante a oficina.

Nº	Problema identificado
01	Falta de processo legal que garanta a distribuição de medicamentos específicos não licitados e demandas da Assistência Social e demais Secretarias
02	Falta de assistência farmacêutica que garanta a adesão ao tratamento de doenças características do perfil epidemiológico do município
03	Falta de Assistência Farmacêutica aos pacientes da Zona Rural
04	Desabastecimento da farmácia de minas
05	Falta de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica
06	Uso irracional de medicamentos

Fonte: Elaborado pelo autor

Os representantes da secretaria de assistência social juntamente com o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) definiram inicialmente que o problema atual são as solicitações de ajuda de custo para comprar medicamentos não constantes na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). Esse problema se deve ao fato de que os médicos não utilizam esta lista como parâmetro para prescrição. Muitos prescritores do SUS entendem as listas de medicamentos essenciais como empecilho burocrático a prescrição, além de não verem nela utilidade prática (TORRES et al, 2014). Outro fator agravante é a deficiência no atendimento a demanda por medicamentos de alto custo pelas Unidades Regionais de Saúde (SRS) da Secretaria de Estado da Saúde, devido a falta de oferta de determinados produtos e na morosidade para ingresso de novos beneficiários do programa (MINAS GERAIS, 2013).

O problema apresentado pelos representantes da secretaria de educação foi o desabastecimento constante do medicamento metilfenidato 10 mg medicamento utilizado para tratar o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Esse transtorno não possui Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento pelo SUS, é um dos temas mais estudados em crianças em idade escolar e estima-se que ele seja uma das principais fontes de encaminhamentos de crianças ao sistema de saúde (SANTOS E VASCONCELOS, 2010). Porém é importante salientar que o uso deste medicamento tem sido muito difundido nos últimos anos (BRASIL,

2012).

Definiu-se como primeiro problema apresentado falta de processo legal que garanta a distribuição de medicamentos específicos não licitados e demandas da Assistência Social e demais Secretarias.

O segundo problema, a falta de assistência farmacêutica que garanta a adesão ao tratamento de doenças características do perfil epidemiológico do município. Esse problema foi sugerido também pelas representantes da secretaria de educação, pois segundo relatos os pacientes não aderem ao tratamento do TDAH de forma adequada. Ampliou-se o mesmo, pois seria incipiente criar uma estratégia de implantação de assistência farmacêutica para apenas uma enfermidade em específico.

Os representantes da atenção primária apresentaram como problema a falta de assistência farmacêutica aos pacientes da zona rural. Os mesmos tem acesso aos medicamentos através das agentes comunitárias de saúde, as quais mensalmente buscam os medicamentos na farmácia e os entregam a estes pacientes. Não há um processo que garanta a dispensação de forma adequada a estes pacientes, fornecendo informações sobre os medicamentos e um acompanhamento da utilização dos medicamentos.

Outro problema definido foi uso irracional de medicamentos. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) conceitua o uso racional de medicamentos como o processo que compreende a prescrição apropriada, a preços acessíveis, em condições adequadas, doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2001). Um dos problemas ocorre, pois, os pacientes tem acesso seja através da atenção primária ou mesmo do pronto atendimento a receitas seja de medicamentos constantes na portaria GM/MS nº 344/98 ou mesmo medicamentos não inclusos nesta portaria sem ter um acompanhamento médico de sua enfermidade, tratando inclusive de forma empírica problemas de problemas que seriam facilmente resolvidos através da adoção de hábitos de vida saudáveis. A obrigatoriedade de receita para dispensar medicamentos é embasada pelo decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011 e em seu artigo 28 determina que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica o usuário deve estar assistido por ações e serviços do SUS, ter o medicamento prescrito por

profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS e estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os protocolos clínicos e Diretrizes terapêuticas estaduais (BRASIL, 2011).

A falta de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica foi apontada pelo farmacêutico devido a dificuldade em estabelecer um elenco de medicamentos tanto para uso no pronto socorro como também para definir uma REMUME (Relação Municipal de Medicamentos). A seleção é um processo qualificado que produz uma lista de medicamentos essenciais e dá racionalidade à gestão da Assistência Farmacêutica (TORRES et al, 2014).

