

PARCERIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO e
CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

RELATÓRIO FINAL DOS
**SEMINÁRIOS
REGIONAIS DE**
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1ª EDIÇÃO

RIO DE JANEIRO - RJ
2020



DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA

VENDA
PROIBIDA

RELATÓRIO FINAL

Componentes do GTAF-SUS

Antonio Carlos Morais - CRF/RJ (Presidente)
Manoel Roberto da Cruz Santos - COSEMS/RJ
Daniela Moulin Maciel de Vasconcelos - NAF/ENSP/Fiocruz
Flávio Afonso Badaró - SES/RJ
Leandro Oliveira Paranhos - CRF/RJ
Nathália Cano Pereira - CRF/RJ
Sarah Gomes Pitta Lopes - CRF/RJ
Vera Lucia Luiza - NAF/ENSP/Fiocruz

Colaboração

Bruno Luz de Azevedo Costa - CRF/RJ
D'Stefano Marcondes de Lima e Silva - COSEMS/RJ
Dilian Duarte Jorge Hill - COSEMS/RJ
Elizabeth Zagni Schmied Gonzaga - CRF/RJ
Elvira de Mello Cornélio - CRF/RJ
Jonatas Meireles da Silva - CRF/RJ
Juciana Barbosa de Queiroz Batalha - CRF/RJ
Kelly Alessandra Segabinazzi - NAF/ENSP/Fiocruz
Marcela de Souza Caldas - COSEMS/RJ
Marcelo da Silva Albertine - CRF/RJ
Maria de Fátima Brito de Resende - COSEMS/RJ
Raphael Gonçalves de Souza - CRF/RJ
Renan Oliveira Carvalho da Fonseca - CRF/RJ
Solange Isabel das Graças Cirico Costa - COSEMS/RJ
Suely Gomes Osorio - COSEMS/RJ
Thiago Lopes das Dores - CRF/RJ
Victor Hugo Nicácio Alves - CRF/RJ

Diretoria do CRF/RJ (2020/2021)

Tania Maria Lemos Mouço - Presidente
Silvania Maria Carlos França - Vice-presidente
Carla Patricia de Moraes e Coura - Tesoureira
Ricardo Lahora Soares - Secretário-Geral

Os membros do GTAFSUS agradecem as Diretorias do CRF/RJ e do COSEMS/RJ pelo apoio recebido nessa jornada que consideramos ter sido prazerosa, principalmente pelo carinho dedicado pelos nossos anfitriões dos municípios sedes de cada Seminário e dos participantes que muito nos ensinaram e contribuíram com propostas e encaminhamentos.

Rio de Janeiro, Junho de 2019

Sumário

Resumo executivo.....	7
Apresentação	10
1. Contextualização	11
2. Panorama da Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro.....	18
Resultados	19
2.1. Considerações sobre os dados dos questionários	34
3. Desenvolvimento dos Seminários Regionais de Assistência Farmacêutica.....	35
4. Principais problemas da Assistência Farmacêutica nas Regiões de Saúde.....	39
Gestão	39
Financiamento	44
Infraestrutura	50
Informação.....	54
Seleção.....	58
Abastecimento/aquisição	63
Judicialização.....	74
Recursos humanos.....	85
Responsabilidade técnica.....	96
5. Considerações finais	107
6. Próximos passos	107
7. Referências	110
Anexo 1 - Questionário de diagnóstico de assistência farmacêutica aplicado aos municípios do estado do Rio de Janeiro	115
Anexo 2 - Roteiro para definição de problemas e soluções	125
Anexo 3 - Alguns problemas da Assistência Farmacêutica diagnosticados em nível nacional	129

Siglas e abreviaturas

AF	Assistência Farmacêutica
AFM	Assistência Farmacêutica Municipal
APS	Atenção Primária à Saúde
BPS	Banco de Preços em Saúde
Cadin	Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor Público Federal
Catmat/Siasg	Catálogo de Materiais do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais do Governo Federal
CES	Conselho Estadual de Saúde
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS/RJ	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CRF/RJ	Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro
DPE	Defensoria Pública do Estado
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTAFSUS	Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica no SUS
JF	Justiça Federal
LAPPIS/IMS/UERJ	Laboratório de Pesquisa Sobre Práticas de Integralidade em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MG	Minas Gerais
NAF/ENSP/Fiocruz	Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
NASF AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PAS	Programação Anual de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de

	Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPA	Plano Plurianual
PRM	Problema Relacionado a Medicamentos
RCL	Receita Corrente Líquida
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RFB	Receita Federal do Brasil
RH	Recurso Humano
RIO FARMES	Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais
RJU	Regime Jurídico Único
RP	Registro de Preço
RT	Responsável Técnico
SAFIE/SAS/SES RJ	Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/Subsecretaria de Atenção à Saúde Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SES RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
Sisbacen	Sistema de Informações Banco Central
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TCU	Tribunal de Contas da União
TJRJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
TOC	Termo de Obrigações a Cumprir
UBS	Unidade Básica de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos

Tabelas, quadros e figuras

Quadro 1. Seminários regionais de assistência farmacêutica, 2019	17
Quadro 2. Experiências exitosas na Assistência Farmacêutica Municipal relatadas. Rio de Janeiro, 2019	33
Quadro 3. Problema relacionado a gestão da AF	42
Quadro 4. Problemas relacionados ao financiamento da AF	47
Quadro 5. Problemas relacionados a infraestrutura para a AF	54
Quadro 6. Problemas relacionados com informação de sistema em AF	56
Quadro 7. Problemas relacionados a seleção de medicamentos	60
Quadro 8. Problemas relacionados ao abastecimento/aquisição de medicamentos	66
Quadro 9. Problemas relacionados a judicialização de medicamentos	78
Quadro 10. Problemas relacionados a recursos humanos AF	89
Quadro 11. Problemas relacionados a responsabilidade técnica na AF	103
Figura 1. Distribuição de municípios segundo Órgão, Departamento ou Setor ao qual a área de Assistência Farmacêutica é subordinada. Rio de Janeiro, 2019	22
Figura 2. Distribuição de municípios segundo a quantidade média de farmacêuticos envolvidos nas atividades da aquisição de medicamentos. Estado do Rio de Janeiro, 2019	27
Figura 3. Distribuição de municípios segundo a quantidade média de farmacêuticos envolvidos nas atividades de aquisição de medicamentos. Rio de Janeiro, 2019	28
Figura 4. Distribuição de municípios segundo profissional dispensador. Estado do Rio de Janeiro, 2019	30
Figura 5. Distribuição de municípios segundo as atividades realizadas nos Serviços Farmacêuticos Municipais na Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2019	31
Figura 6. Etapas da Assistência Farmacêutica que concentram maiores dificuldades. Rio de Janeiro, 2019	32
Figura 7. Distribuição de municípios por tipo de apoio que a gestão da AF gostaria de receber	34

Tabela 1. Respostas por Região de Saúde e Estrato populacional. Rio de Janeiro, 2019	19
Tabela 2. Distribuição de municípios segundo o perfil do responsável da Assistência Farmacêutica Municipal. Rio de Janeiro, 2019	20
Tabela 3. Distribuição de municípios segundo a participação da AF municipal dos instrumentos de planejamento e orçamento municipal. Rio de Janeiro, 2019	21
Tabela 4. Dados secundário de saúde das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em 2017	23
Tabela 5. Alocação dos diferentes profissionais de saúde vinculados a Secretaria Municipal de Saúde nos diferentes níveis de atenção a saúde	24
Tabela 6. Oferta de farmacêuticos por Região de Saúde e Demanda Municipal no Estado do Rio de Janeiro em 2017	25
Tabela 7. Despesa total com pessoal e Proporção do aporte municipal no montante do SUS por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em 2017	26
Tabela 8. Distribuição de municípios segundo as etapas do processo de compras de medicamentos que o farmacêutico participa	28
Tabela 9. Distribuição de municípios segundo arranjo da organização da realização de dispensação de medicamentos. Rio de Janeiro, 2019	29
Tabela 10. Distribuição de municípios por dificuldades específicas nas Etapas de Assistência Farmacêutica Municipal. Rio de Janeiro, 2019	32
Tabela 11. Total de participantes por regional de Saúde ERJ, 2019	36
Tabela 12. Tipo de atividade dos participantes dos Seminários Regionais de Assistência Farmacêutica ERJ, 2019	37
Tabela 13. Avaliação dos seminários regionais de AF pelos participantes (média das notas de uma escala de 0 a 5)	38

Resumo executivo

Visando avançar na imprescindível busca de consensos capazes de estabelecer responsabilidades e procedimentos que garantam uma melhor adequação da distribuição dos serviços farmacêuticos municipais no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS e as atividades precípuas do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro (CRF/RJ) no que diz respeito à fiscalização do exercício profissional do farmacêutico nesses serviços, o CRF/RJ e o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ) vem, desde 2013, desenvolvendo iniciativas neste sentido.

Em meados de 2018, o COSEMS/RJ e o CRF/RJ, por meio de suas diretorias, identificaram a necessidade de aprofundar a discussão da Assistência Farmacêutica no SUS no âmbito municipal. Assim, após aprovação da Plenária do CRF/RJ, foi criado o Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica no SUS - GTAFSUS (Portaria CRF/RJ nº 853/2018), composto por profissionais farmacêuticos com extensa experiência na Assistência Farmacêutica, integrando, posteriormente, profissionais do CRF/RJ, COSEMS/RJ, SES/RJ e NAF/ENSP/FIOCRUZ, com o objetivo de retomarem as discussões até então interrompidas e propor em um projeto de trabalho conjunto com o propósito principal de "buscar modelos de Assistência Farmacêutica (AF) para os municípios do ERJ, compreendendo parâmetros que garantissem a AF com qualidade, levando em consideração as possibilidades financeiras e de recursos humanos de cada gestão municipal, atendendo a complexidade das Redes Locais de Atenção à Saúde".

O conjunto de estratégias envolveu inicialmente a realização de diagnóstico da AF nos municípios do ERJ tanto por questionário respondido online por 32 municípios e complementado por dados secundários. Esses resultados foram adicionados de outros materiais, como a Carta do Rio, produto dos Seminários de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica desenvolvido para subsídio à 16ª Conferência Nacional de Saúde e estudo de Medicamentos Essenciais desenvolvido pelo CONASEMS.

O diagnóstico detalhou diferentes aspectos, concluindo na sinalização dos principais avanços e fragilidades.

Principais avanços:

- Maioria dos respondentes participa dos instrumentos de planejamento do SUS;
- AF prevista no orçamento municipal na maioria dos municípios;

- Há uma busca de qualificação por parte dos farmacêuticos que atuam no nível municipal;
- Proporção razoável de responsáveis pela AF com vínculos estáveis e existem alguns com cargo comissionado, o que indica valorização da atividade pela gestão municipal;
- Existe razoável oferta potencial de farmacêuticos disponíveis nas regiões;
- Farmacêutico declara participação da dispensação/entrega na maioria dos municípios;
- Existem experiências exitosas, que devem ser valorizadas e compartilhadas.

Principais fragilidades:

- Baixa participação dos municípios na resposta aos questionários, nula na Baixada Litorânea;
- Ainda que poucos, há municípios não inseridos nos instrumentos de gestão e de orçamentação (como são poucos, seria mais fácil apoiá-los);
- Baixa participação regular nas instâncias coletivas de gestão e de interação com o controle social
- Um em cada cinco respondentes declarou que a AF não está no organograma municipal;
- Baixa participação de farmacêuticos no processo total de compras de medicamentos;
- À exceção da dispensação, há baixa participação do farmacêutico nas atividades voltadas aos usuários;
- À exceção dos municípios pequenos, há um baixo número de farmacêuticos em atuação nos municípios. É importante construir proposta consubstanciada de oferta ideal de profissionais;
- Maioria dos municípios estão no limite de risco da LRF;
- Resultados positivos podem ser viés de resposta, ou seja, responderam mais os que tem melhores condições.

Nos Seminários desenvolvidos nas 10 regiões de saúde do ERJ, contando com 240 participantes, mais a equipe de organização e apoio, foram discutidos os principais problemas e propostas de soluções, consensuadas entre os participantes. O produto desta discussão foi analisado pelo GTAFSUS e classificado em 9 grandes temas (Gestão, Financiamento, Infraestrutura, Informação, Seleção, Abastecimento/Aquisição, Judicialização, Recursos

Humanos e Responsabilidade Técnica). No processo de análise, considerou-se o cenário nacional e evidências existentes da literatura que subsidiaram, após um resumo dos problemas, a sistematização das soluções.

Como consideração final do GTAFSUS sobre este processo, ressalta-se que o relatório final com os resultados consolidados dos SEMINÁRIOS REGIONAIS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS vem em um momento político de nosso país em que precisamos reafirmar o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS, que completou em 2019 TRINTA E UM ANOS pela promulgação de nossa CARTA MAGNA.

Os passos seguintes envolvem:

- Elaboração de Termos de Obrigações a Cumprir (TOC) e fixar parâmetros de conduta para o CRF/RJ e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) no sentido de desempenhar ações e alcançar metas definidas a curto médio e longo prazo;
- Estabelecimento de diretrizes mínimas para amparar, em escala municipal, o planejamento da AF para definir políticas locais que qualifiquem o acesso ao medicamento de acordo com os princípios da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica no SUS;
- Redimensionamento da atuação da AF nos Municípios por um projeto adequado de atenção e cuidado farmacêutico;
- Promoção de cursos e seminários de capacitação e estratégias de Educação Permanente para fortalecer o exercício profissional e o trabalho em equipe multiprofissional do farmacêutico e de sua equipe. Para tanto o GTAFSUS irá desenvolver projeto específico na área de educação e buscar parcerias;
- Promoção de encontros e oficinas regionais e estaduais com o intuito de buscar soluções e aprofundar o debate sobre as necessidades locais de atendimento das normas vigentes;
- Apresentação ao Conselho Estadual de Saúde (CES) de proposta do projeto de um modelo de Assistência Farmacêutica para os municípios do ERJ, incluindo a instância estadual do SUS, em especial a SAFIE/RJ, na perspectiva de sua reorganização;
- Realização de Seminário Estadual sobre Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, na perspectiva de consolidar o modelo apresentado ao CES e se necessário e, naquilo for pertinente, desenvolver um Projeto de Lei para apresentação às instâncias do Legislativo;
- Fomento à criação de Câmaras Técnicas de AF e de Medicamentos no SUS, tanto no COSEMS/RJ, quanto em cada região do ERJ.

Apresentação

Entre os vários desafios que se colocam para o Sistema Único de Saúde, um deles que se apresenta tanto para os gestores, quanto para os profissionais de saúde e usuários, é a Assistência Farmacêutica – quer pelos recursos financeiros, recursos humanos e tecnológicos envolvidos, quer pela permanente busca de estratégias para seu aperfeiçoamento.

Embora tenhamos avanços no campo da Assistência Farmacêutica nesses últimos anos, a busca pelo seu desenvolvimento continua a fazer parte de uma agenda política nessa direção, na perspectiva de viabilizar propostas estruturantes que possibilitem garantir eficiência de ações, vinculando serviços com a arte de conhecimento no benefício da população, que garanta o acesso com qualidade, o uso racional de medicamentos e a efetiva inserção da Assistência Farmacêutica nas ações integradas de saúde dado seu caráter de transversalidade.

Dentro desses princípios, o CRF/RJ e o COSEMS/RJ em uma iniciativa positiva, uniram-se nesse projeto na busca por propostas para a organização da Assistência Farmacêutica nos Municípios na perspectiva de ajustar regulações do exercício do(a) profissional Farmacêutico(a), de acordo com a capacidade da rede de saúde instalada.

Nesse sentido, parabenizamos o Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde – GTAFSUS, criado com essa finalidade, assim como os(as) Secretários(as) Municipais de Saúde e a todos profissionais que participaram dos dez seminários regionais, apresentando seus problemas e soluções de forma ascendente e participativa, que possibilitou a construção desse documento final.

Entretanto, é imprescindível termos claro que o trabalho do GTAFSUS não se esgota nesse documento. O mesmo é uma matriz orientadora para desmembramentos de outros eixos estruturantes que terão como objetivo final a proposição de modelo para a organização da Assistência Farmacêutica no âmbito dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Por último, as direções do CRF/RJ e COSEMS/RJ, estarão apoiando os trabalhos a serem desenvolvidos por acreditar que só juntos e em parceria poderemos alcançar nossos objetivos em construir um processo que diminua ou elimine as desigualdades sociais em saúde.

*Tania Maria Lemos Mouço
Presidente do CRF/RJ*

*Maria da Conceição de Souza Rocha
Presidente do COSEMS/RJ*

1. Contextualização

O Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro (CRF/RJ) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ) por diversas vezes tentaram avançar na busca de consensos que estabelecessem responsabilidades e procedimentos que garantissem uma melhor adequação da distribuição dos serviços farmacêuticos municipais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e as atividades precípuas do CRF/RJ no que diz respeito à fiscalização do exercício profissional do farmacêutico nesses serviços.

Em abril de 2013, coordenada pelo LAPPIS/IMS/UERJ dentro do "Projeto Apoiadores Regionais" do COSEMS/RJ, deu-se a primeira reunião entre as duas instituições, COSEMS/RJ e CRF/RJ, estando ainda presente a SAFIE/SAS/SES RJ, na sede do CRF/RJ. A reunião teve como objetivo o apoio institucional às gestões municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro (ERJ) no que diz respeito à busca de soluções conjuntas para superar a incidência de multas lavradas aos municípios fluminenses, em virtude dos aspectos conceituais e estruturais de rede de serviços e de programas de saúde no âmbito do SUS.

Nos anos subsequentes, ensaiaram-se vários outros movimentos que visaram soluções que mitigassem ou evitassem a inclusão dos municípios no Cadin/Sisbacen¹ pela RFB.

Em meados de 2018, o COSEMS/RJ e o CRF/RJ, por meio de suas diretorias, identificaram a necessidade de aprofundar a discussão da Assistência Farmacêutica no SUS no âmbito municipal. Assim, após aprovação da Plenária do CRF/RJ, foi criado o Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica no SUS - GTAFSUS (Portaria CRF/RJ nº 853/2018), composto por profissionais farmacêuticos com extensa experiência na Assistência Farmacêutica, integrando, posteriormente, profissionais do CRF/RJ, COSEMS/RJ, SES/RJ e NAF/ENSP/FIOCRUZ, com o objetivo de retomarem as discussões até então interrompidas e propor em um projeto de trabalho conjunto com o propósito principal de "buscar modelos de Assistência Farmacêutica (AF) para os municípios do ERJ, compreendendo parâmetros que garantissem a AF com qualidade, levando em consideração as possibilidades financeiras e de recursos humanos de cada gestão municipal, atendendo a complexidade das Redes Locais de Atenção à Saúde"². Esta iniciativa foi ao encontro da intenção manifestada em vários momentos, pela presidente do COSEMS/RJ, Maria da Conceição de Souza Rocha

¹ Banco de dados que contém os nomes de pessoas físicas e jurídicas com obrigações pecuniárias vencidas e não pagas para com órgãos e entidades da Administração Pública Federal, direta e indireta.

² Of SCT/CRF-RJ nº 29/2018 de 12 de setembro de 2018, encaminhado à Presidente do COSEMS RJ.

e também Secretária Municipal de Saúde de Pirai.

Este primeiro documento do GTAFSUS trazia em sua essência as diretrizes para pactuação entre as duas diretorias do trabalho a ser desenvolvido nos próximos meses, cujo prazo de encerramento previsto em portaria seria dezembro de 2019.

O documento trazia em seu preâmbulo a constatação de que todo arcabouço jurídico e demais regulamentações complementares têm como foco central o exercício da Profissão Farmacêutica na Farmácia Comunitária Privada (estabelecimentos do comércio varejista de medicamentos). Essa legislação não diferencia as particularidades dos serviços farmacêuticos no SUS, tendo em vista as importantes diferenças de escopo, vinculação institucional, missão e visão. Considera-se importante relevar também os níveis de complexidade do SUS, tamanho de rede, capacidade real de cada município a partir de indicadores demográficos e epidemiológicos, econômicos e sociais, que sobremaneira dificultam a gestão municipal em atender, na íntegra, normas gestadas para estabelecimentos privados como a Resolução CFF nº 648/ 2017 (BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017), que regulamenta o procedimento de fiscalização dos Conselhos Regionais de Farmácia.

A importância do profissional farmacêutico é destacada como elemento fundamental na garantia da Assistência Farmacêutica em razão da transversalidade de suas ações, serviços e programas de saúde no âmbito do SUS. Deve-se levar em consideração a convocação da 16ª Conferência Nacional de Saúde, cujas etapas, municipal e estadual, realizadas nos períodos de 02/01/2019 a 15/04/2019 e em 24 a 26 de maio de 2019, respectivamente, tendo em vista que já se reafirmavam nas pré-conferências os princípios e diretrizes do SUS, estando como uma das atividades preparatórias a Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia.

A pactuação entre as duas diretorias vai ao sentido de designar o GTAFSUS como responsável por propor um modelo de Assistência Farmacêutica (AF) para os municípios do ERJ, que atenda aos requisitos mínimos de qualidade da assistência à população fluminense e que torne possível dialogar com as necessidades normativas da fiscalização do exercício profissional do farmacêutico, levando em consideração os princípios assistenciais do SUS de promoção, proteção e recuperação da saúde, e que entre as ações e serviços disponibilizados, destaca-se a AF, que deve ser oferecida à população de maneira descentralizada. A AF tem como finalidade propiciar o acesso a medicamentos efetivos, seguros e produzidos com qualidade e que se garanta a promoção de seu Uso Racional, princípios fundamentais que irão contribuir para a integralidade e resolutividade das ações em saúde.

O COSEMS/RJ já havia deixado muito claro em vários eventos e documentos, que a AF tornou-se um componente essencial do sistema de saúde em todos os níveis

de complexidade, sendo uma das prioridades na qualificação das ações em saúde, em congressos e conselhos interfederativos em que destacava a sua ação junto aos Secretários Municipais de Saúde intermediando as relações com a Secretaria Estadual de Saúde do ERJ e o Ministério da Saúde, sempre colocando em evidência a necessidade de aperfeiçoar a AF como parte integrante da Política Estadual de Saúde e das Políticas Municipais de Saúde, bem como do Plano Estadual de Saúde do ERJ e dos Planos Municipais de Saúde com o objetivo precípuo de fortalecer a AF no âmbito estadual e municipal.

Da mesma maneira, o Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro já vinha sinalizando há algum tempo a necessidade de se contar nos diversos municípios fluminenses com a presença insubstituível do farmacêutico no sentido de organizar a AF e promover acesso a medicamentos com garantia de qualidade e que atendessem aos preceitos do SUS.

Assim, imbuídos da necessidade do fortalecimento da gestão da saúde no ERJ tendo como princípios a regionalização, a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde, a qualificação da AF e a sua devida integração sistêmica com a rede, a Comissão passa a trabalhar com a expectativa prioritária de propor, no âmbito do ERJ, um modelo que satisfaça as necessidades de saúde da população e o acesso com qualidade aos medicamentos, cuja gestão é de responsabilidade dos municípios.