O problema priorizado foi desabastecimento da farmácia municipal, problema este já recorrente não só neste município como também em outros e que foi evidenciado por alguns fatores. Para compreendê-los devemos analisar alguns fatores: tipo de pactuação, aquisição e a distribuição. A pactuação feita pelo município foi a aquisição totalmente centralizada no estado onde municípios e união depositam suas contrapartidas no Fundo Estadual de Saúde, sendo que este adquire e distribui os medicamentos para municípios referentes a três contrapartidas (JÚNIOR et al., 2008). O Estado é responsável em adquirir e distribuir os medicamentos, o qual é feito trimestralmente. Porém em 2014 em Minas Gerais das 4 remessas que deveriam ter sido feitas foram entregues apenas 3. Esta deficiência na aquisição e na distribuição tem levado a indisponibilidade de medicamentos (73% dos gestores relataram medicamentos entregue em quantidade inferior a demanda) e recebimento de medicamentos com data próximo ao vencimento (problema relatado por 57% dos gestores) (MINAS GERAIS, 2013).

3.3. Influência do cenário socioeconômico na definição de estratégias

Além dos fatores citados há outros fatores determinantes no processo de abastecimento das farmácias municipais e que devem ser levados em conta durante a definição de ações do planejamento estratégico. Destes cita-se a descontinuação temporária ou até mesmo definitiva da fabricação ou importação de medicamentos. Tal problema se configura um problema de grande dimensão para os gestores de farmácia devido ao impacto sobre o planejamento financeiro e principalmente na

qualidade da assistência (REIS E PERINI, 2008). Dado a importância do tema a Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprovou a RDC 18 de 04 de Abril de 2014, que regulamenta a forma de comunicação de descontinuação de medicamentos, desta comunicação é confeccionada uma lista a qual é publicada para dar transparência e informar a sociedade (PORTAL ANVISA, 2015). Vale salientar que segundo a resolução a comunicação deve ser feita 180 dias antes do desabastecimento, prazo este que auxilia nas tomadas de decisões.

Reis e Perini (2008) relatam que as seguintes ações devem ser tomadas para se preparar e gerenciar momentos de desabastecimentos: ações de avaliação que são aquelas direcionadas a realizar uma avaliação crítica da situação e do impacto do desabastecimento na instituição; ações operacionais institucionais, que são implementadas com base no diagnóstico da fase de avaliação, antes dos efeitos serem sentidos e ações externas, são importantes quando a governabilidade da instituição é muito limitada.

Apesar de o Brasil possuir um sistema público de saúde universal e a Constituição Federal de 1988 definir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, é de conhecimento geral que o sistema público não tem capacidade para atender com qualidade toda a população, o que fez com que 25% dos brasileiros recorressem a planos de saúde privados. Aduz-se que o país apresentava a terceira menor participação do poder público nos gastos totais em saúde (46%), enquanto os países membros da OCDE (Organização para cooperação e desenvolvimento econômico) apresentavam participação dos gastos públicos de 73% (BRASIL, 2013). Na farmácia tem-se como consequência uma demanda de prescrições não atendidas resultando em medicamentos judicializados consumindo grande parte dos recursos destinados a compra de medicamentos.

3.4. Análise das causas e consequências do problema priorizado através da visão dos atores sociais

Após a determinação dos problemas iniciou-se uma análise minuciosa acerca do problema priorizado, suas causas e consequências. Podemos perceber que muitos problemas resultam do tipo de descentralização praticado pelo sistema de saúde no Brasil, a desconcentração de atividades.

Descentralização nesta perspectiva, implica na ampliação da autonomia das esferas estaduais e municipais que requisitarão qualificação para a realização de um conjunto de funções públicas (PASCHE et al., 2006), mais especificamente da influência do Estado no nível de desabastecimento da farmácia, pois a função de aquisição foi delegada ao mesmo através de pactuação conforme discutido anteriormente.

Inicialmente cogitou-se a inclusão de falta de adesão ao tratamento como descritor, hipótese posteriormente descartada, pois todos consentiram que esse problema é uma consequência do desabastecimento. Os fatores envolvidos na adesão incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitude familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (FARIA et al., 2014).

O problema identificado surto de doenças foi acatada e eleita pela maioria, porém, ela deve ser vista de outra forma. Devemos destacar que houve redução no número de doenças transmissíveis mas há aquelas com quadro declinante como difteria, coqueluche, tétano acidental dentre outras e há aquelas com quadro de persistência como, por exemplo, a tuberculose e as hepatites virais sendo que, um importante foco de ação nesse conjunto de doenças, está voltado para o diagnóstico precoce e tratamento adequado dos doentes (BRASIL, 2004). Levando em consideração que o medicamento está relacionado com o tratamento adequado dos pacientes, um aumento do número de pessoas acometidas por essas enfermidades embasa a tese de esse é um descritor do problema priorizado.