No Brasil, as necessidades de saúde da população brasileira vêm se alterando em função das mudanças demográficas observadas no país, que apontam para o envelhecimento da população, e pelo expressivo aumento das condições crônicas e mudanças no perfil de morbimortalidade. O aumento dessas condições, ocasionado não só pela maior presença das doenças crônico-degenerativas, mas também pelo aumento da sobrevivência de pacientes portadores de outras patologias, cujo controle foi viabilizado pelo próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde, coexistindo com doenças infectocontagiosas, e também com um aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas, caracterizam um quadro epidemiológico bastante complexo, cujo enfrentamento exige profundas mudanças no SUS.

O aumento da população de idosos e da carga de doenças para as próximas décadas resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e de medicamentos, culminando, com certeza, no aumento de gastos no sistema de saúde, impondo desafios aos governos, aos gestores de saúde e à população em geral.

Essa situação se repete no ERJ e o grande desafio que se apresenta, para todos nós e para o SUS, é o de consolidar um sistema integrado que responda de forma adequada a essas necessidades de saúde da população, garantindo o cuidado integral.

Destaca-se que o processo de integração sistêmica que vem sendo perseguido no SUS exige também a integração tanto na dimensão dos serviços de saúde como das práticas profissionais. Sendo assim, dentre as políticas públicas setoriais e transversais aos sistemas de saúde, as Políticas Farmacêuticas têm sido consideradas essenciais nesse processo. Para tanto, a inclusão da AF como um conjunto de atividades de apoio, relacionadas ao abastecimento e ao ponto de apoio terapêutico, como do cuidado farmacêutico, pertinente à educação em saúde e ao uso racional de medicamentos desenvolvidos nos pontos de atenção são importantes no processo de enfrentamento das condições crônicas e constitui desafios permanentes.

Não obstante à necessidade desta inclusão, a AF tem sido financiada no que diz respeito à disponibilidade do medicamento, sendo relegado a um segundo plano, o aprimoramento e qualificação dos profissionais e dos serviços farmacêuticos no SUS

O entendimento é que os serviços farmacêuticos devem se constituir em um conjunto de atividades e processos de trabalhos relacionados ao medicamento e protagonizados pelo farmacêutico e deve ser desenvolvido no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade.

Nesse sentido, torna-se impossível aproximar a compreensão de similaridade entre atuação profissional do farmacêutico em um estabelecimento comercial, seja ela na farmácia ou drogaria, com a diversidade de atuação compreendida como indispensável no setor público, principalmente na atenção primária, onde a convivência com a equipe multiprofissional de saúde requer contrapartidas dos serviços farmacêuticos que vão além das atividades técnico-gerenciais (atividades de apoio, de disponibilidade do insumo medicamento). É neste contexto que surge a imprescindibilidade do desenvolvimento de padrões clínicos no exercício das atividades clínicas como atribuições finalísticas dirigidas a indivíduos-família-comunidade pelo farmacêutico.

Se as atribuições e as responsabilidades são diferenciadas nos dois setores, torna-se óbvio que a fiscalização tem que se caracterizar de maneira individualizada no setor público. Mas não é isso que dispõe a Lei 13021/2014, que, na ânsia de ordenar o setor farmacêutico, embaraçou ainda mais as questões sobre as ações e serviços de assistência farmacêutica, seu exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

A discussão e aprimoramento da assistência farmacêutica tornaram-se substantivas na década de 1980 quando é incluída no debate da Reforma Sanitária, 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, torna-se fundamental para a garantia da integralidade nas ações em saúde em 1990, a sua inserção é garantida na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) com o compromisso público de assegurar a assistência integral à saúde, inclusive a farmacêutica.

Mais uma vez acirram-se as contradições entre os dois setores, privado e público em que as questões comerciais e sanitárias se diferenciam e se distanciam em proporções abissais ao ponto de ainda prevalecer, nos dias de hoje, uma legislação da década de 1970 (Lei 5991/1973), época que o SUS não era vislumbrado, mas que já existia potencialidade na discussão de modelos flexenerianos³. A batalha secular entre modelos médico-centrados e hospitalocêntricos, apoiados pelo complexo médico- farmacêutico industrial e modelos que valorizam a organização de sistemas universais de saúde, a atenção primária na resolução da maioria de problemas de saúde da população e o trabalho em equipe que estimulem as atividades multiprofissionais e interdisciplinares, tornam evidente esta disputa que propaga influências sobre o ensino e o comportamento corporativo e ético/normativo das diversas categorias de profissionais da saúde.

Indubitavelmente que se torna imprescindível romper com contradições geradas por legislações e/ou regulamentos para que de fato tenhamos um modelo que se apoiem em práticas de saúde, reconhecendo o papel do profissional farmacêutico como protagonista, indutor e qualificador dessas práticas junto aos profissionais, por exemplo, junto à equipe do NASF e das equipes de referência de AB, que sobremaneira venha a consolidar o fortalecimento das práticas de segurança do paciente na APS quanto ao uso seguro de medicamentos, conforme “Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB)⁴. Essas práticas avançam quando transpõe o modelo do ciclo da assistência farmacêutica, promovendo transversalidade e estendendo a intersectorialidade de suas ações, que vão desde práticas clínicas, participações em grupos terapêuticos, visitas domiciliares e até apoio pedagógico.

Com esta compreensão o GTAFSUS desenvolveu nos meses subsequentes do ano de 2018 uma metodologia de trabalho baseada em objetivos pactuados entre as duas diretorias, visando:

- Regularizar a situação da assistência farmacêutica municipal junto a um projeto de atenção e cuidado farmacêutico no CRF/RJ;
- Buscar consenso entre as obrigações legais relacionadas à presença do farmacêutico e as restrições financeiras, da gestão do trabalho e da disponibilidade de recursos humanos que dificultam a contratação de novos profissionais;
- Proposição de diretrizes mínimas para patrocinar em escala municipal, o

³ (Relatório Flexner - 1910) e dawsonianos (Relatório Dawson - 1920)

⁴ Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

planejamento da assistência farmacêutica para definir políticas locais que qualifiquem o acesso ao medicamento de acordo com os princípios da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), ambas fundamentadas no Uso Racional do Medicamento (URM);

- Necessidade de conhecer a realidade do setor de assistência farmacêutica dos municípios fluminenses e a partir desta, fundamentar o debate em encontros, eventos e documentos;
- Proposição de “Modelos de Assistência Farmacêutica” para os municípios do ERJ, que assegure qualidade e factibilidade tendo em vista as possibilidades financeiras, recursos humanos de cada gestão municipal e que atenda a complexidade das Redes Locais de Atenção à Saúde e a devida descentralização dos serviços resguardada pelas diretrizes do SUS.

As ações desenvolvidas pelo GTAFSUS foram agrupadas em cinco grandes processos:

- a. Construção de um formulário endereçado às secretarias municipais de saúde, composto por 45 perguntas, distribuídas em sete blocos, podendo ser respondidas tanto pelo secretário como pelo coordenador da AF no município (Anexo 1, p 114), com o objetivo de traçar um perfil da AF municipal no ERJ, servindo de subsídio às discussões nos Seminários Regionais a serem desenvolvidos;
- b. Organização de 10 Seminários Regionais de assistência farmacêutica com o objetivo de problematizar as questões mais importantes para o setor (metodologia: resultados detalhados nas seções 3 (p33) e 4 (p36). O objetivo principal desses encontros foi a coleta e o processamento de dados, análise e avaliação da conjuntura da Assistência Farmacêutica no nível local a fim de propiciar a discussão de modelos apropriados para AF. Cada Região de Saúde do ERJ sediou um seminário desenvolvido no período de 19 de março a 17 de abril (Quadro 1);
- c. Identificação dos problemas e análise das soluções indicadas pelos participantes dos seminários. A partir de tais insumos o GTAFSUS desenvolverá propostas e sugestões;
- d. Desenvolvimento de 3 modelos de AF para os municípios fluminenses, segundo seu porte populacional e estabelecimento de discussão com o município do Rio de Janeiro, capital, no sentido de melhor atender as necessidades da AF para sua população;
- e. Apoiar na elaboração dos Termos de Obrigações a Cumprir (TOC) e fixar parâmetros de conduta para o CRF/RJ e Secretarias Municipais de Saúde no sentido de despenhar ações e alcançar metas definidas.

Quadro 1 - Seminários regionais de assistência farmacêutica, 2019

	Região	Local	Data
1	Metropolitana I	Nova Iguaçu	19/03/2019
2	Metropolitana I (Capital)	Rio de Janeiro	20/03/2019
3	Metropolitana II	Local - Maricá	21/03/2019
4	Serrana	Local - Teresópolis	26/03/2019
5	Centro-Sul	Três Rios	27/03/2019
6	Noroeste	Porciúncula	02/04/2019
7	Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	04/04/2019
8	Médio Paraíba	Valença	05/04/2019
9	Norte	Carapebus	16/04/2019
10	Baixada Litorânea	São Pedro da Aldeia	17/04/2019

O GTAFSUS considera os produtos resultantes destes seminários regionais um importante insumo para propostas de organização da AF municipal, buscando as melhores práticas, alinhadas aos princípios e diretrizes do SUS. Para tal, o trabalho realizado pelo GTAF seguiu metodologia adaptada para os objetivos, seguindo um processo sistemático para a coleta, consolidação e análise dos dados.

O que se propõe construir aponta para um projeto de intervenção a partir das soluções apontadas de maneira ascendente e participativa pelos grupos, aqui sistematizadas e encontram-se claramente apresentadas nos aspectos relacionados na área da gestão da AF, do componente logístico da AF e do cuidado farmacêutico como mostrado em anexo.

Nestes aspectos encontram-se claramente apresentados a demarcação dos problemas ou das necessidades de intervenção, a contextualização da situação que envolve o problema, objetivos, considerando as ações ou atividades-fim que serão empreendidas.

2. Panorama da Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro

Com a finalidade de proporcionar insumos para a discussão nos Seminários Regionais, realizou-se diagnóstico da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Tal diagnóstico visou possibilitar a identificação tanto dos principais problemas como dos principais avanços e fortalezas na Assistência Farmacêutica municipal, contribuindo para a elaboração de uma proposta de reestruturação de modelos municipais capaz de mitigar os primeiros e proteger os segundos.

Como método, foi realizado um inquérito por questionário contendo 45 perguntas abertas e fechadas, distribuídas em sete blocos (Identificação do entrevistado; Planejamento e Gestão; Controle social; Organização da AF Municipal; Atenção Básica; AF na Atenção Básica; e Análise estratégica). O questionário foi elaborado pelo GT e disponibilizado eletronicamente em conjunto com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informou sobre os objetivos da pesquisa e cuidados de confidencialidade e privacidade das informações, além de outras questões.

As Secretarias Municipais de Saúde foram informadas por meio de Ofício Conjunto COSEMS/RJ e CRF/RJ e os farmacêuticos municipais via informe na página do CRF/RJ e pelos representantes das seccionais.

Para análise, os dados foram estratificados por região de saúde e estrato de porte populacional (quartis + capital). No entanto, em razão do baixo número de respostas, a maioria das informações são tratadas de forma agregada para o conjunto dos respondentes.

Realizou-se também seleção e coleta de alguns dados secundários visando enriquecer a discussão. Esses dados foram obtidos em bases públicas de informação e após tratamento foram consolidados segundo regiões de saúde.

Resultados

O número de municípios respondentes foi de 32, com uma importante participação dos municípios da Região Norte (sete de oito municípios responderam) e nenhuma participação dos municípios da Baixada Litorânea (Tabela 1).

Tabela 1 - Respostas por Região de Saúde e Estrato populacional. Rio de Janeiro, 2019

Região de saúde	N respostas	%	Total
Baía da Ilha Grande	1	33%	3
Baixada Litorânea	0	0%	9
Centro-Sul	5	45%	11
Médio Paraíba	5	42%	12
Metropolitana I	2	17%	12
Metropolitana II	3	43%	7
Noroeste	4	29%	14
Norte	7	88%	8
Serrana	5	31%	16
Estrato populacional	N	%	Total
Pequeno I - 1 Quartil (até 18.154)	8	35%	23
Pequeno II - 2 Quartil (> 18154 e <=35.918)	7	30%	23
Médio - 3 Quartil (>35.918 e <=137569)	9	39%	23
Grande - 4 Quartil (>137569, excl capital)	7	32%	22
Megalópole - Capital	1	100%	1
Total	32		92

Com relação ao perfil do responsável pela Assistência Farmacêutica Municipal (AFM) (Tabela 2), verificou-se que metade dos municípios possui a pessoa responsável pela AF com cargo de coordenador, na metade dos municípios essa pessoa é servidora pública e em 34,4% dos municípios o cargo é comissionado. A maioria dos responsáveis pela AF possuía especialização, o que pode indicar uma busca por qualificação do trabalho de gestão.

Tabela 2 – Distribuição de municípios segundo o perfil do responsável da Assistência Farmacêutica Municipal. Rio de Janeiro, 2019

Cargo do responsável da AF	
Assessor(a)	3
Chefe da Divisão de Farmácia	1
Coordenador(a)	16
Diretor	4
Farmacêutico	1
Responsável Técnica pela Farmácia Básica Municipal	1
Superintendente	1
Não possui cargo	5
Tipo de vínculo do responsável da AF	
DAS ou outro tipo de cargo Comissionado	9
CLT	2
Contrato Temporário	2
Cooperativa	1
Regime Próprio (estatutário) e Cargo Comissionado	2
Regime Jurídico Único (RJU)	14
Escolaridade	
Graduação	9
Especialização	21
Mestrado	2

A Tabela 3 apresenta os resultados da participação da AF nos instrumentos de planejamento e orçamento municipal. Verifica-se que na maior parte dos municípios a AF participa dos três instrumentos de planejamento e gestão e dos dois instrumentos de orçamento. Entretanto, ainda há municípios onde a AF não participa de nenhum destes instrumentos. Seria importante tais municípios contarem com apoio para otimizar a inserção da AF no processo de discussão que resulta em tais instrumentos.

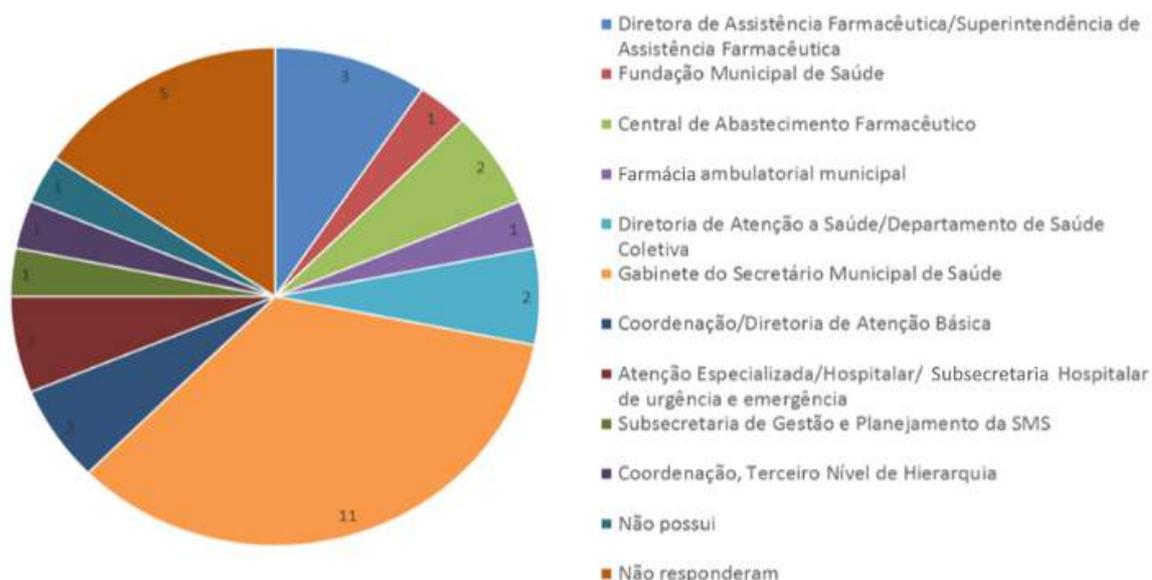
Verificou-se ainda a baixa participação nas reuniões e outros eventos relacionados ao controle social. Os Conselhos Municipais de Saúde, compostos por usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço, são importantes instâncias de participação social que possuem como propósito fiscalizar e acompanhar as políticas públicas, e atuam como um canal da população para levar suas demandas ao poder público. Em face à reconhecida escassez de recursos para a Saúde e a importância do monitoramento das políticas específicas relacionadas à AF, os responsáveis por esta deveriam envidar esforços para uma maior participação nesses fóruns.

Tabela 3 – Distribuição de municípios segundo a participação da AF municipal nos instrumentos de planejamento e orçamento municipal. Rio de Janeiro, 2019

AF explicitamente contemplada nos instrumentos de planejamento em saúde	
	N
Não contemplado	2
Plano Municipal de Saúde - PMS	5
Plano Municipal de Saúde - PMS, Plano Plurianual - PPA	3
Plano Municipal de Saúde - PMS, Plano Plurianual - PPA, Programação Anual de Saúde - PAS	18
Plano Municipal de Saúde - PMS, Programação Anual de Saúde - PAS	4
AF formalmente prevista no orçamento municipal da saúde	
Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO	2
Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, Lei Orçamentária Anual - LOA	22
Lei Orçamentária Anual - LOA	4
Não contemplado	4
AF participa de reuniões e demais atividades das esferas de controle social da saúde como Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distritais	
Não participa	7
Sim, frequentemente	6
Sim, quando solicitado	16
Sim, raramente	3

Com relação à institucionalização da AF, a grande maioria dos municípios respondentes (81%) a contemplam em seu organograma. Quanto à subordinação institucional verificando-se que quase um terço era subordinado diretamente ao Gabinete do Secretário de Saúde (Figura 1). O esclarecimento dessas possibilidades requereria um estudo mais aprofundado, além da mais ampla discussão do melhor *locus* organizacional da AF.

Figura 1 – Distribuição de municípios segundo Órgão, Departamento ou Setor ao qual a área de Assistência Farmacêutica é subordinada. Rio de Janeiro, 2019



Na Tabela 4 são registrados dados secundários obtidos de diversas bases de dados públicos (site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Tabnet/DataSUS). Os dados mostram a média de cobertura de Equipes de Saúde da Família (ESF) bastante variada entre as regiões, com cobertura inversamente proporcional ao porte. Com relação à quantidade média de unidades básicas de saúde (UBS), as regiões com melhor cobertura, apresentam menor número médio de UBS, excluindo a capital, que apresenta um número bem diferente, pela priorização dada à ESF a partir de 2009. A média do número de unidades hospitalares municipais nas regiões se situa entre 0,5 a 1,4 hospitais por município por região, com exceção da capital que apresenta 29 hospitais.

A Tabela 5 conversa com a Tabela 4, na medida que apresenta a alocação dos profissionais farmacêuticos vinculados as Secretarias Municipais de Saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde. A 5 demonstra que grande parte dos municípios aloca de 1 a 5 profissionais na Atenção Primária à Saúde. Quando tais dados são analisados em consideração à Tabela 4, verifica-se que nas regiões com média de UBS acima de 5, faltam profissionais farmacêuticos. É, no entanto, positivo que todos os respondentes alocam recursos humanos de AF na atenção primária à saúde. Com relação ao nível hospitalar, verificam-se municípios respondentes sem recursos humanos alocados devido a não existência de hospitais em tais municípios.

Tabela 4 - Dados secundários de saúde das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em 2017

	Média de Cobertura ESF 2017	DesvPad de Cobertura ESF 2017	Média de N UBS – 2017	DesvPad de N UBS – 2017	Média de NASF implantado	DesvPad de NASF implantado ²	Média de N de hospitais municipais	DesvPad de N de hospitais municipais	Média de N de leitos municipais	DesvPad de N de leitos municipais
33001 Baía da Ilha Grande	83,1	14,4	24,0	18,7	1,7	2,1	1,0	0,0	74,3	46,7
33002 Baixada Litorânea	67,8	27,7	11,0	6,7	0,8	0,4	1,2	1,5	63,4	57,9
33003 Centro-Sul	96,5	11,5	8,3	5,2	0,9	0,7	0,5	0,7	17,9	31,6
33004 Médio Paraíba	82,4	22,7	18,7	15,5	1,0	1,1	0,8	0,8	53,1	80,3
33005 Metropolitana I	47,3	19,3	26,0	13,2	1,7	2,5	1,1	0,8	126,1	128,9
33006 Metropolitana II	79,0	19,8	24,4	14,3	4,0	8,9	1,4	1,7	142,0	156,6
33007 Noroeste	96,8	10,0	7,8	5,2	0,6	0,6	0,4	0,5	20,9	27,1
33008 Norte	64,7	33,4	18,6	25,3	0,6	1,1	0,9	0,8	76,9	99,1
33009 Serrana	75,8	29,0	10,2	10,9	0,1	0,3	0,6	0,7	50,6	77,5
Metropolitana I (capital)	62,7	-	232,0	-	77,0	-	29,0		3.833,0	
Total geral	77,5	26,4	17,9	31,6	1,9	8,4	1,1	3,1	103,0	405,2

Fonte: Elaboração própria a partir:

1 - Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

2 - DataSUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabqj.exe?cnes/cnv/atencrj.def>

3 - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabrj.def>

Tabela 5 - Alocação dos diferentes profissionais de saúde vinculados a Secretaria Municipal de Saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, Estado do Rio de Janeiro, 2019

Regiões de Saúde	Nenhum farmacêutico	1 a 5 farmacêuticos	6 a 10 farmacêuticos	11 a 15 farmacêuticos	20 ou mais farmacêuticos
Farmacêuticos na APS					
Baía da Ilha Grande	-	1			
Capital	-				1
Centro-Sul	-	5			
Médio Paraíba	-	3	2		
Metropolitana 1	-		1		
Metropolitana 2	-	2		1	
Noroeste	-	4			
Norte	-	4	2		1
Serrana	-	4			
Semi total na APS	-	23	5	1	2
Farmacêuticos na Farmácia Hospitalar					
Baía da Ilha Grande		1			
Capital					1
Centro-Sul	1	4			
Médio Paraíba	1	2	1	1	
Metropolitana 1	1				
Metropolitana 2		2			1
Noroeste		4			
Norte		5			2
Serrana	2	1	1		
Semi total na hospitalar	5	19	2	1	4
Farmacêuticos na alta complexidade					
Baía da Ilha Grande	1				
Capital	1				
Centro-Sul	5				
Médio Paraíba	2	3			
Metropolitana 1	1				
Metropolitana 2	3				
Noroeste	3	1			
Norte	7				
Serrana	4				
Semi total na alta complexidade	27	4			

Na Tabela 6 são apresentados dados de oferta de farmacêuticos residentes por região por mil habitantes e as quantidades de UBS, hospitais, ambulatórios e policlínicas por região. O primeiro dado foi obtido do Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro e o segundo foi obtido do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados sinalizam a potencial existência de

recursos humanos farmacêuticos para atendimento das demandas municipais de saúde.