O estoque insuficiente de medicamentos enviados a zona rural e as prateleiras vazias têm como causas os atrasos nas licitações, os atrasos na entrega de medicamentos por parte do Estado e a automedicação. Essas primeiras causas podem ser agrupadas em uma causa primária, a falta de um cronograma que determine prazos para cada fase do processo licitatório e de compras. A automedicação é proveniente da falta de critérios para evitar que receitas sejam aviadas de acordo com a necessidade dos pacientes.

Algumas causas originárias de diferentes descritores, falta de padronização da prescrição e falta de critérios para evitar que receitas sejam aviadas de acordo com o desejo dos pacientes, puderam ser reunidas em uma causa primária pois tem a mesma origem a baixa qualidade das prescrições. Uma prescrição de qualidade deve conter o mínimo de medicamentos possíveis, mínimos efeitos colaterais, inexistência de contra indicações, forma farmacêutica e posologia apropriada além de menor tempo de tratamento possível (ALBUQUERQUE & TAVARES, 2011; CARMO et al., 2003).

Duas consequências originárias de diferentes descritores, aumento do número de consultas e agudização de doenças crônicas não transmissíveis, também puderam ser reunidas em uma consequência primária, pois levam a um aumento do número de internações.

Após esta análise tornou-se aparente a causa convergente, falta de um sistema de gestão que permita a integração entre os setores, a coleta e a troca de dados, facilitando a tomada de decisões e a padronização de procedimentos. Do mesmo modo determinou-se a consequência convergente, falta de efetividade da assistência farmacêutica no município.

3.5. Construção das estratégias e ações do plano operativo

Após o diagnóstico feito a partir de um consenso entre os atores sociais iniciamos o momento normativo onde definimos como deve ser a realidade. A partir da espinha de peixe (figura 1, final do artigo) definimos o objetivo geral: Implantar um sistema de gestão que permita a integração entre os setores, a coleta e a troca de dados, facilitando a tomada de decisões e a padronização de procedimentos tendo como finalidade efetivar a assistência farmacêutica no município. Partindo desse pressuposto, após a análise das causas e confrontando-as com consequências e chegamos aos seguintes objetivos específicos:

1) Definir um cronograma que determine prazos para cada fase do processo licitatório e de compras reduzindo a dependência do estado para manter quantidade satisfatória de medicamentos para atender portadores de doenças crônicas, fortalecendo a governança municipal, aspecto essencial de um processo de descentralização de serviço. Estes tipos de enfermidades devem ser consideradas prioritárias devido ao impacto econômico principalmente relacionado não só com os

gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das 26 aposentadorias e da morte da população economicamente ativa (BRASIL, 2013). No município em questão os hipertensos correspondem a 12,83 % e diabéticos a 2,84 % da população segundo cadastro do programa ESF.

2) Melhorar a qualidade das prescrições evitando grande variação do consumo mensal de medicamentos facilitando assim a gestão do estoque. A qualidade e a quantidade do consumo de medicamentos está sob ação direta da prescrição, que, por sua vez, sofre influências de alguns fatores como oferta de produtos pela indústria farmacêutica e a expectativas dos pacientes (ALBUQUERQUE E TAVARES, 2011). Esse objetivo tem reflexo direto nos custos, pois o aumento dos gastos com medicamentos podem estar associados mais a quantidade prescrita para determinadas faixas etárias/sexo e tipo em diferentes classes terapêuticas, do que mudanças demográficas da população (VIEIRA, 2009).

3) Determinar procedimentos que permitam mensurar o atendimento e buscar alternativas para resolução de conflitos diminuindo problemas como estresse e baixa produtividade por parte dos funcionários devido aos atritos com os pacientes.

O terceiro passo, também denominado por Matus como momento estratégico é o momento onde traçamos estratégias para transformar o que desenhamos (ações) em realidade. Neste momento analisou-se a viabilidade (poder de decidir, manter e executar), a factibilidade das ações e verificamos o déficit para determinamos estratégias que permitam alcançar o objetivo proposto.