Tabela 6 - Oferta de farmacêuticos por Região de Saúde e Demanda Municipal no Estado do Rio de Janeiro em 2017

Região	Proporção farmacêuticos residentes total (CRF/RJ)/10.000 hab.)	Soma de UBS 2017	Soma de hospitais municipais 2017	Soma de ambulatórios/policlínica gestão municipal 2017
Baía da Ilha Grande	5,2	72	3	0
Baixada Litorânea	8,7	91	11	15
Centro-Sul	10,0	88	6	13
Médio Paraíba	7,5	224	10	20
Metropolitana I	11,4	502	40	26
Metropolitana II	12,5	155	10	20
Noroeste	16,0	108	6	9
Norte	9,9	149	7	27
Serrana	10,7	160	10	12
Total geral		1549	103	142

Fonte: Elaboração própria a partir de Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro e DataSUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencrj.def>) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabrj.def>)

Entretanto, quando se verifica os limites de despesas com pessoal das prefeituras do Estado do Rio de Janeiro, organizadas nas regiões de saúde, considerando a Lei de Responsabilidade Fiscal⁵, conclui-se que na maioria dos casos não é possível a contratação de mais pessoal (Tabela 7).

Tabela 7 - Despesa total com pessoal e Proporção do aporte municipal no montante do SUS por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em 2017

Rótulos de Linha	Média de % Despesa total com pessoal sobre a RCL Ajustada	Média de Proporção do aporte municipal no montante SUS
Baía da Ilha Grande	45,3%	30,9%
Baixada Litorânea	52,6% ^b	29,7%
Centro-Sul	53,1% ^b	20,4%
Médio Paraíba	49,5% ^a	26,0%
Metropolitana I	56,6% ^c	22,0%
Metropolitana II	48,3%	24,6%
Noroeste	51,6% ^b	25,6%
Norte	54,4% ^c	28,4%
Serrana	51,0% ^a	27,1%
Total Geral	51,9%	25,6%

Fonte: Elaboração própria a partir de Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em www.tce.rj.gov.br/map-fiscalizacao/relatório Ministério Público Especial.

A Quando as despesas municipais atingem 48,6% até 51,3% da Receita Corrente Líquida (RCL)

B Quando as despesas municipais atingem 51,3% até 54% da RCL

C Quando as despesas municipais extrapolam o teto de 54% da RCL

Quanto à participação do farmacêutico em algumas atividades e programas, dois componentes foram selecionados para a discussão, a judicialização e a compra de medicamentos.

Vinte municípios (63%) responderam que a Assistência Farmacêutica participa de atividades relacionadas ao atendimento da judicialização nos municípios. Dez municípios responderam que possuem um setor ou organizam atividades para atendimento de demandas judiciais, mas não especificam se há participação de farmacêutico e dois responderam não realizar nenhum tipo de atividade (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição de municípios segundo a quantidade média de farmacêuticos envolvidos nas atividades da aquisição de medicamentos. Estado do Rio de Janeiro, 2019



Quanto à Licitação e Compra de Medicamentos, a Figura 3 apresenta a quantidade média de farmacêuticos envolvidos nas atividades de aquisição de medicamentos por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, verificando-se um baixo número de farmacêuticos envolvidos em tais atividades. Dois municípios responderam que não há farmacêuticos envolvidos. O formulário também apresentou a pergunta sobre as etapas do processo de compras de medicamentos que o farmacêutico participa. Observa-se também uma baixa participação dos profissionais farmacêuticos nas etapas dos processos de compra de medicamentos (Tabela 8).

Figura 3 - Distribuição de municípios segundo a quantidade média de farmacêuticos envolvidos nas atividades da aquisição de medicamentos. Estado do Rio de Janeiro, 2019.

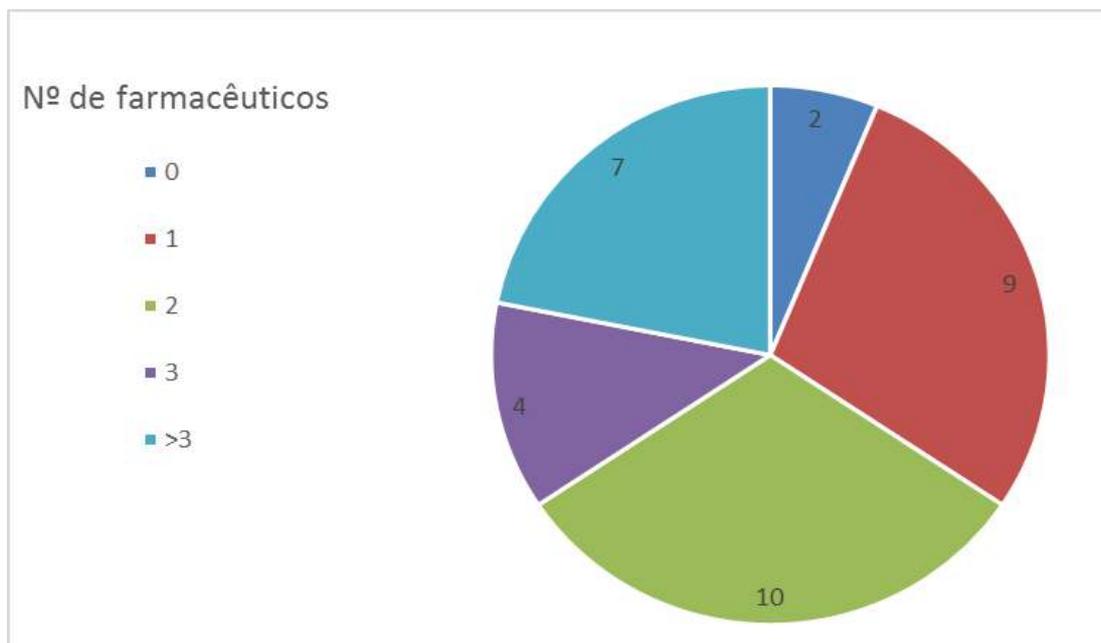


Tabela 8 - Distribuição de municípios segundo as etapas do processo de compras de medicamentos que o farmacêutico participa. Rio de Janeiro, 2019.

Etapa	Municípios que referiram
Elaboração de termo de referência	23
Qualificação dos Fornecedores	11
Definição do tipo de licitação	7
Elaboração do Edital	7
Análise Orçamentária	5
Pagamento	2
Seleção	2
Outras	13
Não respondeu	4

Com relação ao ato de dispensar medicamentos, a Tabela 9 apresenta que quase um terço dos municípios da amostra realizam dispensação centralizada na Farmácia Central. Outros arranjos declarados implicam na dispensação por setores de farmácia vinculados a unidades de saúde e por setores internos das unidades de saúde, sem estrutura formal de saúde. Alguns dados podem ser associados com o resultado da amostra da pesquisa, como a necessidade de cumprimento da Lei 13.021 que exige a presença de profissional farmacêutico em estabelecimento de saúde que dispense medicamentos, alcance dos limites de despesa de pessoal que impossibilitam novas contratações, gastos relevantes com ações e serviços de saúde pelos municípios.

Tabela 9 – Distribuição de municípios segundo arranjo da organização da realização de dispensação de medicamentos. Rio de Janeiro, 2019

Tipo de organização	N
Centralizada - Farmácia Central	11
Centralizada - Farmácia Central, distribuído por setores internos das unidades de saúde, sem estrutura formal de farmácia	4
Distribuído por setores internos das unidades de saúde, sem estrutura formal de farmácia	4
Centralizada - Farmácia Central, distribuído por farmácia vinculada a unidades de saúde	3
Distribuído por farmácia vinculada a unidades de saúde	3
Distribuído por farmácia vinculada a unidades de saúde, distribuído por farmácias municipais em estrutura própria.	2
Distribuído por farmácias municipais em estrutura própria	2
Centralizada - Farmácia Central, distribuído por farmácia vinculada a unidades de saúde, distribuído por farmácias municipais em estrutura própria	1
Distribuído por farmácia vinculada a unidades de saúde, distribuído por setores internos das unidades de saúde, sem estrutura formal de farmácia.	1
Distribuído por farmácia vinculada a unidades de saúde, distribuído por setores internos das unidades de saúde, sem estrutura formal de farmácia, Farmácia Central	1

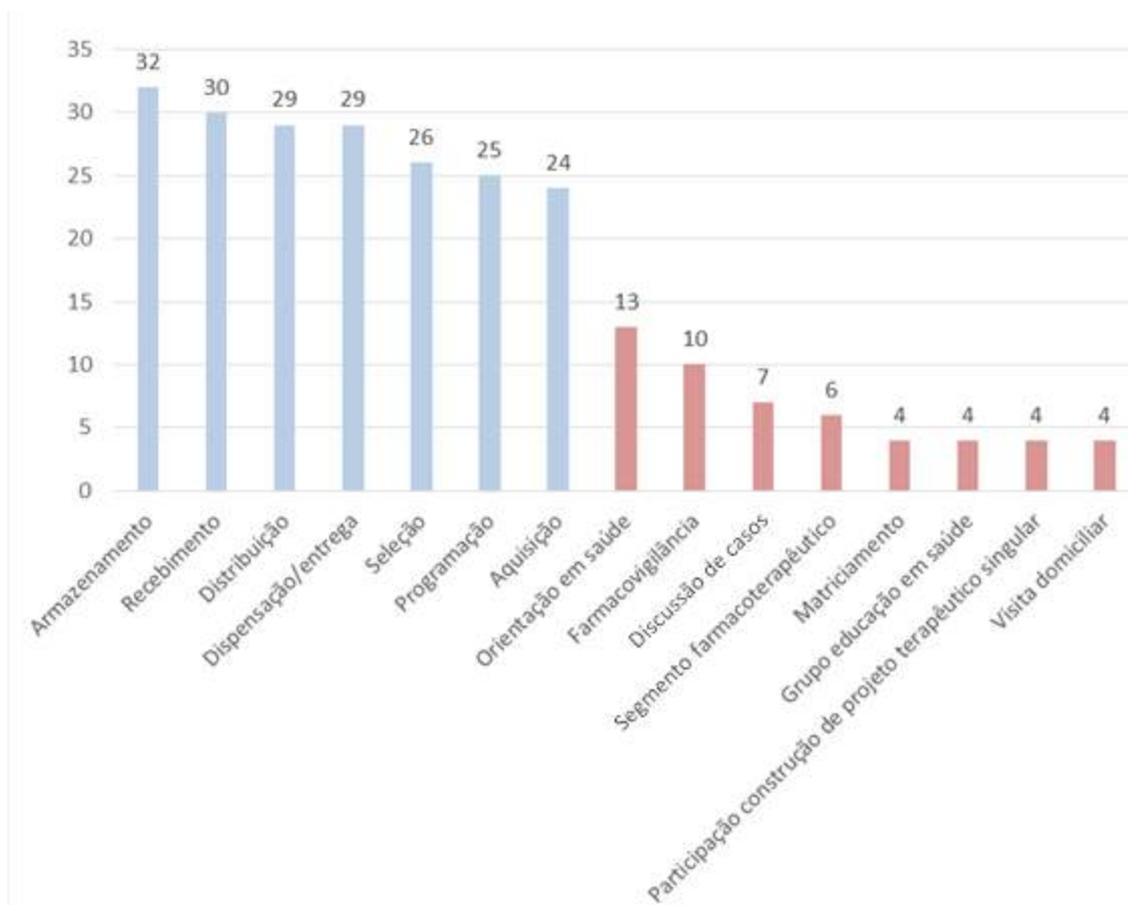
Com relação ao profissional que realiza a dispensação de medicamentos (Figura 4) informou contar com profissional farmacêutico e pessoal de nível médio para a realização do ato.

Figura 4 – Distribuição de municípios segundo profissional dispensador. Estado do Rio de Janeiro, 2019



Encerrando as perguntas sobre as características dos serviços farmacêuticos, foi solicitado informar quais as atividades realizadas pelos serviços farmacêuticos na Atenção Básica. A Figura 5 apresenta os dados obtidos. As atividades mais relacionadas à gestão (em azul no gráfico) são executadas pela grande maioria dos respondentes. Entretanto, as atividades técnico-clínicas são pouco realizadas (atividades em laranja no gráfico). Uma gama de causas pode estar envolvida em tal quadro como a falta de pessoal suficiente para a realização de todas as atividades necessárias para a Assistência Farmacêutica, falta de capacitação, pouca interação multiprofissional, etc.

Figura 5 – Distribuição dos municípios segundo as atividades realizadas nos Serviços Farmacêuticos Municipais na Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2019



Os municípios participantes foram questionados sobre as etapas da Assistência Farmacêutica que concentram as principais dificuldades. De um total de 10 etapas, cada respondente pode responder de uma até dez etapas (Figura 6). Quando solicitados a especificar melhor as dificuldades mencionadas (Tabela 9) os aspectos se modificam um pouco e fica ressaltada a importância relacionada a dificuldades com Recursos Humanos.

Figura 6 - Etapas da Assistência Farmacêutica que concentram maiores dificuldades. Rio de Janeiro, 2019

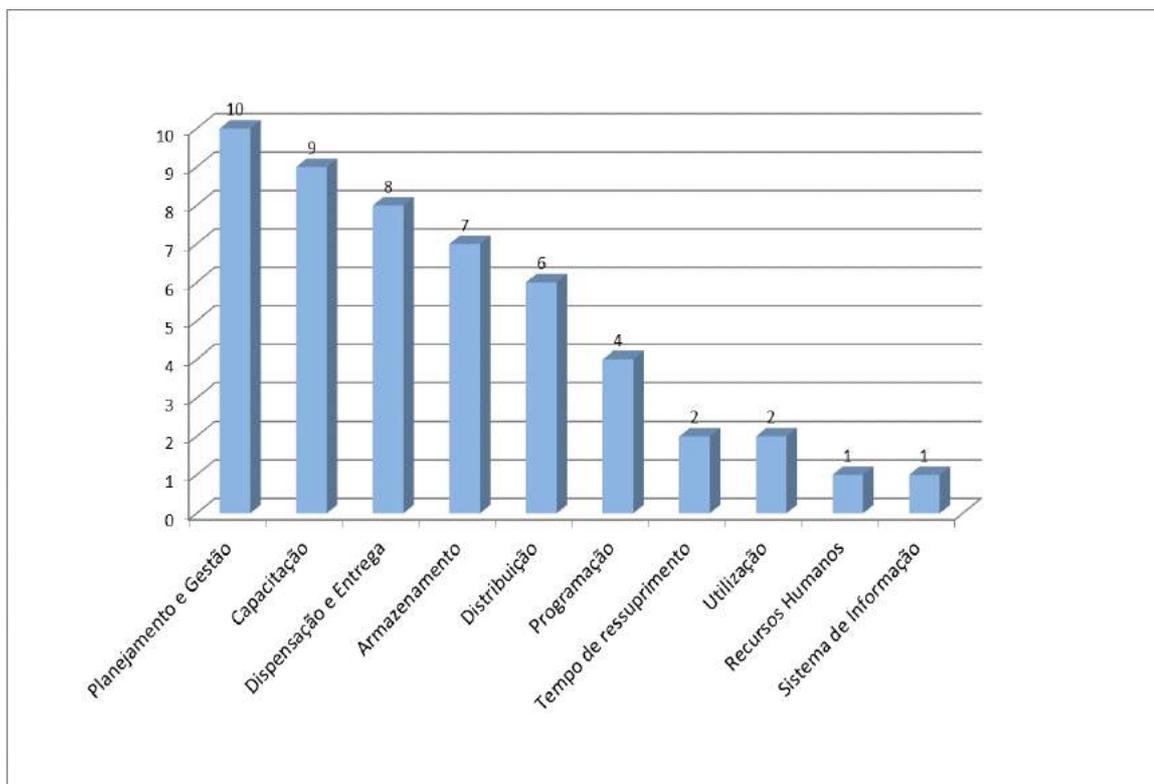


Tabela 10 – Distribuição dos municípios por dificuldades específicas relatadas nas etapas de AF municipal. Rio de Janeiro, 2019.

Dificuldades Específicas	Frequência
Falta de profissionais com formação específica para a área/Falta de recursos humanos	10
Falta de investimento em infraestrutura	7
Tempo de ressuprimento (demora para a geração dos empenhos, demora dos fornecedores para entregar, sazonalidade, processo licitatório, etc)	6
Falta de cursos/falta de recursos para capacitação	4
Falta de informatização/necessidade de melhoria do sistema de informatização	4
Falta de recursos financeiros para compra de medicamentos/Dificuldade financeira	3
Falta de transporte para a Distribuição	3
Falta de padronização de normas para dispensação	2
Desafio de alinhar legislação de exercício profissional farmacêutico e saúde pública	1
Falta de funcionários exclusivos para a farmácia	1
Falta de tempo para os profissionais se qualificarem	1
Dificuldades de Orçamento e Execução	1

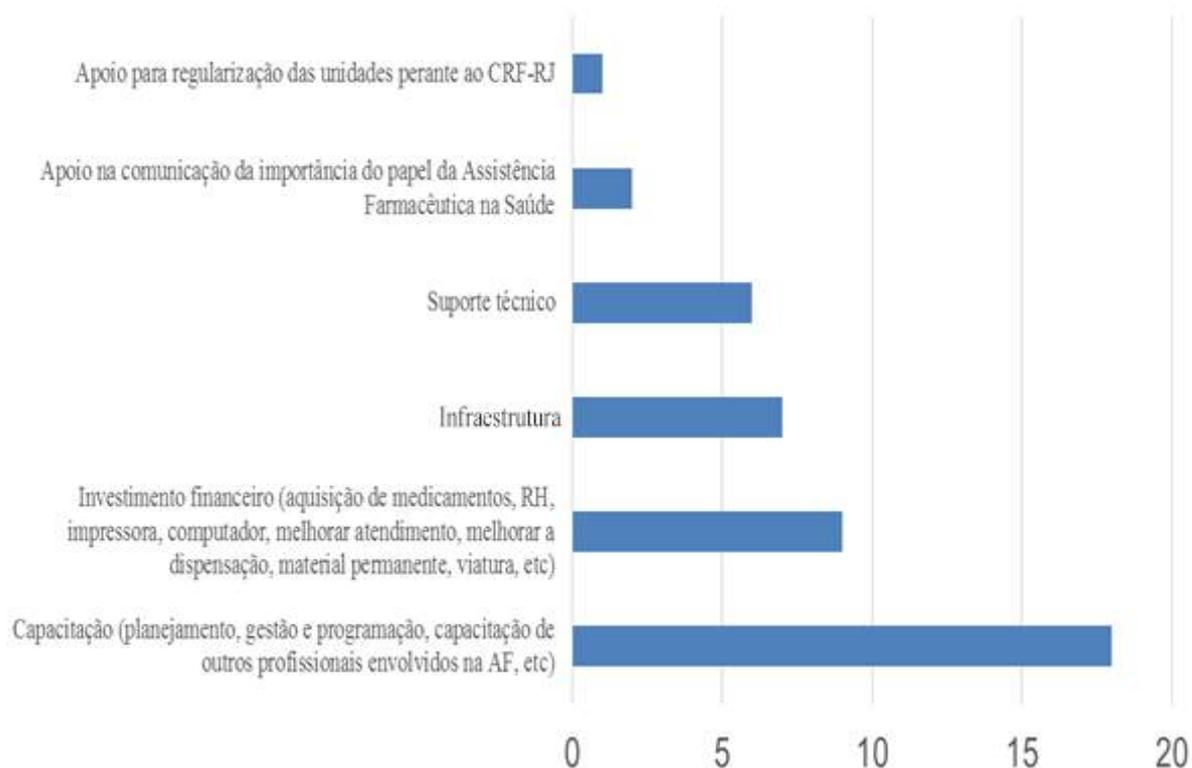
O questionário da pesquisa também promoveu o relato de experiências exitosas na Assistência Farmacêutica Municipal. Doze municípios (37,5%) informaram realizações que de alguma maneira trouxeram melhorias para a organização e gestão da Assistência Farmacêutica Municipal (Quadro 2).

Quadro 2 – Experiências exitosas na Assistência Farmacêutica Municipal. Rio de Janeiro, 2019

Relatos
Humanização estrutural realizada na farmácia central em 2016.
Criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica e publicação oficial da REMUME do município. Hierarquização da lista de medicamentos de acordo com o perfil de especialidades médicas.
Município oferece política pública para o fornecimento de medicamentos não padronizados no SUS à população sem necessidade de judicialização, mediante justificativa médica e informando o motivo pelo qual os medicamentos oferecidos na REMUME não podem ser utilizados.
Normativa que estabelece a utilização da REMUME por todos os profissionais prescritores da rede, aproximação do Poder Judiciário.
O Departamento de Assistência Farmacêutica foi estruturado em dois eixos: Logística e Abastecimento Farmacêutico e Qualificação dos Serviços Farmacêuticos. A desvinculação do abastecimento e do cuidado farmacêutico proporcionou uma janela de oportunidade para inserção dos serviços farmacêuticos no município de Volta Redonda. No dia 04/05/2018, às vésperas do Dia Nacional do Uso Racional de Medicamentos, foi inaugurado o primeiro consultório farmacêutico da SMS Volta Redonda, anexo a Farmácia Municipal, que está atendendo, como projeto piloto, os pacientes portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes, hipertensos, encaminhados pelos serviços de saúde e as demandas espontâneas.
Sim, o atendimento as demandas judiciais envolvendo diversos profissionais.
Atuação do farmacêutico na PSE e NASF.
Temos várias experiências: acompanhamento de pacientes diabéticos em uso de insulina, aumento adesão ao tratamento de pacientes com tuberculose, acompanhamento pacientes grupo tabagismo, atuação farmacêutica nos grupos de gestantes com foco na amamentação, entre outros.
Projeto em Parceria com o CRIM-UFRJ "Propagandistas da REMUME", com a confecção de material gráfico informativo com a lista de medicamentos padronizados por classe terapêutica e folder em ordem alfabética para a mesa dos médicos nas unidades básicas e centros de especialidades. Os estudantes e farmacêuticos da UFRJ vão as unidades entregar o material e esclarecer quaisquer dúvidas sobre os locais e normas de dispensação. O projeto está sendo expandido para as unidades hospitalares de alta e média complexidade e ambulatórios de especialidades médicas localizados nos hospitais. Como resultado, estamos observando a diminuição no número de prescrições fora da padronização municipal de medicamentos e maior adesão ao tratamento pelos pacientes.
A organização do CEAF no âmbito municipal.
A atuação das farmacêuticas responsáveis nos processos judiciais e nos medicamentos recebidos da esfera estadual.
Dispensação somente com prescrição e cartão SUS pelo Sistema Horus.

Finalmente, quando perguntados sobre que tipo de apoio relacionado às atividades de AF gostariam de receber, o item capacitação foi o principal (Figura 7).

Figura 7. Distribuição de municípios por tipo de apoio que a gestão da AF gostaria de receber.



2.1. Considerações sobre os dados dos questionários

O quadro geral vislumbrado nas respostas dos questionários e análise dos dados secundários nos remetem aos principais avanços e principais fragilidades, conforme descritos abaixo:

Principais avanços:

- Maioria dos respondentes participa dos instrumentos de planejamento do SUS;
- AF prevista no orçamento municipal na maioria dos municípios;
- Há uma busca de qualificação por parte dos farmacêuticos que atuam no nível municipal;

- Proporção razoável de responsável pela AF com vínculos estáveis e existem alguns com cargo comissionado, o que indica valorização da atividade pela gestão municipal;
- Existe razoável oferta potencial de farmacêuticos disponíveis nas regiões;
- Farmacêutico declara participação da dispensação/entrega na maioria dos municípios;
- Existem experiências exitosas, que devem ser valorizadas e compartilhadas.

Principais fragilidades:

- Baixa participação dos municípios da resposta aos questionários, nula na Baixada Litorânea;
- Ainda que poucos, há municípios não inseridos nos instrumentos de gestão e de orçamentação (como são poucos, seria mais fácil apoiá-los);
- Baixa participação regular nas instâncias coletivas de gestão e de interação com o controle social;
- 1 em cada 5 respondentes declarou que a AF não está no organograma municipal;
- Baixa participação da AF na compra;
- À exceção da dispensação, há baixa participação do farmacêutico nas atividades voltadas aos usuários;
- À exceção dos municípios pequenos, há um baixo número de farmacêuticos em atuação nos municípios. É importante construir proposta consubstanciada de oferta ideal de profissionais;
- Maioria dos municípios está no limite de risco da LRF;
- Resultados positivos podem ser viés de resposta, ou seja, responderam mais os que tem melhores condições.

3. Desenvolvimento dos Seminários Regionais de Assistência Farmacêutica

Cada um dos Seminários, com um dia de duração, foi iniciado com uma abertura realizada pelas autoridades presentes, onde o propósito era apresentado. Foram seguidas de duas apresentações, uma com um contexto geral da AF no país e outra com o diagnóstico da AF no ERJ, ambos resumos das apresentações foram distribuídos aos participantes. Foi também distribuída a "Carta do Rio",

documento que contém as propostas dos Simpósios de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica, realizados como preparação para a 16ª Conferência Nacional de Saúde e em alguns Seminários foi também possível distribuir o número especial 2018 da revista do CONASEMS, sobre Assistência Farmacêutica (nº 72, agosto, setembro e outubro de 2018), contendo diagnóstico da utilização da RENAME e da aquisição de medicamentos nos municípios brasileiros.

Em cada Seminário os participantes, a depender do total, foram organizados em um ou dois grupos. O método de trabalho foi apresentado de forma geral na Plenária e depois detalhado nos grupos (Anexo 2, p. 122), sendo iniciado pela consulta aos documentos distribuídos. Estas discussões em grupo tiveram como objetivo principal identificar, com base na experiência e opinião dos participantes, os principais problemas da AF de cada região de saúde, assim como propostas de soluções e correspondentes atores a serem mobilizados na implementação e prazo necessário. Ao final, era feita uma apresentação e discussão na Plenária do produto alcançado nas discussões dos grupos, a depender do controle, do tipo e da dinâmica da discussão todos os grupos completaram todas as etapas.

Um resumo das discussões de cada região foi enviado aos respectivos participantes, num total de 240 (Tabela 10), com presença razoavelmente equilibrada entre gestores e profissionais da saúde (Tabela 11). Quanto ao cargo, a maioria se declarou Farmacêutico/a (67), Coordenador/a de Assistência Farmacêutica (28), Secretário Municipal de Saúde (18), Coordenador/a de Atenção Básica (12) e Assessor Jurídico (6)

Tabela 11 - Total de participantes por regional de Saúde ERJ, 2019

Região	N ^o de participantes
Baía da Ilha Grande	13
Baixada Litorânea	20
Centro-Sul	31
Médio Paraíba	24
Metropolitana I (Baixada)	14
Metropolitana I (capital)	28
Metropolitana II	30
Noroeste	32
Norte	15
Serrana	33
Total	240

Tabela 12 - Tipo de atividade dos participantes dos Seminários Regionais de Assistência Farmacêutica ERJ, 2019

Tipo de atividade	Nº	Tempo médio no cargo
Gestor	113	7,0
Profissional de saúde	104	6,5
Outro	4	13,0
Sem informação		5,4
Total	221	6,8

Ao final de cada evento os participantes foram solicitados a avaliá-lo segundo critérios pré-definidos, recebendo boa pontuação média (4,4 ou 87,7%). A relevância da discussão foi o aspecto melhor avaliado (4,7 ou 95%) e ainda que avaliados positivamente, o cumprimento do horário, a dinâmica e resultados alcançados no evento tiveram a menor pontuação (4,2 ou 84,7%). A melhor avaliação geral foi obtida na região Norte (4,8 ou 96,9%) e a menor na Metropolitana II, com 3,8 ou 76,6%.

Tabela 13 - Avaliação dos seminários regionais de AF pelos participantes (média das notas de uma escala de 0 a 5)

Região de Saúde	Respondentes	Relevância da discussão (média)	Programação (Média)	Cumprimento da Programação (Média)	Cumprimento do horário (Média)	Apresentações (relevância e qualidade) (Média)	Dinâmica pregada (Média)	Local do evento (Média)	Resultados alcançados no evento (Média)	Avaliação geral (Média)	Média Geral
Baía da Ilha Grande	11	4,7	4,5	4,4	3,1	4,6	4,7	4,2	4,6	4,6	4,4
Baixada Litorânea	11	4,7	4,3	4,2	4,5	4,6	4,3	4,9	4,2	4,6	4,5
Centro-Sul	22	4,7	4,4	4,2	4,0	4,5	4,3	5,0	4,0	4,4	4,4
Médio Paraíba	21	4,8	4,1	4,1	4,1	4,3	4,1	4,0	4,1	4,2	4,2
Metropolitana I (capital)	17	5,0	4,5	4,4	4,2	4,8	4,0	4,5	4,3	4,6	4,5
Metropolitana II	14	4,4	3,9	3,5	3,9	3,9	2,9	4,5	3,7	3,8	3,8
Noroeste	16	4,9	4,6	4,5	4,4	4,7	4,8	4,7	4,5	4,7	4,6
Norte	8	5,0	5,0	5,0	4,8	4,8	4,9	4,4	5,0	4,9	4,8
Serrana	24	4,7	4,3	4,4	4,4	4,7	4,5	4,4	4,3	4,3	4,4
Total	144	4,7	4,4	4,3	4,2	4,5	4,2	4,5	4,2	4,4	4,4

4. Principais problemas da Assistência Farmacêutica nas Regiões de Saúde

Nos Seminários, os participantes foram solicitados a priorizar os cinco principais problemas e propor até três soluções para cada um, levando-se em conta o que se entendeu como conteúdo central, os problemas foram categorizados por consenso de três membros do GTAFSUS, resultando nos grupos apresentados e discutidos a seguir.

Cada tema se inicia por uma apresentação de aspectos gerais, com os principais problemas sinalizados com base na literatura e experiência dos componentes do GTAFSUS. Em seguida, resumimos os principais problemas e estratégias identificadas pelos participantes dos seminários, cuja apresentação literal segue num quadro específico a cada tema. Finalmente, apresentamos as sugestões do GTAFSUS.

Gestão

Aspectos gerais do tema

Um dos maiores desafios contemporâneos para os gestores está na dificuldade em como os diversos serviços e programas que executam as políticas públicas existentes se encaixam em um governo, a partir de suas subestruturas. Na medida em que o Estado se desenvolveu e se tornou cada vez mais complexo, foi gerando áreas especializadas, dentre as quais se encontra o bloco de serviços essenciais que concentram as três políticas públicas centrais para o cidadão – saúde, educação e segurança.

Nas organizações públicas, torna-se cada vez mais comum, os gestores se depararem com a pressão de eventos imediatos com rotinas cada vez mais dominadas por múltiplas tarefas. Tal pressão se manifesta seja no cumprimento de prazos, participação em reuniões, etc, restando pouco tempo para se envolverem com a reflexão, no tipo de aprendizagem, e na educação continuada, que a reflexão bem fundamentada pode propiciar.

Além disso, em tempos de crise econômica, não se observa a discussão sobre o tamanho ideal do Estado, bem como reavaliação de políticas que não atendem mais ao molde atual da sociedade. A busca pelo aumento da produtividade com a utilização de recursos financeiros cada vez mais escassos, bem como a necessidade de implantar instrumentos de motivação aos servidores públicos, com atuação passível de responsabilização pelos resultados, visando o monitoramento das políticas públicas, tem se contornado o desafio da gestão pública atual.

A padronização de processos ou de procedimentos é uma das muitas ferramentas de gestão (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013). Quando adequadamente estruturados há maior clareza e objetividade na compreensão das várias etapas de uma atividade. Costuma resultar em racionalização dos custos, pela eliminação do retrabalho e atividades redundantes. É facilitado o treinamento dos profissionais, a atribuição de responsabilidades, rastreabilidade de falhas, resultando em maior qualidade dos serviços oferecidos e maior segurança aos usuários e profissionais. Para isso, é fundamental que o documento que expressa o procedimento padronizado seja realista, amplamente divulgado, esteja sempre em fácil acesso para consulta e seja atualizado.

Problemas e estratégias

Os principais problemas identificados neste tema tiveram convergência com a questão da padronização de procedimentos:

- a) Ausência de padronização dos Procedimentos Operacionais Padrão dos serviços farmacêuticos na APS;
- b) Falta da criação de fluxos ou protocolos municipais para atendimento farmacêutico no SUS e problemas na logística de dispensação/entrega;
- c) Ausência de padronização dos processos de trabalho dos serviços de farmácia do município, bem como do modelo de gestão territorial (áreas programáticas).

As soluções, que ao final se concentraram na definição clara de procedimentos e atividades, perpassam a necessidade de mais clareza quanto ao papel dos serviços farmacêuticos.

Nesse sentido, diversas iniciativas relevantes que visam consolidar uma política de governança pública estão em pauta, estabelecendo como princípios o esforço para que serviço se comprometa com a capacidade de resposta; integridade; confiabilidade; melhoria regulatória; prestação de contas; responsabilidade e transparência. Tais iniciativas objetivam o aumento a eficiência do serviço público, uma vez que preconizam a criação de Comitês Internos de Governança; a implantação, monitoramento e aprimoramento dos sistemas de gestão de riscos e controles internos; a atuação da auditoria interna de forma a adicionar valor e melhorar as operações das organizações; e a instituição do Programa de Integridade para prevenir atos de fraude.

Recomendações do GTAFSUS

- Discutir e pactuar o papel dos serviços farmacêuticos e profissionais envolvidos de forma operacional, como modelos que considerem os diferentes contextos municipais;
- Monitorar a adequação dos procedimentos padronizados tendo em vista os resultados alcançados, promovendo as adequações e atualizações necessárias;
- Promover o compartilhamento das melhores práticas.

Quadro 3 - Problema relacionado a gestão da AF

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Capital	1	5	Ausência de padronização dos POP's dos serviços farmacêuticos na APS	51	Participação dos farmacêuticos da ponta com o NAF central para formulação dos POP's	FARMACÊUTICOS DAS UNIDADES, NAF CENTRAL e NAF REGIONAL	360 DIAS	dia
				52	Elaboração das diretrizes dos serviços farmacêuticos ou que envolvam o setor farmácia centralizados no NAF Central	NAF CENTRAL e NAF REGIONAL	180 DIAS	dia
				53	Criar uma rotina de comunicação interna com notas informativas sobre atualização de diretrizes e POP's	NAF CENTRAL	180 DIAS	dia
Capital	2	4	Padronização dos processos de trabalho dos serviços de farmácia do município e assim como das dinâmicas de gestão territorial (áreas programáticas)	41	Criação e meios de execução de POP's	Responsável Assistência Farmacêutica Central, Responsável Assistência Farmacêutica Regional, Responsável por linhas de cuidados	1	ano
				42	Construção coletiva de POP's do Naf regional e central com a participação das linhas de cuidados que interagem diretamente com o serviço de farmácia. Construção de grupos de trabalho que envolva de forma piramidal os diversos segmentos: profissionais da ponta, gestores locais e gestor central	Responsável Assistência Farmacêutica Central, Responsável Assistência Farmacêutica Regional, Responsável por linhas de cuidados	1	ano
Serrana	2	2	Falta da criação de fluxos ou	21	Criar protocolos e fluxos de			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
			protocolos municipais para atendimento farmacêutico no SUS e problemas na logística de dispensação/entrega	22	atendimento para a assistência farmacêutica considerando o perfil de cada município Apropriação pelos farmacêuticos dos instrumentos de gestão de SUS de forma a propiciar sua participação ativa e interação com os das profissionais, garantindo sua contribuição nos protocolos e fluxos e na formalização destes nos instrumentos formais			

Financiamento

Aspectos gerais do tema

O financiamento é uma questão central dos sistemas de saúde, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde um de seus seis blocos constitutivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Além de viabilizar as ações é capaz de induzir práticas e comportamentos organizacionais e individuais. O SUS tem financiamento das três esferas, o que se reproduz na AF.

O Pacto pela Saúde estabeleceu em 2006 seis blocos de financiamento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO., 2006), sendo um deles o de Assistência farmacêutica (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Este se conformava em três componentes (básico, estratégico e especializado) e adicionalmente a AF contava com recurso previsto no Bloco de Gestão para financiar infraestrutura de AF nos municípios. A participação do nível federal, estadual e municipal quanto às ações de AF (financiamento, programação, aquisição e distribuição) em cada componente. No entanto, as contrapartidas são dependentes do pacto firmado em cada Comissão Intergestora Bipartite (CIB) de cada estado e pode, no caso do componente básico se dar tanto em medicamentos (no caso da contrapartida estadual) quanto em recursos financeiros ou em ambos casos, i.e, parte de municípios pactuando em receber recursos financeiros e outro grupo receber a contrapartida em medicamentos (com compra ou produção centralizada na esfera estadual).

Esta estrutura mudou em 2017 com a instituição de apenas dois blocos de financiamento para o SUS - Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO, 2017). A medida foi cercada de polêmicas. Por um lado, o MS, assim como o CONASS e o CONASEMS a defenderam pela redução da fragmentação ao acabar com os 882 regramentos distintos para a aplicação financeira de recursos então existentes. Outros argumentaram que a nova proposta poderia levar a um modelo de atendimento centrado no município, em detrimento da organização regional do SUS e alertaram para o risco de desfinanciamento de funções importantes como a APS e a vigilância sanitária em detrimento da média e alta complexidade (DIAS, 2017). No entanto, existe a orientação de seguir com os componentes de financiamento de medicamentos.

Ainda que se venha sinalizando ineficiências no gasto em saúde (BANCO MUNDIAL, 2007), diferentes autores corroboram um crônico subfinanciamento (REIS et al., 2016; REIS, 2013; VIEIRA, 2016), que tende a se agravar a partir da instalação em 2016 da Emenda Constitucional 95. Em 2017, a saúde teve 15% da receita corrente líquida. Com a EC 95/2016 tanto a saúde quanto a educação passam a partir de 2018, a estar dentro do limite global de despesas, que deverá

ser corrigido pela inflação (IPCA), implicando na prática no congelamento de despesas e na impossibilidade de acompanhar a demanda crescente.

A LRF é outro fator que impõe limites as despesas dos entes federativos. Nos Municípios, os limites máximos para gastos com pessoal (60% da Receita Corrente Líquida) são 6% para o Legislativo, incluindo o Tribunal de Contas e 54% para o Executivo, onde se concentra o pessoal da saúde. Na prática, implica na dificuldade de novas contratações e no achatamento dos salários.

Problemas e estratégias

Os problemas sinalizados (Quadro 5, p. 44) tiveram a ver com a irregularidade dos repasses financeiros, não atualização dos valores das contrapartidas federal e estadual, não priorização da AF nas decisões alocativas dos municípios e não investimento na infraestrutura da AF pelos municípios, tanto pela falta de recursos de investimento, quanto pela baixa prioridade alocativa.

As soluções apontadas envolveram a revisão das contrapartidas para medicamentos dos três entes federativos e expressos no PNS, PES e PMS, cumprimento pela SES da sua contrapartida, implementação de mecanismos de economia de escala para aquisição de medicamentos (compras conjuntas, consórcios, registro conjunto de preços), juntamente com otimização do ciclo da AF, garantia de recursos para supervisão e logística, criação de mecanismos que considerem especificidades dos municípios tanto em termos de oferta quanto de demanda, e finalmente, a revogação da EC95. Foi também proposta a supervisão, fomento e investigação na totalidade dos instrumentos do SUS que possibilitam retorno financeiro - como SIGTAP e e-SUS. Para isto faz-se necessária a formação completa das equipes e estruturas, preenchimento correto do e-SUS, credenciamento correto das unidades e funcionários, além do estabelecimento de parcerias privadas para serviços de alto custo. Finalmente, ressaltou-se a importância de investimento em infraestrutura para a AF pelos três entes federativos.

Finalmente, resalta-se a importância de investimento em estrutura, incluindo estrutura física e RH, aspectos que serão abordados nas seções específicas.

Recomendações do GTAFSUS

- Atualização do piso da assistência farmacêutica básica;
- Garantir o cumprimento das contrapartidas para a AF dos entes federal e estadual;
- Considerar as especificidades locais nas decisões alocativas;
- Transparência no processo de orçamentação e execução financeira em todos os níveis;
- Revogação da EC 95.

Quadro 4. Problemas relacionados ao financiamento da AF

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Baía da Ilha Grande	único	2	Repasse irregulares e insuficientes para a regularização do atendimento na rede		21	Aumento de recursos para repasse aos municípios dos entes SES e MS não só fixo como o variável baseado em metas a serem atingidas (tipo Qualifar)		6	mês
					22	Efetivação da atribuição da SES na coordenação das ações e repasses financeiros aos municípios integrando as gestões municipais com a estadual		6	mês
					23	Garantir no planejamento (PNS, PES e PMS) recursos para a AF superando as dificuldades apresentadas com o fim dos blocos de financiamento (Port 3992/2012)		1	ano
Centro-Sul	1	1	Recurso financeiro e orçamentário insuficiente para a demanda de compra de medicamentos da AF e não considera a oferta de cuidado de cada município		11	Criação da possibilidade de recursos adicionais para os medicamentos considerando especificidades locais (tanto em termos da demanda quanto da oferta de serviços)			
					12	Aumento da contrapartida financeira estadual e federal, com regularidade no repasse			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
					13	Implementação de mecanismos de economia de escala para aquisição de medicamentos (compras conjuntas, consórcios, registro conjunto de preços), juntamente com otimização do ciclo da AF			
Centro-Sul	1	5	Falta de investimento		51	Atualizar a contrapartida do MS para o piso da AF na atenção básica			
					52	Revogar a EC95			
Centro-Sul	2	2	Falta de recursos financeiros		21	Repasse contínuo SES/SMS			
					22	Gerenciamento de recursos reduzindo custo fixo			
					23	Revisão do financiamento tripartite pela AFB entre as esferas (valor insuficiente, não consideração de especificidades locais) SUS, SES, MS, CIR e COSEMS			
Metropolitana 2	único	6	Falta de recursos para atividades da AF na Rede Municipal		61	Garantia pela Secretaria Municipal os recursos para supervisão e logística de medicamentos da Assistência Farmacêutica	SMS		
Noroeste	1	5	Falta de recursos financeiros para atender a demanda		51	Requerer junto ao estado aumento das verbas relativas à saúde	Prefeitura/União		

Noroeste

2

1

Baixo investimento do

11

Repactuação dos valores de

COSEMS, SES, MS e

1

ano

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementa	Unidade tempo	
Norte	único	5	Estado e municípios na AF Municipal e necessidade de revisão da relação R\$/ Hab/ Ano do componente básico da AF Repactuação dos valores de contrapartida Estadual e Federal do CBAF e atualização do Elenco Mínimo Obrigatório	seleção	51	Contrapartida estadual e federal para o componente básico da Assistência Farmacêutica	Legislativo e Executivo Municipal, Estadual e Federal	0	SES/União/Municípios	2 anos
					52	Atualização dos valores restabelecendo novos critérios para cálculo dos valores de contrapartida que melhor atenda a necessidade atual	0			
					53	Iniciar discussão para restabelecimento de critérios para cálculo de repasse que atenda a real situação da saúde no Brasil	0			
Serrana	2	5	Falta de financiamento		51	Articulação da região na CIR para sensibilizar a SES no incremento financeiro da contrapartida Estadual	0	SMS/COSEMS/SES	12 meses	
					51	Fomentar junto aos órgãos competentes e as instâncias de controle social a discussão sobre as "políticas de desmanche do SUS"				

52 Supervisionar, fomentar e
investigar na totalidade os
instrumentos do SUS para retorno
financeiro - como SIGTAP e e-SUS -

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementa	Unidade tempo
					53	<p>Formação completa mínimo das equipes e estruturas, preenchimento correto do e-SUS, credenciamento correto das unidades e funcionários, parcerias_ privadas p serviços de alto custo.</p> <p>Participação da AF nas formulações expressas dos instrumentos de gestão do SUS e acompanhamento_de sua execução</p>			

Infraestrutura

Aspectos gerais do tema

O componente “estrutura” é um dos aspectos centrais da qualidade onde a infraestrutura está inclusa. Diz respeito ao conforto humano, importante para os profissionais e usuários do serviço (principalmente quando portadores de necessidades especiais) enquanto condições físicas e ambientais adequadas ao trabalho, incluindo ergonomia, materiais e equipamentos adequados. A portaria nº 2436/2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, com revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pontua esse importante aspecto nas UBS para garantir tanto mobiliários e equipamentos quanto enfatiza a ambiência, ou seja, a organização do espaço físico para a realização das ações de saúde que devem tanto propiciar uma atenção acolhedora para os usuários quanto um ambiente saudável para os profissionais de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO, 2017).

Outro ponto importante que trata a infraestrutura é o armazenamento dos medicamentos, que devem garantir condições adequadas de estocagem, além da segurança contra perdas e roubos, sendo a infraestrutura do setor de farmácia da unidade um dos aspectos que impactam na qualidade do serviço. A infraestrutura dos serviços farmacêuticos vislumbra um conjunto de instalações, equipamentos, mobiliários e serviços necessários que devem estar relacionado às atividades a serem realizadas, contemplando tanto atividades técnico-gerenciais como atividades técnico-clínicas. Tal característica também é fundamental para farmácias municipais não vinculadas a unidades de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA; FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, 2009) (BARBOSA et al., 2017).