Verificou-se que a construção da factibilidade e da viabilidade se inicia com o apoio do secretário municipal de saúde, pois como gestor da saúde o mesmo deve agregar as ações propostas às ações da secretaria de saúde fazendo assim com que o plano saia da teoria e passe para a prática. Como as ações dependem de outros setores, este ator social tem como objetivo resolver os problemas relacionados a governança, isto é a ausência de incentivos e responsabilização que garantem que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis ambos essenciais para melhorar o estado de saúde da população (BANCO MUNDIAL, 2007).

Outro fator importante dentro destas estratégias é a mudança da visão

departamentalizada por funções para uma visão departamentalizada por processos onde a diferenciação e o agrupamento se faz por meio de sequencia do processo operacional (CHIAVENATO, 2003), isto é, os processos de licitação e compra serão determinados e executados em conjunto com todos os setores envolvidos.

Como dito anteriormente outro obstáculo a ser transposto são as influências do mercado. Desta forma outro personagem que se torna importante são os fornecedores. Esse relacionamento visa também cumprir prazos estabelecidos bem como alcançar o máximo de êxito possível na participação das empresas nos pregões. Outra função chave seria a de evitar uma ruptura brusca do estoque, esta medida está inserida dentro das ações operacionais institucionais, a busca de fornecedores no nível regional ou em outro estado para evitar este problema (REIS & PERINE, 2004).

3.6. Análise das possíveis fragilidades encontradas no planejamento aplicável a realidade do município

Uma das fragilidades apresentadas por este planejamento aplicável a realidade do município é a falta de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Dentro do plano proposto a mesma teria participação nas operações de atualização da REMUME e na padronização de procedimentos que garantam qualidade as prescrições. A efetividade das atividades de seleção de medicamentos está diretamente relacionada com a organização da CFT, seus processos de trabalho e sua capacidade de monitorar e comprovar resultados (SANTANA et al., 2014). Temos como exemplo a RENAME, que devido ao fato de seus medicamentos serem selecionados com base em critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade faz com que algumas dimensões do uso racional sejam alcançadas (VIEIRA, 2010). Outro fator seria uma maior preparo para o enfrentamento de situações de risco de desabastecimento onde seriam responsáveis pela definição de critérios para definição de prioridades de utilização de medicamentos e na divulgação de informações as quais incluem informação sobre o medicamento em falta, alternativas terapêuticas disponíveis, protocolos terapêuticos provisórios para tais alternativas e um plano de enfrentamento da crise (REIS & PERINI, 2008).

Verifica-se a necessidade discutir um modelo de financiamento e organização da

assistência farmacêutica que se oriente pela lógica da regionalização da atenção a saúde, pois se os pacientes de um município são referenciados para atendimento em determinada especialidade em outro município, o acesso ao medicamento deve ser garantido conforme o acesso aos serviços de saúde (VIEIRA, 2010).

CONCLUSÕES:

No contexto atual em que os municípios possuem pouca governabilidade sobre a política de assistência farmacêutica local, este estudo de caso demonstra a importância de existir um planejamento municipal da assistência farmacêutica, considerando a realidade local - regional. Com sua aplicação verificou-se que houve uma redução significativa da quantidade e do período em que algumas apresentações estavam em falta, principalmente em medicamentos para tratamento de doenças crônicas. O menor nível de desabastecimento em 2015 foi de 17%, no mês de Julho. A dificuldade em reduzir este número deve-se ao fato de que 60 % das apresentações eram adquiridas através do estado, o restante 25 % foi adquirido através de licitação e 15 % licitação e estado (SIGAF; 2016).

Isso reforça um assunto já em discussão por alguns sanitaristas de que se faz necessária uma reflexão sobre alternativas frente aos entraves observados no processo de descentralização/municipalização no SUS. Autores tem relatado que o paradigma da municipalização autárquica esgotou-se. Sendo necessário incorporarmos outras formas de organização, como por exemplo, a microrregionalização cooperativa. Avanços estes necessários para garantirmos mais qualidade no cuidado em saúde, diminuindo a fragmentação dos serviços de saúde, com deseconomias de escala e de escopo e perda da qualidade dos serviços

Para garantir a efetividade da implantação do Plano Operativo elaborado incluiu-se como rotina do município o monitoramento e avaliação periódica, e proposição de novas abordagens, considerando as mudanças de contextos e problemas identificados. Esse monitoramento possibilitou determinar o estoque mínimo de todos os produtos, com isso algumas apresentações tiveram suas quantidades reduzidas, possibilitando a transferência de sua verba para aquisição e reforço de outras apresentações, reduzindo assim a perda por expiração do prazo

de validade. Outro ponto positivo foi a determinação da sazonalidade no uso de alguns medicamentos, possibilitando antever o período em que há um aumento em seu consumo.