Diferentes estudos têm sinalizado importantes problemas de infraestrutura na AF no nível municipal (LEITE et al., 2017a; MENDES et al., 2014; VIEIRA, 2008). A estrutura adequada já foi relacionada tanto como a melhor disponibilidade de medicamentos (MENDES et al., 2014) quanto a melhor oferta de cuidado farmacêutico (LEITE et al., 2017a). Algumas importantes iniciativas governamentais tiveram como alvo propiciar a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica. A portaria nº 1.555/2013 estabeleceu que os estados e municípios poderiam destinar até 15% do orçamento do componente básico da AF para atividades de adequação do espaço físico, aquisição de equipamentos e mobiliário e atividades de educação continuada dos recursos humanos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO, 2013). Porém, não se tem conhecimento que estados e municípios utilizem esse recurso

(BARBOSA et al., 2017). Outra iniciativa importante foi o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS), instituído pela portaria 1214/2012(5), que em seu Eixo Estrutura, destina recursos para adequação de áreas físicas do serviço de farmácia e qualificação de recursos humanos. No entanto, nem todos os municípios se adequam aos critérios estabelecidos para seu acesso, além do valor repassado ser considerado insuficiente para tais ações (BARBOSA et al., 2017).

Recentemente um estudo relacionado à infraestrutura das farmácias de atenção básica do SUS, analisando informações obtidas da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

A amostra continha 1.175 farmácias/unidades de dispensação distribuídas pelas cinco regiões do Brasil (LEITE et al., 2017b). A área total do serviço farmacêutico em 59,7% das unidades era menor do que o preconizado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA; FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, 2009), em apenas 8,8% das farmácias havia uma área exclusiva para consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico, em 37,3% das unidades a área para armazenamento de medicamentos era diferente da área de dispensação e em 18% essa área era compartilhada (LEITE et al., 2017b). Somente em 47,2% das farmácias possuía refrigerador/geladeira para armazenamento exclusivo de medicamentos e em 7,8% a geladeira era compartilhada com alimentos. Em 26,4% existia termo higrômetro digital para verificação da temperatura e umidade do ambiente e em 41,3% das unidades possuía termômetro para verificação da geladeira. Na área de dispensação foram encontradas, em 23,8% das unidades, grades no guichê de atendimento ao usuário, não propiciando um atendimento acolhedor. Considerando a região sudeste, esta apresentava grades em 41,8% das unidades (LEITE et al., 2017b).

Outro estudo importante foi a Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais onde farmácias do Programa Rede Farmácia de Minas possuíam infraestrutura melhor avaliada do que aquelas que não estavam no programa (BARBOSA et al., 2017). Em ambos os estudos foi concluído a importância do investimento em tais estruturas e a existência de políticas de financiamento da infraestrutura das farmácias da Atenção Básica (BARBOSA et al., 2017) (LEITE et al., 2017b).

Problemas e estratégias

Foram sinalizados problemas quanto à insuficiência e inadequação de área física das farmácias e almoxarifados, ausência de manutenção predial e de equipamentos, inadequação dos equipamentos de forma geral, incluindo os de informática, problemas quanto à telefonia e conectividade. Foi sinalizada como causa a baixa priorização destes aspectos para a AF pelos municípios, assim como a não inclusão do farmacêutico nos momentos de planejamento de forma a que possa expressar as necessidades. A capital foi a que mais selecionou problemas de infraestrutura, três problemas ao todo e as regiões médio Paraíba e Metropolitana II priorizaram um problema relacionados a infraestrutura.

Três do total dos cinco problemas priorizados são relacionados à falta de estrutura (espaço físico e mobiliário) para a realização de todas as atividades necessárias relacionadas aos serviços farmacêuticos. Outro problema selecionado foi a falta de investimento em infraestrutura.

Foram sugeridas a priorização das necessidades da AF nos orçamentos municipais, a inclusão de farmacêuticos no planejamento, melhor fiscalização dos contratos de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, retomada do programa requalifica para adequação das Unidades de dispensação de medicamentos na APS, além de mobilização de financiamento para outras Unidades que não sejam Unidades Básicas de Saúde. Outra solução apontada foi promover investimento para melhorar as atividades de assistência farmacêutica, solução essa que necessita de negociação com instâncias superiores para alocação de recursos, mas conforme a conclusão dos estudos supracitados é uma estratégia necessária para melhoria das estruturas.

Propostas relacionadas à gestão foram descritas como reserva programada de recursos para realização da manutenção de equipamento e manutenção predial e criação de um instrumento para avaliar as prioridades dos serviços e fiscalização das empresas com contratos vigentes.

Recomendações do GTAFSUS

- Inserção do profissional farmacêutico na equipe de planejamento/implantação de unidades de Saúde da Família, com a finalidade de garantir no planejamento da obra da unidade uma área adequada para o funcionamento da farmácia;
- Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), pertinente à infraestrutura, com as exigências mínimas para funcionamento e área para a farmácia;
- Padronização da infraestrutura de cada farmácia, espaço, computadores, mobiliário de acordo com o perfil da unidade e o número de equipes. O documento "Diretrizes para estruturação para farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) deve servir como base para tal;
- Garantir recursos financeiros no orçamento municipal, alocados para investimento em infraestrutura das farmácias e manutenção de equipamentos e manutenção predial.

Quadro 5 - Problemas relacionados à infraestrutura para a AF

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Capital	1	1	Ausência de manutenção de equipamento e manutenção predial	11	Reserva programada de recursos para realização da manutenção de equipamento e manutenção predial	SMS	180DIAS	dia
				12	Criar um instrumento para avaliar as prioridades dos serviços	SMS e CAP	90 DIAS	dia
				13	Fiscalização das empresas com contratos vigentes	SMS e CAP	180 DIAS	dia
Capital	1	4	Área física e o mobiliário inadequados para as necessidades dos serviços farmacêuticos, uma vez que não há participação do farmacêutico na equipe de implantação	41	Inserção do profissional farmacêutico na equipe de planejamento/implantação	SMS e NAF CENTRAL	180 DIAS	dia
				42	Fazer um checklist com pré-requisitos necessários para garantir o fluxo e os serviços farmacêuticos	SMS e NAF CENTRAL	180 DIAS	dia
				43	Reformulação dos documentos pré-existentes que tratam da padronização dos espaços	SMS e NAF CENTRAL	180 DIAS	dia
Capital	2	3	Falta de investimento, infraestrutura adequada nas farmácias (espaço, computadores, mobiliários)	31	Exigência de condições mínimas para local e funcionamento da farmácia	Secretário Municipal de Saúde, Responsável Atenção Básica, Responsável Assistência Farmacêutica, Responsável Infraestrutura	1	ano

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
				32	Participação dos profissionais farmacêuticos no processo de padronização dos serviços de farmácia	Secretário Municipal de Saúde, Responsável Atenção Básica, Responsável Assistência Farmacêutica, Responsável Infraestrutura	1	ano
				33	Padronização da infraestrutura de cada farmácia, espaço, computadores, mobiliário de acordo com o perfil da unidade e o número de equipes	Secretário Municipal de Saúde, Responsável Atenção Básica, Responsável Assistência Farmacêutica, Responsável Infraestrutura	1	ano
Médio Paraíba	2	3	Falta de estrutura para o desenvolvimento da AF estrutura física e tecnológica	31	Promover investimento para melhorar as atividades de assistência farmacêutica			
				32	Formar núcleo de AF separando da atenção básica			
				33	Implementar programas tecnológicos para controle e gestão da AF			
Metropolitana 2	único	3	Falta de Estruturação das farmácias das Unidades de Saúde, de acordo com a legislação de Boas Práticas	31	Adequar à estrutura física das unidades de acordo com a legislação vigente	Secretaria de Saúde		
				32	Retomada do programa requalifica para adequação das Unidades de	SMS, COSEMS, SES, CONASS,MS		

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
				33	dispensação de medicamentos na Atenção Básica Mobilização de financiamento para outras Unidades que não sejam Unidades Básicas de Saúde	SES, MS	o	

Informação

Aspectos gerais do tema

A informação é fundamental para o processo gerencial, sobretudo na magnitude que as organizações operam atualmente. Possibilita coordenar o conjunto de recursos, pessoas e processos de trabalhos diferentes em torno de objetivos comuns, considerando a missão institucional e rumo à visão de futuro. A informação de qualidade é fundamental para que se possa planejar e avaliar se o que foi planejado está sendo alcançado. Também é fundamental para a comunicação dos resultados alcançados aos atores envolvidos, incluído o controle social, permitindo *accountability* e transparência.

Informação pode ser definida como resultado do processamento, manipulação e organização de dados, de tal forma que represente uma modificação (quantitativa ou qualitativa) no conhecimento do sistema (pessoa, animal ou máquina) que a recebe (SERRA, 2007).

Já um sistema de informação é um “conjunto de componentes inter-relacionados, desenvolvidos para coletar, processar, armazenar e distribuir informação para facilitar a coordenação, o controle, a análise, a visualização e o processo decisório” (MÜLBERT; AYRES, 2005). Pressupõe atualmente, ainda que não obrigatoriamente, a informação, que permite agilizar e conferir qualidade aos processos informacionais. Significa dizer que ainda que seja importante compreender que a informatização não é um fim em si mesma, é um elemento bastante importante nos dias atuais.

Um sistema de informação requer elementos importantes. Precisa que entrem dados de qualidade, que sejam adequadamente processados e se transformem em saídas úteis ao processo de decisão. Deve facilitar e não complicar a vida das pessoas. Infelizmente, no entanto, ainda é comum se observar sistemas morosos, complicados na entrada de dados e que ou seus relatórios são pouco utilizados ou não fornecem as informações importantes no nível em que os dados são gerados.

Outro grande problema ainda existente no Brasil é a fragmentação dos sistemas, que levam à necessidade dos profissionais empreenderem tempo na alimentação de diversos deles, muitas vezes com retrabalho, ao serem exigidos dados sobrepostos com formatos ligeiramente diferentes e sem gerar a informação útil.

Assistência farmacêutica, que requer informações cruciais por um lado, como sistema de apoio nas RAS, que lida com valores elevados, onde a falta ou desvio de produtos tem um ônus importante aos sistemas de saúde, tanto pelo impacto potencial nos custos quanto na interrupção de tratamentos. Por outro, como sistema finalístico, que pode e deve oferecer diferentes atividades no cuidado direto ao paciente tanto individual quanto coletivamente, requerendo a gestão da

informação clínica e sua integração com a gerada em outros processos de cuidado (prontuário eletrônico), assim como integração sistema administrativo de gestão de estoques, por exemplo.

Problemas e estratégias

Os problemas sinalizados pelos participantes dos seminários sinalizaram mais os aspectos administrativos, evidenciando a falta de um sistema de informação unificado da AF que permita empregar os processos de aquisição de medicamentos, controle de estoque e informações produzidas pelo serviço de farmácia, incluindo a dispensação de medicamentos. As soluções apontadas clamaram pela necessidade de integração e aprimoramento dos sistemas existentes, como o HÓRUS, SICLOM e e-SUS. Ainda que alguns municípios possam ter condições locais de desenvolvimento de SIS em AF, reconhece-se como fundamentais, sistemas nacionais que permitam a visão integrada do país

Recomendações do GTAFSUS

- Urgente aprimoramento dos sistemas de informação em AF que permitam integração ascendente de informações e deem conta de forma integrada dos aspectos de fragilidade como os componentes de financiamento da AF e a judicialização;
- Os sistemas devem ser fáceis e ágeis de operar, de forma a não comprometer o processo de trabalho, em especial os que envolvem o usuário;
- Os sistemas de informação devem considerar as atividades finalísticas da AF quanto ao cuidado;
- Amplo treinamento na utilização do SISAF;
- Sistemas eficazes de suporte aos usuários do SISAF;
- Deve ser garantida atualização permanente do SISAF, incorporando a escuta aos problemas sinalizados pelos usuários dos sistemas.

Quadro 6 - Problemas relacionados com informação de sistema em AF

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Capital	2	2	Falta de um sistema de informação unificado da AF que permita empregar os processos de aquisição de medicamentos, controle de estoque e informações produzidas pelo serviço de farmácia	21	Integração dos sistemas já existentes; interface para controle de estoque, mais relatórios e geração de indicadores e menos lentidão na plataforma	Área Técnica de Tecnologia da Informação, Responsável Assistência Farmacêutica, Secretaria Municipal de Saúde, Responsável Infraestrutura	2	ano
				22	Se apropriar de ferramentas disponibilizadas no MS, por exemplo o Hórus, que traz proposta de gestão da AF. Padronização do processo de informação produzido pelos serviços de farmácia tentando utilizar mecanismo (como exemplo: na plataforma Subpav como é feito na dispensação de repelente	Área Técnica de Tecnologia da Informação, Responsável Assistência Farmacêutica, Secretaria Municipal de Saúde, Responsável Infraestrutura	2	ano
				23	Criação de um sistema informatizado da compra à dispensação final, com níveis de acesso conforme perfil de trabalho e funcionasse inclusive OFF LINE com atualização noturna	Área Técnica de Tecnologia da Informação, Responsável Assistência Farmacêutica, Secretaria Municipal de Saúde, Responsável Infraestrutura	2	ano
Noroeste	1	4	Informatização, falta de sistema para controle da dispensação de medicamentos, controle de	41	Destinar recursos financeiros para a implantação da informatização			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
			Estoque (Hórus ou afins)					
					Unificação das unidades de saúde através de programas gerenciadores.	Prefeitura e SMS		
				43	Manutenção e compra de equipamentos para o funcionamento ideal do Hórus	SMS/Farmacêutico gestor		

Seleção

Aspectos gerais do tema

A seleção de medicamentos tem papel central nas políticas farmacêuticas. O elenco de medicamentos essenciais implica na definição dos produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no país.

A eficácia e segurança dos produtos são os critérios basilares, que devem se fazer acompanhar de conveniência para o paciente (comodidade de dose, via de administração, intervalo entre doses, duração de tratamento, estabilidade em diferentes condições de estocagem, necessidades de equipamentos e pessoal especializado para a administração), custo comparativamente favorável e critérios hierárquicos de uma seleção. Todos eles devem basear-se fortemente em evidências científicas sólidas (WANNMACHER, 2014).

Processo transparente que se baseia na contribuição dos profissionais e da sociedade, comitê multiprofissional de seleção adequadamente composto, o que implica tanto nas competências adequadas quanto na ausência de conflitos de interesse e ampla disseminação da lista entre profissionais da saúde e sociedade são importantes fatores de sucesso. Inclui-se a disponibilidade de referências bibliográficas atualizadas e confiáveis, apenas existentes em inglês em muitos dos temas.

No Brasil, esse processo é atualmente conduzido no nível Federal pela CONITEC, que aplica processo de consulta pública e uso da avaliação de tecnologias em saúde, sendo então responsável pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Tendo em vista a descentralização e a diversidade de um território tão grande como o Brasil, os estados e municípios podem definir seus elencos localmente.

A lei 12.401 (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011) e Decreto 7508 (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL, 2011), ambos de 2011, atrelam a responsabilidade de medicamentos pelo SUS à lista de medicamentos essenciais. Na prática, isto significa dizer que os elencos definidos por qualquer dos entes federativos podem ter implicações na judicialização.

Tendo em vista que a maioria dos municípios brasileiros são de pequeno porte, pode ser-lhes bastante difícil reunir as condições que um bom processo de seleção requer, como comissão de farmácia e terapêutica capaz de reunir todos os conhecimentos necessários, com isenção de conflito de interesse, tempo para dedicar ao trabalho, e acesso às referências bibliográficas. Uma saída pode ser a mobilização de cooperação nas regiões de saúde.

Definido o elenco, cumpre garantir os fatores de sucesso, sem o qual o esforço de seleção será estéril. Tais fatores incluem a ampla divulgação da lista aos

profissionais, em especial os prescritores, e população; construção de formulário terapêutico e linhas de cuidado com base na lista; e utilização da lista para balizar treinamentos em terapêutica. A lista deve balizar todo o planejamento logístico, como programação, aquisição, planejamento do espaço e condições de estocagem.

Problemas e estratégias

Entre os problemas relatados pelos participantes apareceu bastante a não adesão dos prescritores à lista. Esse é um problema que precisa ser analisado de forma mais ampla, pois as diferentes possibilidades de causas podem reclamar distintas alternativas de estratégias. Assim, a baixa adesão pode se dar pelo desconhecimento da lista em si, do seu processo de construção ou de como mobilizar os medicamentos da lista para resolução dos problemas terapêuticos, pela ação da propaganda médica ou por descontinuidades do estoque de medicamentos selecionados.

Foram também apontados o aumento da demanda de compra de não padronizados e ausência de CFT.

Recomendações do GTAFSUS

- Valorização do indicador de medicamentos prescritos fora da RENAME/RESME/REMUME como produto do sistema de informação;
- Ampla divulgação da lista, facilitando sua consulta durante o processo de trabalho do prescritor;
- Formulários terapêuticos e linhas de cuidado atualizados e facilmente disponíveis aos prescritores, inclusive com o uso de mídias digitais;
- Treinamento quanto ao elenco, formulário terapêutico e linha de cuidado;
- Facilitar o processo de contribuição dos prescritores à atualização dos elencos com fácil acesso aos formulários, divulgação das consultas públicas da CONITEC e apoio ao preenchimento.
- Promover treinamento em seleção de medicamentos e processos colaborativos entre os municípios.

Quadro 7 - Problemas relacionados a seleção de medicamentos

Região	Grupo	Nprob	Problema	ta 2	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Baixada Litorânea	único	1	Resistência dos prescritores em considerar as listas oficiais de medicamentos, suas respectivas competência de fornecimento, bem como a necessidade de atualização da RUME/RENAME	prescritores	11	Criar agenda regular para sensibilizar os prescritores sobre a importância das listas oficiais de medicamentos do SUS, prevendo sanções nos casos de não participação nas reuniões	SMS, médicos, farmacêuticos e chefias	6	mês
Baixada Litorânea	único	2	Ausência de CFT para criação de protocolos clínicos visando fortalecer a atuação da AF	cft	21	Institucionalização do CFT com equipe técnica qualificada e apoio do gestor para que a CFT possa ser instrumento norteador	SMS + Coord Farm	6	mês
Baía da Ilha Grande	único	3	Aumento da demanda de aquisição de medicamentos não padronizados devido a dificuldade de diálogo com prescritores, gerando exacerbação dos casos de judicialização que comprometem o planejamento do orçamento da AB.	prescritores	31	Estabelecer estratégias para divulgação das listas de padronização (RUME, RENAME, C Especializado e Componente estratégico) para sejam estas reuniões, informativos, etc.	SMS	1	ano

Região	Grupo	Nprob	Problema	ta 2	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
					32	Definir Pol Mun Med que resguarde a observância dos protocolos PCT	EP/EC	2	mês
					33	Participação dos farmacêuticos junto a procuradoria para elaboração de defesa técnica para os municípios (judicialização do necessário)		6	mês
Metropolitana 2	único	5	Falta de Comissão de Farmácia Terapêutica para definir Rumes	cft	51	Criação e garantia de implementação da CFT assegurada pelas SMS	Secretaria de Saúde		
					52	0			
					53	0			
Noroeste	2	4	Não adesão dos prescritores ao elenco disponibilizado na REMUME/RENAME	prescritores	41	Sensibilização dos profissionais de saúde de toda rede municipal por meio de oficinas de atualização visando a racionalização dos recursos <u>públicos</u>	SMS e Conselhos Profissionais	6	mês
Noroeste	2	5	Não adesão dos prescritores ao elenco disponibilizado na RUME/RENAME	prescritores	51	Criação de parcerias com a Defensoria Publica Estadual e criação do NAT Regional (visando a aproximação do executivo com o judiciário local)	SES RJ, SMSs, DPE, TJRJ, JFRJ	1	ano

Região	Grupo	Nprob	Problema	ta 2	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
					52	Proporcionar a discussão junto ao Ministério na Justiça na busca de entendimento razoável a respeito da divergência de decisões de demandas repetitivas	COSEMS, CNJ, TJRJ, OAB e SES RJ	1	ano
Norte	único	1	Dificuldade de comprometimento dos profissionais prescritores e descumprimento das normativas de classes gerando replicações automáticas de receituários, s novas avaliações do quadro clínico do paciente	prescritores	11	Elaboração de políticas que verse sobre prescrição de medicamento em âmbito municipal, considerando as AF, normatizando critérios aos prescritores, como monitoramento e fiscalização de seu cumprimento e atuação conjunta do Cremerj		CRERJ/SMS/SES/COSEMS	12 meses
					12	Capacitação/atualização dos prescritores para aproximação e sensibilização dos mesmos quanto à realidade orçamentária dos municípios e competência de fornecimento de medicamentos/Rume	0		
					13	Divulgação das relações oficiais de medicamentos aos prescritores/equipes/usuários do SUS	0	SMS	6 meses

Abastecimento/aquisição

Aspectos gerais do tema

A gestão descentralizada de medicamentos ocorre mediante ao repasse de recursos fundo a fundo das três esferas de Governo (União, Estado e Municípios). Dessa forma, tornam-se necessárias uma maior eficiência e transparência no uso dos recursos públicos, sendo indispensável à adequação na aquisição dentro do que é preconizado pelos órgãos de fiscalização e controle. A reorientação da Assistência Farmacêutica (AF) traz consigo um grande desafio no que se refere à utilização dos recursos federais para a compra de medicamentos. Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), o aporte federal despendido na AF, em 2017, foi da ordem de R\$ 11,2 bilhões (BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU, 2018).

Segundo a Lei 10.520/2002 e o Decreto 5.450/2005, os medicamentos se enquadram na definição de bens comuns, onde os padrões de desempenho e qualidade podem ser objetivamente definidos em edital, através de suas especificações. Por se tratar de um bem comum, para compra ou registro de preço (RP), o uso da modalidade de licitação PREGÃO, na forma eletrônica, se faz obrigatória, sendo permitida a forma presencial somente em casos de comprovada e justificada inviabilidade.

A realização de pregões presenciais deixa os municípios brasileiros, principalmente os de menor porte, sujeitos aos valores praticados por distribuidoras locais. O TCU defende a utilização do Pregão Eletrônico, argumentando que o mesmo prestigia o princípio constitucional da isonomia, possibilitando o aumento da competitividade, uma vez que empresas sediadas em qualquer unidade federativa podem participar do certame, permitindo uma disputa com maior envergadura e alcance, especialmente em licitações de caráter nacional, além de garantir maior transparência e rapidez no processo.

Quanto ao RP, ressalta-se a necessidade de realização periódica de pesquisa de mercado a fim de garantir a proposta mais vantajosa para a Administração. Em casos que o RP esteja superior ao praticado no mercado, deve-se convocar os fornecedores com o intuito de negociar a adequação dos preços aos valores de mercado.

A Lei 8.666/1993, em seu artigo 15, inciso V, define que as aquisições públicas deverão balizar-se pelos preços praticados no âmbito dos órgãos e das entidades da Administração, sempre que possível. Como um dos parâmetros prioritários para a realização dessa pesquisa, o TCU recomenda a comparação com as contratações similares de outros entes públicos, em execução ou concluídos, nos 180 (cento e oitenta) dias anteriores à data da pesquisa de preço. Entre os bancos de informações existentes para a pesquisa de preço, podemos citar o Banco de

Preços em Saúde (BPS), a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e o COMPRASNET. Também podem ser utilizadas pesquisas de preços com empresas fornecedoras participantes de pregões anteriores e preços de últimas aquisições.

A alimentação da base BPS, passou a ser obrigatória para os três entes federativos a partir de junho de 2017, com a publicação da Resolução 18 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Dentre as vantagens do BPS, o TCU destaca: a possibilidade de especificar o período a ser consultado, não se limitando aos 12 meses anteriores; o sistema utiliza códigos, descrições e unidade de fornecimento dos itens padronizados pela Unidade Catalogadora de Materiais do Catálogo de Materiais do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais do Governo Federal (Catmat/Siasg); os relatórios de pesquisa de preços gerados nesse sistema informam outros dados, além do preço, que podem ser considerados na pesquisa, como a quantidade adquirida e o local; as compras registradas no BPS são compiladas anualmente e disponibilizadas no portal do Ministério da Saúde; Conselhos de Saúde, órgãos de controle, bem como qualquer cidadão, podem valer-se das informações do BPS. Dessa forma, a utilização do BPS se torna desejável, seja pelo gestor público, para balizar o preço de suas contratações, seja pelo TCU ou por outros órgãos de controle, para avaliar a economicidade dos contratos (BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU, 2018).

Conforme a jurisprudência do TCU, os preços divulgados no CMED deixam de ser o parâmetro mais adequado para ser utilizado como referência para a elaboração das aquisições públicas de medicamento ou como critério de avaliação da economicidade, não refletindo a realidade do mercado por se tratar de referenciais máximos. Os preços referenciais apresentados nas tabelas da CMED, não são elaborados para refletir os valores de mercado, tendo como único objetivo a regulação dos preços de medicamentos no Brasil (BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU, 2018).

Problemas e estratégias

As questões levantadas nos seminários, que trataram sobre a aquisição e abastecimento, giraram principalmente em torno de problemas na execução das políticas de medicamentos e AF, bem como na necessidade de aprimoramento em sua gestão e reorganização, com o intuito de garantir o suprimento adequado dos medicamentos do componente estratégico e especializado, incluindo a aquisição do mesmo para atender as demandas judiciais. A intermitência no abastecimento dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde sinaliza possíveis deficiências nos processos logísticos e de gestão da AF. A ausência de profissionais da AF na etapa logística de aquisição, a insuficiência de

conhecimento dentro dos processos e a falta de autonomia dos responsáveis pela AF, na gestão dos recursos financeiros, foram alguns dos aspectos citados (NASCIMENTO et al., 2017).

Entre as estratégias sugeridas pelos participantes, podemos destacar: a criação ou implementação de uma comissão técnica de AF local, bem como a incorporação de profissionais da AF nos processos inerentes à aquisição; a capacitação de profissionais que atuem diretamente na aquisição de medicamentos; a transparência e divulgação de licitações e registros de preço; capacitação dos profissionais envolvidos na busca de consórcio regional para coleta de preço e compra; definição de bancos de informação de preços, a fim de harmonizar os conflitos regulatórios; aumentar a articulação e estabelecer fluxos com as unidades de dispensação do componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF). Também foi observada a necessidade de se estabelecer fluxos específicos para atendimento das demandas judiciais, propondo ferramentas de enfrentamento à judicialização por meio de convênios com instituições vinculadas ao poder judiciário.

Recomendações do GTAFSUS

- Criação ou implementação no nível dos municípios de comissão Permanente de Licitação exclusiva para aquisição de medicamentos;
- Presença da AF no Plano Municipal de Saúde;
- Existência de Lista Padronizada de Medicamentos;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica para revisão periódica da Relação municipal de medicamentos essenciais;
- Autonomia da Coordenação da AF na gestão dos recursos financeiros para aquisição de medicamentos;
- Ferramenta de gestão de estoque, a fim subsidiar a programação e a aquisição de medicamentos;
- Qualificação ou capacitação dos profissionais da AF envolvidos nos processos licitatórios;
- Fluxos de inclusão e exclusão de medicamentos na relação de medicamentos essenciais;
- Participação dos responsáveis pela AF nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde reforçando a importância como espaços de acompanhamento da implementação das políticas de saúde e participação e controle social (BARROS et al., 2017).

Quadro 8 - Problemas relacionados ao abastecimento/aquisição de medicamentos

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Baixada Litorânea	único	5	Desabastecimento ocasionado pelas dificuldades de aquisição de medicamentos, assim como pela intermitência do fornecimento dos medicamentos da SES e MS	aquisição	51	Reativar o GT de AF na CIR/BL	Sec Exec da CIR/ SMS/ Coord AF dos municípios	60	dia
				aquisição	52	Viabilizar pelo consórcio a compra de medicamentos para a região (BL) e exigir da SES abertura de atas de registros de preços para participação dos municípios			
				aquisição	53	Envolvimento da af (farmacêutico) no tramite processual das compras de medicamentos, acompanhamento das licitações e prazos de entrega			
Baía da Ilha Grande	único	4	Ausência de participação dos farmacêuticos na tramitação dos processos de provisão de medicamentos nos municípios		41	Fomento criação de comissão técnica multiprofissional		6	mês
					42	Definição e implantação de fluxo para aquisição de medicamentos e integrar a coordenação de AF no processo de AF (compras)			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Capital	1	2	O tempo de ressuprimento dos medicamentos é inadequado para atender as necessidades de abastecimento do território	programação	43	Que o setor de compras em saúde ocorra nas SMS por meio de profissionais treinados e capacitados	GERENCIA DE LOGISTICA e NAF CENTRAL	180 DIAS	
					21	Fracionar a entrega em período quinzenal			
					22	Distribuição dos itens com estoque crítico no município de forma a garantir a distribuição para todas as unidades			
Centro-Sul	1	3	Conflitos regulatórios dificultando a compra de medicamentos nos municípios (principalmente na judicialização), gerando deserto		31	Promover, com a participação das procuradorias municipais, a discussão quanto aos conflitos regulatórios relacionados à aquisição de medicamentos (tetos de preços) para leva-la ao nível federal e sensibilizar os reguladores para sua harmonização	GERENCIA DE LOGISTICA e NAF CENTRAL	90 DIAS	
					32	Viabilizar aquisição de medicamentos diretamente com os fabricantes, visando obtenção de menores preços			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Centro-Sul	2	3	Dificuldade no processo de aquisição, devido principalmente a não governabilidade da SMS no processo de compra, gerando falta de priorização, morosidade e desabastecimento. Falta de informação do andamento do processo licitatório		33	Fazer ata estadual ou regional de registro de preços para compra de medicamentos judicializados com frequência	SMS - Prefeitura		
					31	Sensibilizar os setores responsáveis quanto a priorização dos serviços de Saúde essenciais			
					32	Estruturação da Secretaria Municipal de Saúde como gestão plena			
Médio Paraíba	1	4	Falta de domínio e integração no processo de licitação e compra que contribui para morosidade/ausência de interesse na coleta de preço		33	Licitação com ata de preço regional	SMS	6	mês
					41	Capacitação dos profissionais envolvidos no processo de licitação			
					42	Capacitação dos atores envolvidos na busca de consórcio regional para coleta de preço	gestão municipal	imediatos	

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Metropolitana 2	único	1	Dificuldade de aquisição de medicamento, para as demandas judiciais, aplicando a tabela CMED		11	Fomentar nas Secretarias Municipais de Saúde a importância do fluxo necessário para atendimento das demandas judiciais e propor ferramentas de enfrentamento à judicialização por meio de convênios com Instituições vinculadas ao poder judiciário	Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, CRF, NATS, Ministério da Saúde, CNJ, MP, TCE		
Noroeste	1	3	Falta de medicações do componente especializado pela SES		31	Disponibilização de medicamentos aos usuários e facilitação do acesso às farmácias especializadas	SES		
					32	Maior cobrança do estado nas demandas judiciais			
					33	Regularização da SES junto ao MS das medicações do componente especializado para atender o fluxo. Continuidade e maior agilidade na avaliação dos cadastros de LME (imunoglobulina), criando fluxo para atendimentos emergenciais			
Noroeste	2	2	Desabastecimento do componente especializado gerando interrupção no tratamento dos usuários e burocracia excessiva para o cadastro dos pacientes		21	Necessidade de otimização do fluxo de cadastro de pacientes, b como de renovação do jogo de LME (Riofarms e Polo Regional) do CEAF. Assim como estabelecer fluxos de acesso a medicamentos do Componente Especializado para casos agudos (imunoglobulina)	COSEMS e SAF/SES, SES e Órgãos de controladoria	6	mês

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
					22	Mecanismos que garantam a SES/RJ maior celeridade dos processos de aquisição dos medicamentos do Componente Especializado	SES RJ	6	mês
					23	Garantir o abastecimento do Polo Regional, integralmente, afim de que demandas solicitadas sejam atendidas aos pacientes regulares da Assistência Farmacêutica	SAF/SES RJ	6	mês
Norte	único	3	Dora excessiva na análise para cadastro junto ao CEAF, desabastecimento do CEAF/Estratégico e consequente uso de recursos municipais para aquisição destes medicamentos	gestão	31	Definir prazo máximo para dispensação de medicamentos do CEAF		0	
				gestão	32	Atuação presencial da SES nos polos regionais do CEAF, visando redução do tempo de análise de cadastro, bem como na RIOFARMES; organização da região para acionar judicialmente a SES, quando houver essa demora		0	

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
				gestão	33	Descentralização da análise de documentação para os polos, bem como, treinamento ampliado para o entendimento de procedimentos de alta complexidade		0	
Norte	único	4	Dificuldades de aquisição e consequente desabastecimento, devido parâmetros de preços exigidos pelo Tribunal de Contas, regulamentados pela CMED/MS		41	Os Parâmetros de preços (banco de preços) devem ser comparados a entes federativos de porte semelhante		0	
					42	Aquisição de medicamentos por meios de consórcios regionais e/ou adesão de atas de registro estabelecidos pelo Estado que proporcionem aos municípios alternativas para aquisição		0	
					43	Solicitar do TCE uma oficina de capacitação sobre aquisição de medicamentos em âmbito municipal, provocado pela demonstração do cenário atual de desabastecimento dos estoques e fracassos dos processos de aquisição de medicamentos		0	

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Serrana	1	2	Morosidade do processo licitatório e entrega de medicamentos		21	comprar medicamentos por consorcio (pelo menos para ordem judicial)	Prefeitos da região	12	mês
					22	Planejamento e otimização do processo licitatório	Câmara Técnica - Jurídico (procuradoria), Secretário de Saúde, Coordenação CAF	180	dia
					23	Qualificação de acordo com a Lei 8666 dos responsáveis pela requisições e justificativas do quantitativo solicitado e dos responsáveis pelos impulsos processuais Evitando assim o retorno do processo ao SMS para devidas correções Implantação de um fluxo para aplicação de sanção a fornecedores que não cumprem o prazo de entrega, indicando sanção por prazo	Gestão (Prefeitos e Secretários)	2	mês

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Serrana	2	3	Morosidade dos processos licitatórios, além da falta de participação técnica dos professores da AF nas etapas de recebimento de propostas de licitação das presas e imbróglio da legislação e ação predatória dos órgãos de controle		31	Maior integração entre os órgãos de controle interno e externo e capacitações conjuntas entre estes e o judiciário			
					32	Agilização da punição jurídica das presas incumpridoras de seus compromissos, tomando os cuidados necessários para não gerar desabastecimento como reação das presas			
					33	Estruturação das equipes de licitação com metodologia de acompanhamento de todas as etapas do processo licitatório			

Judicialização

Aspectos gerais do tema

É importante lembrar que as mudanças sociais e econômicas do Brasil cresceram praticamente juntas. Destaca-se, que houve um aumento no número e na oferta de medicamentos, insumos, produtos para a saúde, correlatos, suplementos alimentares dentre outros no Brasil e no mundo, assim como o acesso da população às informações. Quando se fala em medicamentos vale destacar que o número de especialidades farmacêuticas disponíveis no mercado mundial tem crescido a cada ano, superando a marca de 35.000 produtos já no início desta década.

Este aumento na oferta de especialidades farmacêuticas e de produtos para saúde no geral é preocupante, pois nem sempre a quantidade e a variedade são sinônimas de qualidade, até porque, com tantas opções, fica difícil acompanhar a evolução dos tratamentos e seus potenciais indicadores de risco, nem tão pouco significa falha nos tratamentos já existentes no mercado. Esta crescente oferta aliada a pressão do mercado imposta pelas indústrias que produzem bens para a saúde e instigam a busca por estas novas tecnologias, têm trazido sérios problemas operacionais e gerenciais às Secretarias Municipais de Saúde.

Ainda que se reconheça o avanço da possibilidade dos cidadãos terem seu direito de acesso à saúde garantido pela justiça, há que se reconhecer que o crescente número de ações judiciais, associado ao fato de que as decisões são predominantemente favoráveis aos autores, vem gerando problemas para o sistema de saúde como um todo, já que algumas decisões acabam comprometendo gravemente o orçamento para a saúde, em razão do elevado preço de alguns medicamentos pleiteados, que, em muitos casos, não se encontram nos elencos oficiais da regulamentação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

As referidas decisões judiciais indicam um novo formato de judicialização, no qual o Poder Judiciário se sobrepõe ao Poder Executivo na escolha de fornecer este ou aquele medicamento, insumo ou produtos para a saúde, sob o fundamento de assegurar o direito à saúde e principalmente à vida (Ferreira et al., 2010). Ocorre, porém, que esse tipo de conflito judicial se apresenta de forma diversa daqueles que o Poder Judiciário sempre esteve acostumado a julgar, nos quais estão em jogo bens particulares, e a decisão por adjudicar os bens em conflito a uma das partes afetará apenas aqueles indivíduos envolvidos na relação jurídica. No caso das ações judiciais individuais movidas por usuários do SUS para fornecimento de medicamentos estão em jogo bens providos pelo Estado com recursos públicos e, portanto, a decisão sobre a adjudicação do bem, no caso, o medicamento, o insumo ou o produto de saúde afetará, ainda que indiretamente, toda a

coletividade. Insta ainda considerar que a melhora no acesso à informação, os movimentos das sociedades organizadas e a busca da população como um todo pelo o que há de melhor, principalmente no que diz respeito à área de saúde e bem-estar, impulsionou o que hoje se chama de judicialização da saúde.

Nesse sentido, visando dirimir estes aspectos da judicialização da saúde, ou pelo menos atuar na racionalização do uso dos recursos públicos e fornecer aparato técnico para acolitar os magistrados, em 2009, o Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro (PJRJ) em convênio com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), criou o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NATJUS).

O NATJUS/RJ visa o assessoramento à magistratura por meio da elaboração de pareceres técnico-normativos para análise de pedidos de liminar e tutela provisória nas ações que tenham por objeto o fornecimento, pelo Poder Público, de medicamentos, insumos para saúde, insumos nutricionais, tratamentos médicos, procedimentos médicos não emergenciais (consultas, exames, cirurgias e internação hospitalar), utilizando para isso uma equipe interdisciplinar de farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas, médicos e fisioterapeutas.

Cabe destacar que o NATJUS assessorou inicialmente as Varas de Fazenda Pública; Juizados Especiais Fazendários e Câmaras Cíveis do Fórum da Capital e, posteriormente iniciou a ampliação de seus serviços para as Comarcas do interior, atualmente atende às Varas Cíveis com competência fazendária de 29 Comarcas do Interior das regiões Metropolitana I e II, Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande e Centro-Sul. O cronograma de interiorização ainda não foi concluído visando o atendimento integral do estado.

Assim, considerando a assessoria técnica prestadas aos magistrados que atuam nas Comarcas do interior e o conhecimento prévio do impacto que a judicialização da saúde vem ocasionando, o Diretor do NATJUS/RJ foi convidado para acompanhar todos os seminários relatados no presente relatório.

Problemas e estratégias

Os problemas relacionados à judicialização da saúde foram citados em todos os seminários realizados, após a aplicação da metodologia aplicada durante os encontros, 6 regiões priorizaram este tema dentre os problemas mais relevantes (Quadro 10).

A análise dos problemas relatados confirma o crescimento das atividades necessárias ao atendimento das demandas judiciais nas Secretarias Municipais de Saúde, que vão desde o recebimento da liminar até o acompanhamento dos recursos financeiros bloqueados por meio da decisão judicial.

Nesse sentido, entende-se que os principais problemas eleitos podem ser caracterizados em dois grupos, conforme abaixo.

Grupo 1 - Problemas que provocam a judicialização:

- Atraso no cadastro de pacientes ou desabastecimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Ausência de conformidade entre as prescrições médicas e as listas oficiais de medicamentos do SUS; e
- Ausência de mediação como estratégia de racionalização pré-processual.

Grupo 2 - Problemas ocasionados pela judicialização:

- Ausência de assessoria técnica junto ao Judiciário;
- Decisões judiciais que não consideram as competências de fornecimento definidas pelas políticas públicas que norteiam a Assistência Farmacêutica no SUS.

Enquanto algumas medidas podem ser elaboradas visando reduzir os problemas do primeiro grupo, outras requerem maior articulação para que possam reduzir o impacto ocasionado pelas decisões judiciais, principalmente no âmbito municipal.

De acordo com o que vem sendo preconizado pelo Conselho Nacional de Justiça e o Conselho Federal de Farmácia, instituições que possuem em sua estrutura grupo de colaboradores voltados ao tema da judicialização da saúde, é possível elencar os 10 passos para redução e racionalização das demandas judiciais.

1. Inserir ciências farmacêuticas na teoria da decisão judicial;
2. Proporcionar transparência da carteira de serviços de saúde do município;
3. Investir em recursos humanos para o enfrentamento da judicialização;
4. Celebração de convênio junto à Defensoria Pública Estadual;
5. Consolidar a logística de medicamentos;
6. Racionalizar o quantitativo de farmácias públicas;
7. Apoiar as equipes que atuam nas farmácias;
8. Definição ou atualização da REMUME;
9. Instituir a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
10. Institucionalização da Assistência Farmacêutica junto ao Plano Municipal de Saúde.

Recomendações do GTAFSUS

Oferta de oficinas de capacitação por meio de parceria a ser firmada entre o CRF/RJ e o NATJUS/RJ, para que as equipes que atuam nas Secretarias Municipais de Saúde recebam conteúdo voltado às estratégias mais recentes no que se refere à gestão, pelo Poder Executivo, das demandas judiciais.

- Atualização do perfil da judicialização nos municípios, bem como das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, estudo que poderá fornecer novas estratégias para entendimento da judicialização no estado do Rio de Janeiro, uma vez que até o presente momento não há disponível para consulta trabalho que permita conhecer os principais dados do referido assunto.

Quadro 9 - Problemas relacionados a judicialização de medicamentos

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Baixada Litorânea	único	4	Alto impacto da judicialização da saúde no âmbito municipal ocasionado pelos atrasos da análise do cadastro no CEAF/SAFIE, bem como pela falta de racionalidade nas decisões judiciais em relação de competências de fornecimento de medicamentos e baixa integração entre o executivo e o judiciário local	41	Fomentar a integração entre o judiciário executivo municipal e MP	SMS/ Promotorias / TJRJ/ NAT	1	ano
				42	Celebrar convênio entre SMS e DPE, visando reduzir o número de demandas judiciais	DPE/ SMS/ Procuradorias		
Baía da Ilha Grande	único	1	Não conformidade das decisões judiciais em relação às listas oficiais de medicamentos, MBE e ATS, comprometendo o planejamento da saúde municipal	11	Sensibilização para aproximação da SMS com os magistrados, expondo as necessidades dos municípios sobre seus recursos finitos e demandas infinitas, envolvendo a AF e outros setores na composição técnica para debater com judiciário e defensorias	SMS, COSEMS, NAT, SES, CNJ, MP, judiciário	6	mês

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
				12	Atualização da RUME levando em consideração a presença de medicamentos frequentemente judicializados, concomitante à Educação continuada junto aos prescritores para priorização das linhas de cuidado estabelecidos	Gestores/ SMS/Coord AF/ Coord Atenção Básica/ Jurídico/ Financeiro	6	mês
				13	Elaboração de PTC por NAT, entidades de classe e CONITEC para instrumentalizar o judiciário e articulação no poder legislativo com a comissão de saúde um projeto de lei alterando o CPC p q o juiz observe a responsabilidade no fornecimento do medicamento se união, estado ou municípios	NAT, entidade de classe, CONITEC, poder legislativo	1	ano
Centro-Sul	1	2	Demanda judicial agravada pela crise de medicamentos especializados no ERJ e pela baixa adesão dos prescritores aos protocolos	21	Buscar integração entre os operadores do direito visando equalizar as demandas judiciais em função das atribuições de cada ente, tendo como base a Lei 12401/2011 e promover encontros de orientação entre os órgãos de controladoria e as SMS			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
				22	Estabelecer equipe multidisciplinar (comissão terapêutica) dentro das SMS para monitorar e buscar alternativas para os pacientes previamente a judicialização, implicando também na revisão do processo de trabalho e mobilização dos NAT			
				23	Implementar mecanismos para promover a adesão dos prescritores aos elencos e protocolos existentes (RENAME e RUME)			
Centro-Sul	2	1	Necessidade de intervenção junto a defensoria pública no sentido de interação com a SMS antes da judicialização do fornecimento, assim como implementar o entendimento do judiciário ao processo de judicialização do ponto de vista técnico	11	Promover encontro entre SMS, Procuradoria e Defensoria Pública, incluindo outros atores que sejam pertinentes à discussão da judicialização de processos para fornecimento de medicamentos Concomitante a isto, estruturar Núcleo de Apoio Técnico Municipal ou Regional, para a avaliação das demandas com equipe multiprofissional objetivando esclarecer aspectos técnicos e contemplando as necessidades dos pacientes e as possibilidades de atendimento pela SMS			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Centro-Sul	2	4	Desconhecimento dos atores (judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Profissionais de Saúde e Sociedade civil) sobre o fluxo de rede do Sistema Único de Saúde	41	Implantação da Rume com ampla divulgação (implementação)			
				42	Capacitação continuada			
				43	Aproximação com judiciário			
Médio Paraíba	1	1	Ausência de suporte técnico no judiciário que oriente para a judicialização	11	Criar comissão de apoio técnico farmacêutico para avaliação dos medicamentos que estão sob júdice (obs: caráter regional)	CRF	12 meses para iniciar	mês
				12	Grupo técnico para assessoria judiciária no nível estadual e municipal	Gestor municipal/estadual; defensoria; judiciário	1	ano
				13	0			
Médio Paraíba	2	4	Judicialização de medicamentos	41	Criação de um núcleo de apoio técnico junto à defensoria pública			
				42	Criação de uma comissão com objetivo de analisar a demanda prescritos			
				43	0			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Metropolitana 1	único	4	Mandato Judicial - falta de profissional que tenha base técnica na legislação do SUS para fazer uma triagem efetiva para instruir o paciente antes de virar um mandato judicial	41				
			medicamentos que faz parte da RUME, medicamentos de alto custo entre outros, havendo uma avaliação da real necessidade de alguns medicamentos e insumos prescritos e critérios, havendo substituição por outros padronizados com a mesma					
Norte	único	2	Impacto na execução das Políticas Públicas quando no atendimento das demandas judiciais, que não consideram as competências de fornecimento, atreladas ao baixo conhecimento dos operadores do direito acerca das obrigações das três esferas de gestão	21	Capacitação inicial e contínua da equipe responsável pelas demandas judiciais	0	SMS/ Defensoria/Judiciário	1 ano
				22	Instalação de NATs regionalizados (consórcio de municípios)	0	SMS/ Defensoria/Judiciário	1 ano

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
				23	Realização de reuniões (judiciário/defensoria/prefeitura) para exposição de dados	0	SMS/Defensoria/Judiciário	1 ano
Serrana	1	1	Crescimento das demandas judiciais para acesso à medicamentos e insumos	11	Implantação futura do NAT, meta: realização de reuniões com magistrados por comarca/Município	Secretário SMS e SES	180	dia
				12	Integração entre judiciário/defensoria e Saúde; Regularização do abastecimento da RUME; criação Câmara Técnica	Farmacêutico, Médico e Jurídico	180	dia
				13	Quantificar as doenças de maior prevalência e os medicamentos que estão gerando mais demanda judicial e implementar protocolos clínicos e fluxo de dispensação via farmácia complementar, com a finalidade de gerar dados para aquisição desses medicamentos via processo licitatório com aplicação do CAP (20% de desconto no preço) Implantação dos NAT Jus e qualificação dos farmacêuticos para parecer técnico apontando sugestões alternativas farmacológicas e terapêuticas existentes no SUS	Gestão (Prefeitos e Secretários)	2	mês
Serrana	2	4	Grande número de mandados judiciais com sequestro de verba	41	Criação e implantação do NAT na região Serrana, promovendo aproximação com o judiciário			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
				42	Sensibilizar e orientar os prescritores para cumprimento da legislação e regulamentações da vigilâncias sanitária, especial à prescrição pela denominação genérica e adesão aos protocolos terapêuticos			
				43	Estabelecimento e atualização permanente das REMUNES			

Recursos humanos

Aspectos gerais do tema

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, houve uma grande expansão do número de estabelecimentos de saúde, com respectivo crescimento do número de postos de trabalho. Tal aumento também impactou o número de farmacêuticos atuantes tanto em estabelecimentos privados quanto públicos (MACHADO; XIMENES NETO, 2018). Apesar disso, é reconhecida a escassez de profissionais de saúde no setor e a distribuição desigual da força de trabalho pelo país (CARVALHO et al., 2017).