Suscitou-se dados que corroboram a necessidade de implantar uma comissão de farmácia e terapêutica para avaliar a qualidade da REMUME. Dentre os medicamentos do grupo A da curva ABC, 35,9 % foram adquiridos via licitação pois não constavam na RENAME,. Em sua maioria, estavam incluídos apresentações de valor relativamente alto, como por exemplo, a Venlafaxina 75 mg que teve uma média mensal de consumo de 680 cápsulas e consumiu 5,12 % do custo mensal utilizado para aquisição de medicamentos enquanto o Losartana 50 mg teve média mensal de 5976 comprimidos e consumiu 5,73 %, medicamento o qual não havia comprovação de sua real importância no contexto epidemiológico do município.

REFERÊNCIAS:

ALBUQUERQUE, V.M.T.; TAVARES, C.A. Avaliação de indicadores de medicamentos: importância para a qualidade na prescrição. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v.2, n.3, p. 31-35, set./dez. 2011.

BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos**. Washington, 2007.

BISPO JÚNIOR, J.P; MESSIAS, K.L.M. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Revista de Saúde e Comunitária**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 79-89, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. , 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 3 Ed. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasil 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processos e Resultados**. Brasília:

Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2005.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: Identificando Riscos para o Monitoramento e Controle Sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento da Assistência farmacêutica**, ano 2, nº 2, jul./dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214 de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de levantamento - FiscSaúde TC 032.624/2013-1**. Brasília: Tribunal de Contas Da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção a Saúde**. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013.

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2004.

FARIA, H.T.G.; SANTOS, M.A; ARRELIAS, C.C.A.; RODRIGUES, F.F.L; GONELA, J.T; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI M.L. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.48, n. 2, p. 257-263, 2014.

HUERTAS, F. El Método PES: **Entrevista a Carlos Matus**. Equador: Editora Altadir, 1993.

JÚNIOR, A.A.G.; PEREIRA, L.A.M.; SILVA, G.D.; MYORGA, P. **Rede Farmácia de Minas. Plano estadual de reestruturação da assistência farmacêutica: Uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de**

medicamentos no SUS. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde/Superintendência de Assistência Farmacêutica, 2008.

LEVCOVITZ, Eduardo. **Transição versus consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde**. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; OSÓRIO DE CASTRO, C.G.S.; MACHADO DOS SANTOS, S. **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde 2003.

MATTOS, R.A. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. **Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 5, p. 2327-2336, 2010.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MENDES, E.V.; PESTANA, M. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES nº 811 de 30 de dezembro de 2005. Identifica as Gerências Regionais de Saúde GRS do Estado de Minas Gerais e estabelece as suas respectivas áreas de abrangência. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**, Poder Executivo, Belo Horizonte, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do SUS de Minas Gerais (CIB-SUS/MG) nº 487, de 19 de novembro de 2008. Atualiza a Relação Estadual de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, estabelece fórmula de cálculo para definir valor unitário dos itens distribuídos pela SES/MG. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**, Poder Executivo, 2008.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas de Minas Gerais. **Relatório Final de Auditoria Operacional da Assistência Farmacêutica: Farmácia de Minas**. Belo Horizonte: Secretaria

Executiva do Tribunal, Diretoria de Assuntos Especiais e de Engenharia e Perícia e Coordenadoria de Auditoria Operacional, 2013.

MOTTA, P.R. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1994.

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

PASCHE, D.F.; RIGHI, L.B.; THOMÉ, H.I.; STOLZ, E.D. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v. 20, n. 6, p. 416-422, dez. 2006

REIS, A.M.M; PERINI, E.. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. **Revista Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p. 603-610, abr. 2008.

SANTANA, R.S.; JESUS, E.M.S.; SANTOS, D.G.; JÚNIOR, D.P.L.; LEITE, S.N.; SILVA, W.B. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. v. 35, n. 3, p. 228–234, 2014.

SANTOS, L.F.; VASCONCELOS, L.A. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília**, v. 26, n. 4, p. 717-724, out./dez. 2010.

SILVA, S.V.; NIERO, J.C.C.; MAZZALI, L. O planejamento estratégico no setor público: a contribuição de Carlos Matus. **XXII Seminários em administração**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009.

SILVÉRIO, M.S.; LEITE, I.C.G. Qualidade das prescrições em um município de minas gerais: uma abordagem farmacológica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 675-680, 2010.