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) apontou que mais de 80% dos gestores de Assistência Farmacêutica nas regiões eram farmacêuticos, a maioria (62%) eram mulheres. Na região sul e sudeste 76,8% e 63,2% respectivamente dos municípios os coordenadores possuíam vínculo RJU, e a grande maioria no país possuía mais de um ano no cargo (CARVALHO et al., 2017).

Com relação aos trabalhadores envolvidos na dispensação, também a grande maioria era de mulheres (77,4%), com carga horária acima de 30 horas e com mais de 12 meses de experiência. Quanto à escolaridade na região Centro-Oeste e Sudeste a maior parte do pessoal envolvido na dispensação eram farmacêuticos (57% e 64,1% respectivamente) (CARVALHO et al., 2017). Outros profissionais envolvidos eram enfermeiros (10,8% no Brasil), outros profissionais de nível superior e nível médio. Essa última categoria era predominante no país como um todo (43%). Com relação ao vínculo empregatício, na região Sudeste 66,2% eram servidores públicos, 15,9% contratados e 7,6% terceirizados (CARVALHO et al., 2017). Carvalho e colaboradores (2017) apontam que esse número pode indicar uma tendência de flexibilização das relações de trabalho, o que torna um vínculo mais precário.

Os dados também demonstram uma dependência do nível médio para a dispensação/entrega (CARVALHO et al., 2017). Embora não se tenha conseguido identificar se tal atividade é sempre orientada por profissional farmacêutico e se este faz seguimento farmacoterapêutico ou não, os dados podem sugerir que o número de farmacêuticos nos serviços não é suficiente, ou também a decisão gerencial de alocar para a atividade profissionais de menor remuneração.

As atividades do farmacêutico na APS envolvem atividades técnico-administrativas como programação, aquisição de medicamentos, dispensação e atividades técnico-clínicas como seguimento farmacoterapêutico e atividades da estratégia de saúde da família que devem ser realizadas com um olhar multiprofissional. Assim, o profissional farmacêutico não deve ser visto apenas como aquele que deve estar presente na unidade de saúde por motivo de lei, mas

sim um profissional importante na prestação de serviços para o usuário e também na gestão das atividades relacionadas ao medicamento por ser um profissional que reúne conhecimentos, habilidades e atitudes para exercer tal papel.

Para a organização e execução de ações relacionadas à assistência farmacêutica é fundamental contar com recursos humanos em quantidade adequada, capacitados e motivados. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) apontam diretrizes e eixos estratégicos relacionados a esse componente.

Com relação ao desenvolvimento de recursos humanos, verifica-se que existe uma série de iniciativas do Ministério da Saúde relacionadas à capacitação dos profissionais farmacêuticos (BERMUDEZ; ESHER; OSORIO-DE-CASTRO, 2018). Alguns exemplos podem ser citados como a realização de uma série de oficinas de treinamento oferecidas pelo MS no país para treinamento dos gestores municipais de AF visando à viabilização da descentralização da AF, criação do Mestrado Profissional em Gestão da Assistência Farmacêutica em 2005, Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Básica/Primária à Saúde - AB/APS, oferecido para toda a América Latina, etc. A Universidade Aberta do SUS (UNASUS) é uma outra iniciativa importante que oferece cursos a distância, também inscreve para cursos relacionados a Assistência Farmacêutica.

No entanto, em que pesem os esforços para a capacitação e educação permanente dos profissionais farmacêuticos, é possível encontrar serviços farmacêuticos com profissionais não capacitados para a atuação nos mesmos. A necessidade de capacitação é uma demanda sempre presente, cabendo, portanto precisar melhor as deficiências da oferta atual em atender às necessidades dos serviços.

Para auxiliar no desenvolvimento dos profissionais farmacêuticos, a Federação Internacional de Farmacêuticos desenvolveu uma estrutura global de competências para o profissional farmacêutico (FIP - INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (2016). Essa estrutura foi construída para auxiliar na formação e desenvolvimento dos farmacêuticos pelo mundo. Ela possui quatro domínios: assistência farmacêutica na saúde pública, atenção farmacêutica, organização e gestão e aspectos profissionais e pessoais. Cada um desses domínios reúne competências e comportamentos que devem ser realizados pelo profissional farmacêutico.

O levantamento das competências necessárias para os serviços farmacêuticos em conjunto com a avaliação das necessidades de formação dos profissionais farmacêuticos para a obtenção de tais competências pode ser uma etapa necessária quando se pensa na oferta de cursos e treinamentos.

1.1.1 Problemas e estratégias

Esse foi o componente da Assistência Farmacêutica que apresentou o maior número de problemas priorizados nos Seminários Regionais. Os problemas priorizados estavam principalmente relacionados ao quantitativo insuficiente de recursos humanos, falta de capacitação e falta de educação continuada tanto da equipe de AF como dos gestores, dificuldade da execução de atividades clínicas pelo profissional farmacêutico devido ao envolvimento exclusivo com atividades técnico-gerenciais e falta de recursos para a contratação de profissionais farmacêuticos.

As soluções vislumbraram a proposição de requisitos mínimos para a Assistência Farmacêutica Municipal de acordo com o porte do município, organização da rede municipal e serviços farmacêuticos fornecidos. Com relação à capacitação e educação continuada as propostas vislumbraram atividades de capacitação e educação continuada, como desenvolvimento de um programa de capacitação, organização de cursos e treinamentos. Para a questão da falta de recursos as propostas visam negociação de vagas para recomposição do quadro do RH em função de exonerações e aposentadorias, negociação no conselho de saúde para contratação de mais recursos humanos.

Seria interessante pensar em modelos com quantidade de recursos humanos com competências para atuação na rede de atenção de acordo com a organização e tamanho da mesma e de acordo com os serviços farmacêuticos a serem oferecidos. Esse é um dos problemas de mais difícil resolução se for considerado os dados vislumbrados nas tabelas, que mostram que os municípios já estão no limite máximo de contratação de pessoal e as porcentagens de aporte ao SUS que os municípios realizam. Entretanto, tal questão é necessária pois compromete avanços já obtidos na reestruturação da Assistência Farmacêutica no país.

Com relação à capacitação, treinamentos e educação continuada, já existem várias iniciativas que podem ser utilizadas. Um mapeamento das competências dos profissionais farmacêuticos lotados nos serviços para poder fornecer capacitação nas lacunas é uma etapa prévia necessária para futuras articulações com instituições que já oferecem tais cursos.

4.8.2 Recomendações do GTAFSUS

- Pactuação das competências necessárias aos profissionais dos serviços farmacêuticos na APS;
- Oferta de educação permanente com base nas competências pactuadas;
- Construção de parcerias para oferta de capacitações aos profissionais dos serviços farmacêuticos;
- Garantia de salários, planos de carreira e condições adequadas de trabalho aos profissionais;
- Determinação de quantitativo adequado de profissionais que equilibre viabilidade financeira, condições dignas de trabalho e qualidade do serviço oferecido à população.

Quadro 10 - Problemas relacionados a recursos humanos AF

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Capital	1	3	Quantitativo de RH insuficiente na farmácia para a implantação das políticas de atenção à saúde	gestão	31	Readequação do contrato de gestão garantindo recursos para a composição do quadro de RH necessário para atender a demanda de Assistência Farmacêutica	SMS	180 DIAS	
				gestão	32	Gerar cálculo do quantitativo de funcionários do serviço de farmácia x população adscrita	SMS, CAP e NAF CENTRAL	180 DIAS	
				gestão	33	Aperfeiçoar os processos seletivos que garantam a contratação de RH qualificado	SMS, OSS e CAP	180 DIAS	
Capital	2	1	Quadro de RH insuficiente para atendimento da legislação e demanda	gestão	11	Mobilizar recursos para contratação de mão de obra	Secretário Municipal de Saúde	2	ano
				gestão	12	Reestruturação da equipe de farmácia como equipe mínima na base do projeto de saúde da família	Secretário Municipal de Saúde, Responsável Atenção Básica, Responsável Assistência Farmacêutica	1	ano
				gestão	13	Padronização do número de farmacêuticos e técnicos de farmácia para cada farmácia de acordo com a legislação e número de equipes	Secretário Municipal de Saúde, Responsável Atenção Básica, Responsável Assistência Farmacêutica	1	ano

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Capital	2	5	Falta de educação continuada e avaliações periódicas da equipe da AF de forma padronizada	capacitação	51	Organização de cursos e treinamento locais que permitam a atualização dos profissionais a cerca das suas práticas. Para avaliação periódica construção de um instrumento que permita avaliar o profissional e suas práticas realizando entrevistas e visitas ao ambiente de trabalho	Área ligada a formação e educação continuada da Secretaria Municipal de Saúde, Responsável pela Assistência Farmacêutica Central, Responsável pela Assistência Farmacêutica , Responsável pelas linhas de cuidados	1	ano
				capacitação	52	Desenvolvimento de um programa padrão de educação continuada com avaliações e sistematização da aplicação centralizada nos NAFS regionais e central	Área ligada a formação e educação continuada da Secretaria Municipal de Saúde, Responsável pela Assistência Farmacêutica Central, Responsável pela Assistência Farmacêutica , Responsável pelas linhas de cuidados	1	ano

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
				capacitação	53	Elaboração de cronograma de educação continuada para os farmacêuticos recém contratados obrigatoriamente e reciclagem aos profissionais com mais de dois anos na APS	Área ligada a formação e educação continuada da Secretaria Municipal de Saúde, Responsável pela Assistência Farmacêutica Central, Responsável pela Assistência Farmacêutica, Responsável pelas linhas de cuidados	1	ano
Centro-Sul	2	5	Impossibilidade de exercer atividades clínicas pelo profissional farmacêutico devido ao envolvimento exclusivo com atividades técnico-gerenciais	gestão	51	Reestruturação da Assistência Farmacêutica e inclusão no organograma			
				gestão	52	Contratação dos recursos humanos (farmacêuticos/técnicos de farmácia), preferencialmente por concurso publico			
				gestão	53	Capacitação através de profissionais farmacêuticos que irá orientar outros profissionais de saúde para estar atuando na área gerencial			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Médio Paraíba	1	5	Ausência de matriciamento	gestão	51	Atuação de um farmacêutico no NASF para matriciamento de medicamentos/patologias de prevalência	SMS	12	Mês
Médio Paraíba	1	5	Ausência de matriciamento	gestão	52	Definir ações conjuntas a serem realizadas entre o NASF e AB, considerando as necessidades de cada eSF	AB/planejamento/NA SF	Imediato	
Médio Paraíba	2	2	Falta de profissionais com formação específica para área, pequeno número de funcionários no setor (atendente/farmacêutico), gerando acúmulo de funções para o farmacêutico	capacitação	21	Criação de modelos de AF conforme porte dos municípios com requisitos mínimos de RH, infraestrutura, recursos tecnológicos e mobiliário (ou em forma de contratação ou concurso público)			
				capacitação	22	0			
				capacitação	23	0			
Médio Paraíba	2	5	Falta de farmacêutico no NASF	gestão	51	Criação de um núcleo de apoio técnico junto à defensoria pública			
				gestão	52	Criação de uma comissão com objetivo de analisar a demanda prescritos			
				gestão	53	0			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Metropolitana 1	único	1	Falta de Capacitação dos Gestores em Planejamento Técnico e Administrativo e a falta de capacitação do profissional farmacêutico com foco no profissionalismo e comprometimento	capacitação	11				
Metropolitana 1	único	2	Falta de Recursos para contratação de profissionais farmacêuticos, não observação da necessidade do profissional nas áreas onde há sua necessidade e impedimentos administrativos para contratação	gestão	21				
Metropolitana 1	único	3	Falta de Valorização Financeira do Profissional	gestão	31				
Metropolitana 2	único	2	Necessidade de contratação de farmacêuticos em função das limitações da LRF	gestão	21	Negociar contratação junto ao conselho sobre o dimensionamento de acordo com o porte do município, para pactuação	Gestores de Saúde, Coordenadores de Recursos Humanos, Prefeito		
				gestão	22	Recomposição do quadro do RH em função de exonerações e aposentadorias	Coordenadores de Recursos Humanos, SMS		

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Metropolitana 2	único	4	Qualificação dos profissionais dentro dos serviços de farmácia	gestão	23	Buscar outras formas de contratação	Prefeito, Gestores		
				capacitação	41	Definição mínima do corpo técnico especializado	GT de AF no SUS		
				capacitação	42	Qualificação do corpo técnico da Assistência Farmacêutica através do NEPS, promovido pelo CRF	Conselho Regional de Farmácia, SES,ENSP		
				capacitação	43	0			
Noroeste	1	1	Poucos profissionais capacitados sobrecarregando os disponíveis	gestão	11	Realização de capacitação profissional através de cursos, treinamentos, palestras com temas variados de acordo com a necessidade apresentada pelos colaboradores	SES, SMS e CRF		
Noroeste	1	2	Poucos farmacêuticos na SMS levando a sobrecarga e diminuindo o tempo para a AF	gestão	21	Contratação e realização de concursos públicos para farmacêuticos e atendentes	SMS/Administração		
Serrana	1	3	Desconhecimento da gestão quanto as demandas de AF relacionadas aos recursos humanos e financeiros	gestão	31	Contratação e capacitação de equipe de AF	Gestor de Saúde e RH	NA	

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
				gestão	32	Realizar ações e utilizar ferramentas que promovam a valorização do profissional farmacêutico e as ações da AF	Divisão de Farmácia e Farmacêuticos da assistência	180	dia
				gestão	33	Programa formal do Ministério da Saúde para incentivo a contratação de farmacêuticos através de recursos financeiros (Ex: Mais Médicos)	Secretários de Saúde e Prefeitos	180	dia
Serrana	1	4	Ausência de qualificação técnica dos profissionais da ponta	capacitação	41	Melhorar a divulgação dos cursos (QUALIFAR SUS)	Coordenação da AF	imediatos	
				capacitação	42	Intercâmbio entre estado e municípios	Secretario e Coordenação da AF	180	dia
				capacitação	43	Organizar capacitações todos os níveis e orientar quanto ao uso de cursos já existentes (ex: UNASUS e EADs)	Secretários e subsecretários	120	dia
									dia
Serrana	1	5	Falha de Incentivo, critérios e informação dos órgãos regulamentadores para a implantação das atividades clínicas do farmacêutico no SUS (ex: Recursos Financeiros)	gestão	51	Moção para que o farmacêutico integre o quadro mínimo da estratégia de saúde da família	CONASS/COSEMS junto ao MS	180	

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementado	Unidade tempo
Serrana	2	1	Falta quantitativa e capacitação insuficiente de farmacêuticos e profissionais de apoio da AF contratados nas SMSs	gestão	11	Promover a incorporação de farmacêuticos e profissionais. Apoio da AF por meio de mecanismos estáveis (concurso público), respeitando o estágio probatório			
				gestão	12	Criar parcerias com Escolas de Saúde Pública e outras instituições para oferta de espaços de capacitação, além do incentivo de participação nos cursos disponibilizados pelo SUS			
				gestão	13	Atualização dos organogramas para atualização do quadro de pessoal, de acordo com a realidade local			

Responsabilidade técnica

Aspectos gerais do tema

Importante destacar que o tema da responsabilidade técnica foi o que motivou a aproximação das duas diretorias, CRF/RJ e COSEMS/RJ, na busca, por meio do diálogo e do debate do contraditório, de soluções para o quadro de infrações, multas e judicialização. O acerto da estratégia usada, de buscar pelos Seminários Regionais o destaque de problemas e a busca de soluções de maneira participativa e ascendente, onde todos envolvidos, gestores, profissionais, equipe multiprofissional, técnicos e usuários, pudessem expor suas preocupações e juntos, buscar saídas, apontou para todos a necessidade de resolver, por meios sanitários, o que até o momento juridicamente não foi possível.

Todo e qualquer aspecto relacionado à RT encontra-se amparado em arcabouços jurídicos e demais normas relacionadas ao exercício da profissão farmacêutica. Da mesma forma, isto ocorre para o funcionamento de estabelecimentos farmacêuticos e práticas relacionadas à AF, como, por exemplo, a Lei Federal 13.021/2014. Não obstante, a ação dos CRFs tem gerado uma série de incertezas e polêmicas jurídicas que tornaram litigiosa a relação Conselho de Classe / Secretarias Municipais de Saúde, gerando judicialização no setor e extensas justificativas no campo do direito administrativo tanto contra, como a favor do contencioso.

A Lei Federal 13.021/2014 dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, e em seu art. 2º, define a AF da seguinte forma e conteúdo:

“Entende-se por assistência farmacêutica o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional”.

Analisando esta legislação em sua totalidade, pode-se notar, que em seu conteúdo, ela não revoga legislações anteriores, e, além disso, não traz à luz do entendimento jurídico um conceito diferenciado de farmácia e drogaria, ou ainda, comércio de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos com as unidades de saúde pública, cujo objetivo é proporcionar acesso da população aos medicamentos de maneira universal, igualitária e equânime.

Neste sentido, enquanto os procuradores dos executivos municipais justificam suas ações em contestar o exercício da fiscalização dos conselhos de classe, ou, ainda, contestando a obrigatoriedade de manter nestes conselhos, registro de unidades do serviço público que dispensam medicamentos à população, tais

conselhos alegam que o descumprimento da lei e o não exercício de sua função precípua estariam incorrendo no crime funcional de prevaricação contra a administração pública, já que em nenhum dos casos do contencioso administrativo, há uma decisão final contra ou a favor.

Problemas como a centralização da dispensação de medicamentos em detrimento de disponibilizá-los o mais próximo da residência do usuário; dispensação de medicamentos controlados e antibióticos e quimioterápicos; e a discussão do papel do farmacêutico nas unidades de pronto atendimento e prontos-socorros que exacerbam a função de dispensação ou administração. Acrescenta-se a esse quadro o mérito da assistência farmacêutica e a presença física do profissional, a fiscalização das questões sanitárias engessadas que não dão autonomia ao profissional cerceando sua decisão, a falta de consensos de interpretação sobre a legislação sanitária, a falta de entendimento sobre a construção da política individual de cada município o que dificulta a regularização, comunicados de ausência, as diferenças gritantes entre serviço público e serviço privado, entre interesses comerciais e de saúde, a integralidade das ações de saúde, a efetividade dos serviços farmacêuticos oferecidos, questões referente à adesão aos tratamentos, efetividade, prevenção de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs), educação em saúde, educação permanente e trabalho em equipe multiprofissional.

Tudo isto representa claramente o que está sendo cobrado pelas políticas públicas do setor saúde da gestão da AF que transita na capacidade de implantação e consolidação de controles internos, gestão de risco institucional e governança, ou seja: capacidade de estruturação da gestão de riscos; uso de informações sobre riscos na tomada de decisão; gestão de e por processos; processo de trabalho onde o assistir ou o cuidar em AF tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades e, ainda, compreende administrar ou gerenciar a AF tendo como objeto os agentes do cuidado e os recursos empregados no assistir em AF.

As ações que devem ser desenvolvidas para o necessário alcance dos objetivos da AF estão compreendidas em dois eixos que definem a atuação do(a) farmacêutico(a) no setor público. O "Técnico-assistencial e o Técnico-gerencial" que dão substância ao modelo de saúde a ser adotado no SUS, ou seja, onde a Atenção Básica deve assumir o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora do sistema de saúde em seu território, principalmente agora, que há necessidade de se adaptar às novas regulamentações das ações que os municípios devem exercer na AF em função das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituídas pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Esta integração da AF com a AB nos municípios se faz necessária em função do desenvolvimento nos serviços da inédita diretriz da nova PNAB relacionada à AF:

“Desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado”.

O entendimento é que os Serviços Farmacêuticos devem se constituir em um conjunto de atividades e processos de trabalho, relacionados ao medicamento e protagonizados pelo farmacêutico e devem ser desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade.