TORRES, R.M.; PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA, M.A.; OSORIO DE CASTRO, C.G.S. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Revista**

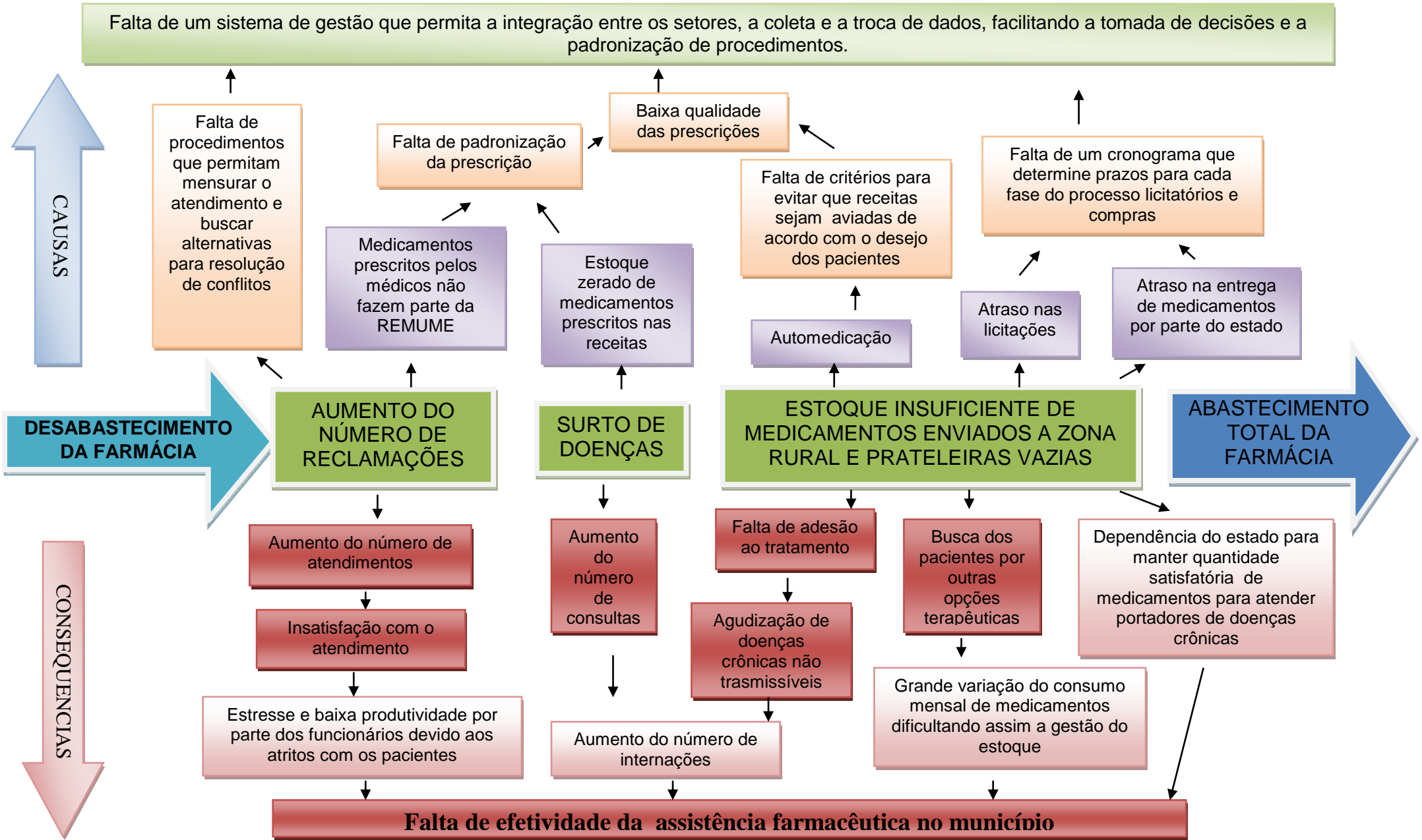
Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, 2014.

TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 237-54, mar./abr. 2007.

VIEIRA, F.S. Gasto do Ministério da Saúde Com Medicamentos: Tendência dos Programas de 2002 a 2007. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, Washington, v. 43, n. 4, p. 674-681, 2009.

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, Washington, v. 27, n. 2, p. 149–156, 2010.

Figura 1: Espinha de Peixe



Fonte: Elaborado pelo autor