Como já dito anteriormente, a AF é descrita como um dos elementos constituintes das RAS enquanto sistema de apoio na estrutura operacional, onde presta os serviços farmacêuticos por meio das atividades técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos). Mas cumpre ressaltar que a AF deve ser também desenvolvida nos diferentes pontos de atenção da rede, já que o cuidado farmacêutico será ampliado sob a dimensão clínico assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde voltados aos indivíduos, família, comunidade e equipe de saúde.

A gestão da AF tem que ocupar para além da apreensão com as questões fiscais, orçamentárias e financeiras (de caráter geral das SMSs), preocupando-se em como estimular ações que promovam o uso racional de medicamentos junto à equipe de saúde e aos usuários, com o intuito de melhor aproveitar a disponibilidade deste insumo e de como deve ser feito o planejamento da AF para que situações de risco institucional, como o desabastecimento, sejam evitadas.

O caminho da inovação da gestão da AF à frente dos serviços farmacêuticos de seus municípios, explicam que o cuidado farmacêutico na AB, especialmente no NASF, diz respeito a ações que envolvem as duas dimensões do apoio matricial: a clínico- assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira refere-se ao cuidado farmacêutico e às ações clínicas diretas aos usuários, de forma individual ou compartilhada. Já a segunda, se refere às ações que atendam, mais diretamente, às necessidades das equipes envolvidas no cuidado, por meio de educação permanente e de outras ações compartilhadas.

As ações de AF devem ser realizadas com base nos princípios estabelecidos no Artigo 198º da Constituição Federal e no Artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos a ela inerentes. Além disto, a gestão da AF precisa integrar, de forma articulada, os produtos, os serviços e o fazer coletivo; a disponibilização e o uso dos medicamentos, os resultados logísticos, os clínicos e sociais, considerando os vários fatores que a perpassam.

Trabalhar na perspectiva de uma AF que, além do acesso, assegure o uso racional dos medicamentos é papel a ser assumido por todos: gestores, prescritores, profissionais da saúde de uma maneira geral, órgãos de vigilância e de fiscalização e controle e a população.

Naturalmente que o CRF/RJ no exercício de suas prerrogativas, deve pugnar para que a AF seja de fato atendida, assim como as atividades que são privativas do farmacêutico(a), seja no público, seja no privado. Para tal, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) elabora normativas que norteiam a atividade profissional e os Conselhos Regionais de Farmácia (CRF) são responsáveis pela aplicabilidade e execução dessas normativas em seu ambiente fiscalizatório.

Assim, a luz da Resolução CFF 577/2013, a responsabilidade técnica é definida como “ato de aplicar conhecimentos técnicos e profissionais, cuja responsabilidade objetiva está sujeita a sanções de natureza cível, penal e administrativa”. A responsabilidade técnica é ainda considerada indelegável e obriga o(a) farmacêutico(a) à participação efetiva e pessoal nos trabalhos ao seu cargo.

Portanto, quando se remete as instâncias municipais do SUS, observam-se motivos de discussão por diversas instituições de controle de todo país e as possíveis tratativas na adoção de medidas estratégicas que visem à regularização da responsabilidade técnica nas unidades públicas de saúde da rede de serviços farmacêuticos, de sorte a manter o cumprimento de exigências legais, mas reconhecendo que há especificidades em relação à capacidade de cada município e as políticas públicas norteadoras da Assistência Farmacêutica no país.

As discussões nos órgãos de controle ficam no escopo da divergência de entendimentos tanto sobre a definição da natureza de atividade das unidades básicas de saúde, onde os conselhos entendem que as unidades realizam atividade de farmácia, e os gestores de dispensários de medicamentos, quanto à obrigatoriedade dos farmacêuticos nos dispensários de medicamentos.

Ilustra-se essa situação com o caso de Minas Gerais, onde a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), publicou a Resolução SES/MG nº 3.792/2013, estabelecendo que um profissional poderá responsabilizar-se por até três dispensários da sua região de saúde (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2017). Entretanto, o Ministério Público de Minas Gerais emitiu a nota técnica do MP-MG Nº 008/2017 (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2017), que dentre outros apontamentos, destacou que “a jurisprudência não é uníssona quanto a obrigatoriedade de o profissional farmacêutico nos dispensários de medicamentos”.

Com esse embate, o CRF/MG optou por inserir no seu plano anual de fiscalização para o exercício de 2019, a inspeção nessas unidades, excetuando-se apenas aquelas com impedimento judicial e, em parceria com Ministério Público,

instrumentalizar a regularização através de TAC/TOC. É, portanto, nesse diapasão que as ações a serem desenvolvidas em cada eixo apresentado pelo GTAFSUS se darão na perspectiva de organizar a assistência farmacêutica, incluindo a regularização da rede de serviços farmacêuticos municipais.

Problemas e estratégias

Os problemas elencados discorrem desde um apelo dos profissionais já inseridos no sistema público, da necessidade de mobilização política na busca de estratégias que visem à valorização e a garantia de boas condições de trabalho para os profissionais ali já estabelecidos, quanto à rogativa por parte dos gestores na qualificação do município para o cumprimento das determinações legais dos órgãos fiscalizadores, além de destacar questões relacionadas à garantia do acesso que ficaram prejudicadas a partir da conjuntura apresentada. Assim, optou-se por reagrupar os problemas sob a ótica dessas três perspectivas:

- **Perspectiva profissional**

“Baixa valorização do farmacêutico e de sua remuneração, mesmo nos casos onde há exigência de assunção de RT”.

- **Perspectiva da gestão**

“Falta de conhecimento pela gestão dos estabelecimentos registrados no CRF, do rito processual e de notificação de multas”.

Exigência de profissional farmacêutico nas unidades, gerando multa quando não atendido.

Conduta restritiva na fiscalização do CRF/RJ nas unidades do SUS, não considerando as particularidades de cada município, bem como o esforço do farmacêutico para atendimento da legislação.

Ausência de uniformização de entendimento entre Conselho Regional de Farmácia e Poder Judiciário quanto à obrigatoriedade de Farmacêutico(a) na Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde (dispensação de medicamentos).

Dificuldade e/ou impedimento de contratação de farmacêuticos, que gera um quantitativo excessivo de multas do CRF/RJ.

- **Perspectiva do usuário**

Multas constantes aos municípios que comprometem celebrações de convênios em razão da inscrição do município no Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal (Cadin), que sobremaneira impede obtenção de recursos para projetos de interesse municipal.

Centralização da dispensação de medicamentos (devido às multas),

dificultando o acesso.

Foi observado que a maioria dos problemas relacionados ao tema RT discorrem sobre demandas da gestão (5 de 8), destacando-se a dificuldade dos municípios em cumprirem as determinações legais por diversos motivos, seja relacionado a dificuldade de alinhamento do entendimento das normativas profissionais e ritos processuais, seja pela dificuldade de comunicação do CRF/RJ com o município na notificação de multas, pela dificuldade ou incapacidade de contratação desses profissionais devido a LRF, ou ainda pela discordância dos entendimentos dos textos legais.

Quanto à baixa valorização do farmacêutico e de sua remuneração, mesmo nos casos onde há exigência de assunção de RT, surgiram propostas razoáveis para atendimento da demanda apontada. Investir na pactuação de instituições (Sindicato, CRF, COSEMS), que busquem mobilizar recursos para elaboração de estratégias que discutam políticas de valorização profissional, além de garantir a permanência de profissionais qualificados no sistema de saúde, visando à garantia de melhor eficiência das políticas públicas de assistência farmacêutica.

De acordo com os problemas relacionados à perspectiva do usuário, observou-se que eram atinentes à aplicabilidade das multas que então seriam as responsáveis pela dificuldade no acesso, tanto no que se referem à centralização da dispensação, quanto à inscrição do município no Cadin.

Recomendações do GTAFSUS

Problemas de ótica profissional

Sugere-se a possibilidade de aproximação de atores relevantes (Sindicato, CRF, COSEMS), via Comissão de Direitos e Prerrogativas do profissional farmacêutico CRF/RJ, para fomentar a discussão de políticas de valorização profissional visando à elaboração de estratégias que busquem a garantia da permanência de profissionais qualificados no sistema de saúde e a eficiência das políticas públicas de assistência farmacêutica.

Perspectiva do usuário

Principalmente nas questões relacionadas ao acesso, foi observado que esse problema seria secundário em relação às multas. Contudo, orienta-se que o município se estruture conforme o conceito de rede para a garantia do acesso ao medicamento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2014).

Perspectiva da gestão

Para as questões relacionadas à dificuldade do entendimento dos ritos processuais do CRF/RJ, propõe-se que o CRF/RJ pactuando com COSEMS, ofereça palestras e desenvolva Notas Técnicas incluindo a fiscalização do CRF/RJ, para transferência de expertise na área regulatória, visando um alinhamento dos entendimentos acerca das regulamentações profissionais.

Em relação à incapacidade de contratação, propõe-se que o CRF/RJ, em conjunto com o COSEMS, atue no sentido de priorizar nos Planos e Programações municipais a contratação de profissionais para a AF.

Igualmente, junto à elaboração desse relatório técnico, segue como encaminhamento, a elaboração de modelos de Termo de Ajuste de Conduta/Termo de Obrigações e Conduta (TAC/TOC) para celebração entre CRF/RJ e municípios com anuência do COSEMS/RJ, que visem à regularização, junto ao CRF/RJ, da rede de serviços farmacêuticos no âmbito municipal, com possibilidades amparadas em lei. São exemplos a serem melhor avaliados: a repactuação do horário de funcionamento de cada serviço na rede municipal de assistência farmacêutica que atenda ao usuário(a) sem prejudicá-lo(a); unidade móvel de dispensação abastecida por uma farmácia central; um profissional farmacêutico(a) atendendo a mais de uma unidade dentro de uma mesma rede (conforme regulamentado no estado de Minas Gerais), dentre outras. Nesta última possibilidade, sugere-se considerar também o volume de atendimento e a distância geográfica a ficarem sob supervisão de um único farmacêutico.

Quadro 11 - Problemas relacionados à responsabilidade técnica na AF

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementa	Unidade tempo
Baixada Litorânea	único	3	Baixa valorização do farmacêutico e de sua remuneração, mesmo nos casos onde há exigência de assumpção de RT	gestão	31	Envolvimento das instituições (sindicato de farmacêutico +, CRF + COSEMS) para discussão da aplicação do piso salarial nas concursos e contratações			
				gestão	32	Atualização das atribuições dos profissionais farmacêuticos nos municípios			
				gestão	33	Previsão nos editais para farmacêuticos da RT e provocação do SINFAERJ para que o acordo coletivo considere a gratificação da responsabilidade técnica			
Baía da Ilha Grande	único	5	Falta de conhecimento pela gestão de estabelecimentos registrados no CRF do rito processual e de notificação as multas		51	Aproximação das SMSs e CRF/RJ para o estabelecimento de fluxo para envio/recebimento dos autos de infração de acordo com a realidade dos municípios	SMS, COFAR, CRF e as JUR	6	mês
					52	Maior interação entre CRF e SMS (coordenador de AF) visando à capacitação dos gestores com as demandas normativas, bem como a otimização dos fluxos processuais e ritos por meio do portal eletrônico do CRF			

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementa	Unidade tempo
					53	Organização do processo de trabalho da gestão conjunto com a coordenação de farmácia com busca dos problemas e atualização regular dos estabelecimentos de saúde junto ao CRF	gestor/coordenador de farmácia	imediatos	
Centro-Sul	1	4	Multas constantes aos municípios que impedem convênios (levando ao CADIM) e dificultando o acesso da população		41	O CONASS deve mobilizar uma discussão, com suporte jurídico e que envolva o MS e CFF para harmonizar a aplicação da 13021/2014 às especificidades da atenção básica e que considere a realidade dos municípios			
					42	Buscar modelos normativos que visam atender as especificidades de atuação do farmacêutico no SUS junto ao CRF/RJ e adicionalmente, o GT-AF da Centro-Sul deve identificar um representante para a Câmara Técnica de APS no CRF			
					43	Reavaliar os processos de trabalho CRF/SMS que privilegie as necessidades da população			
Médio Paraíba	1	2	Exigência de profissional farmacêutico nas unidades, gerando multa		21	Que a exigência do farmacêutico seja suprida com a presença no NASF	CRF e SMS	12	mês

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub-tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementa	Unidade tempo
					22	0			
					23	0			
Médio Paraíba	1	3	Centralização da dispensação de de medicamentos (devido às multas), dificultando o acesso	gestão	31	Não exigência de profissional farmacêutico nas unidades que tenham apenas dispensário de medicamentos	CRF	Imediato	
				gestão	32	Confecção de TAC entre CRF e os municípios, ajustando a legalidade e a realidade local	CRF, municípios, NASF	6	mês
				gestão	33	0			
Médio Paraíba	2	1	Conduta restritiva na fiscalização do CRF nas unidades do SUS que não considera as particularidades de cada município esforço do farmacêutico para atendimento da legislação		11	Metodologia diferenciada na fiscalização do CRF nas unidades do SUS conforme critérios pactuados pelo COSEMS, CRF-RJ e SMS compatíveis com a realidade do SUS			
					12	0			
					13	0			
Metropolitana 1	único	5	Ausência de Uniformização de entendimento entre Conselho Regional de Farmácia e Poder Judiciário quanto à obrigatoriedade de Farmacêutico na Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde (dispensação de medicamentos)		51				

Região	Grupo	Nprob	Problema	Sub- tema	Solução	Descrição solução	Atores responsáveis	Tempo implementa	Unidade tempo
Noroeste	2	3	Dificuldade e/ou impedimento de contratação de farmacêuticos, que gera um quantitativo excessivo de multas do CRF/RJ		31	Criação de uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica que verse sobre a descentralização dos medicamentos e a presença do farmacêutico no serviço de farmácia pública do SUS	CRF-RJ, SES, COSEMS, Legislativo Estadual	12	mês
					32	Viabilizar no âmbito dos municípios meios legais para contratação de farmacêutico com previsão para a responsabilidade técnica, considerando as informações do corpo técnico no edital	Câmaras Municipais, Prefeituras, CRF/RJ e SES		

5. Considerações finais

O relatório final com os resultados consolidados dos Seminários Regionais de Assistência Farmacêutica no SUS vem em um momento político de nosso país em que precisamos reafirmar o Sistema Único de Saúde (SUS), que completa trinta e um anos quando foi incorporado na nossa CARTA MAGNA.

A reafirmação do SUS é necessária diante desse momento quando a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) retoma os temas referências da 8ª Conferência Nacional de Saúde: "Democracia e Saúde - Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS".

Na CNS, outras atividades temáticas irão ocorrer diante de questões de transversalidades e uma delas será Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia. Portanto, o trabalho desenvolvido pelo GTAFSUS, resultado da parceria CRF/RJ e COSEMS/RJ, reafirma a necessidade de se ter uma agenda que busque contemplar a organização da AF no âmbito municipal do SUS em primeiro momento. Logo, tanto os problemas levantados como as soluções apontadas para cada um, farão parte dessa agenda e esperamos que todos aqueles(as) que participaram de cada Seminário em sua região, multiplique em seu município a necessidade dessa organização.

Deve-se ressaltar que o trabalho do GTAFSUS não ficará apenas nessa etapa. Ela foi o primeiro dos demais eixos que serão trabalhados e constam do item PRÓXIMOS PASSOS, apresentado a seguir.

6. Próximos passos

Tendo em vista que os objetivos gerais do projeto do GTAFSUS, criado pela Portaria nº 853/2018 da Presidência do CRF/RJ, é o de "propor um modelo de Assistência Farmacêutica para os municípios do ERJ compreendendo parâmetros que garantam a Assistência Farmacêutica com qualidade e levando em consideração as possibilidades financeiras e de recursos humanos de cada gestão municipal, atendendo a complexidade das Redes Locais de Atenção à Saúde", os resultados apresentados neste documento sinalizam a necessidade de próximos passos adicionais para alcançarmos esse objetivo.

Os passos a seguir dizem respeito aos objetivos específicos do projeto; entretanto e diante das demandas apresentadas, reordenou-se a ordem de prioridade como se segue:

1. Apoiar na elaboração dos Termos de Obrigações a Cumprir (TOC) e fixar parâmetros de conduta para o CRF/RJ e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) no sentido de desempenhar ações e alcançar metas definidas. Para esse eixo o GTAFSUS irá adotar as seguintes ações:

- a. Promover seminário interno no CRF/RJ juntamente com sua Fiscalização e seu Setor Jurídico para avaliar regulamentações que norteiam aspectos de responsabilidades técnicas do(a) profissional farmacêutico(a);
 - b. Avaliar alternativas a partir de benchmarking de outros CRFs que já pactuaram situações de responsabilidades técnicas com secretarias municipais de saúde;
 - c. Estabelecer parâmetros técnico-legais para apresentar documento de proposta de TOC à Diretoria do CRF/RJ, com diretrizes conceituais de rede integrada de saúde e de coordenação municipal de AF, bem como garantir que as ações de AF contemplem recursos humanos, equipamentos e instalações e demais necessidades que se fizerem necessárias;
 - d. Estabelecer, buscando consenso entre as obrigações legais relacionadas à presença do farmacêutico e as restrições financeiras, da gestão do trabalho e da disponibilidade de RH que dificultam a contratação de novos profissionais, indicando prazos para regularização.
2. Estabelecer diretrizes mínimas para amparar, em escala municipal, o planejamento da AF para definir políticas locais que qualifiquem o acesso ao medicamento de acordo com os princípios da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica no SUS;
 3. Redimensionar a atuação da AF nos municípios por um projeto adequado de atenção e cuidado farmacêutico;
 4. Promover cursos e seminários de capacitação e estratégias de Educação Permanente para fortalecer o exercício profissional e o trabalho em equipe multiprofissional do farmacêutico e de sua equipe. Para tanto o GTAFSUS irá desenvolver projeto específico na área de educação e buscar parcerias;
 5. Promover encontros e oficinas regionais e estaduais com o intuito de buscar soluções e aprofundar o debate sobre as necessidades locais de atendimento das normas vigentes;
 6. Apresentar ao Conselho Estadual de Saúde (CES) proposta do projeto de um modelo de Assistência Farmacêutica para os municípios do ERJ, incluindo a instância estadual do SUS, em especial a SAFIE/RJ, na perspectiva de sua reorganização;
 7. Realizar Seminário Estadual sobre Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, na perspectiva de consolidar o modelo apresentado ao CES e se necessário e naquilo que for pertinente, desenvolver um Projeto de Lei para apresentação às instâncias do Legislativo;

8. Fomentar a criação de Câmaras Técnicas de AF e de Medicamentos no SUS, tanto no COSEMS/RJ, quanto em cada região do ERJ.

7. Referências

BANCO MUNDIAL. Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Relatório N°36601- BR. Washington: [s.n.]. Disponível em:

<<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>>.

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

BARROS, R. D. DE et al. Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical services. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017.

BERMUDEZ, J. A. Z.; ESHER, A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Pharmaceutical Services and comprehensiveness 30 years after the advent of Brazil's Unified Health System. p. 16, 2018.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução N° 648, de 30 de agosto de 2017 - Imprensa Nacional. Regulamenta o procedimento de fiscalização dos Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.in.gov.br/materia>>. Acesso em: 27 maio. 2019.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pactos pela vida e de gestão: regulamento. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria n° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*: Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria N° 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). . 13 jun. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 1.555 de 30 de junho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). . 30 jun. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<https://www.consorcioparanasaude.com.br/pdf/Portaria_Consolidacao_6.pdf>. Acesso em: 27 maio. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). . 22 set. 2017, Sec. 1. Diário Oficial da União.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA; FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: [s.n.].

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n. 12401. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. . de abril de 2011.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. Decreto nº 7.508, 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, e dá outras providências, 2011. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. Orientações para aquisições públicas de medicamentos. TCU, , 2018.

CARVALHO, M. N. et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. Rev. Saúde Pública, v. 51, n. suppl 2, 2017.

DIAS, B. C. Mudanças no repasse de verbas do SUS ganha debate em matéria da Folha de S. Paulo. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/mudancas-no-repasse-de-verbas-do-sus-ganha-debate-em-materia-da-folha-de-s-paulo/25485/>>. Acesso em: 27 maio. 2019.

FIP - INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (. Pharmaceutical Workforce Development Goals. Pharmaceutical Workforce Development Goals Copyright © 2016 International Pharmaceutical Federation (FIP) 2016 Presented at the global conference on pharmacy and Pharmaceutical sciences education FIP, , 2016. Disponível em: <https://www.fip.org/www/streamfile.php?filename=fip/PharmacyEducation/2016_report/2016-11-Education-workforce-development-goals.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019

GUERRERO, G. P.; BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 6, p. 966–972, dez. 2008.

LEITE, S. N. et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM–Serviços. Rev. Saúde Pública, v. 51, n. suppl 2, 22 set. 2017a.

LEITE, S. N. et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. Revista de Saúde Pública, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017b.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1971–1979, jun. 2018.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. Saúde em Debate, v.

38, n. special, 2014.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Nota técnica No 008/2017. Assistência Farmacêutica. Resolução no 338/2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Farmacêutico na rede pública de saúde. Resolução SES/MG no 3.792/2013. Obrigatoriedade profissional farmacêutico. Dispensário de medicamentos. Hospitais de pequeno porte. Unidades Básicas de Saúde. Unidades de Pronto Atendimento. . 2017, p. 19.

MÜLBERT, A. L.; AYRES, N. M. Fundamentos para Sistemas de Informação. 2. ed. [s.l.] Unisul Virtual, 2005.

NASCIMENTO, R. C. R. M. DO et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.

REIS, A. A. C. DOS et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 122–135, dez. 2016.

REIS, V. Breve Histórico do (Sub) Financiamento do SUS. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/breve-historico-do-sub-financiamento-do-sus/1174/>>. Acesso em: 27 maio. 2019.

SERRA, J. P. Manual de Teoria da Comunicação. Covilhã: Livros Labcom, 2007.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 24, n. 2, p. 91–100, 2008.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 187–199, jun. 2016.

WANNMACHER, L. Seleção de medicamentos. In: CLAUDIA GARCIA SERPA OSORIO-DE-CASTRO et al. (Eds.). . *Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 79–88.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization, 2010.

Anexo 1 - Questionário de diagnóstico de assistência farmacêutica aplicado aos municípios do estado do Rio de Janeiro

PERFIL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Perfil da Assistência Farmacêutica nos municípios fluminenses” que está sendo realizada pelo GRUPO TÉCNICO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS, composto por membros do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, COSEMS RJ e do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro, CRF RJ que tem como finalidade subsidiar as ações a serem desenvolvidas pelo Grupo Técnico.

Os objetivos desta pesquisa será de fornecer informações sobre a Assistência Farmacêutica Municipal.

O convite a sua participação se deve por ser considerado um ator chave da Assistência Farmacêutica em seu município. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Caso aceite participar, você responderá um questionário virtual de 34 perguntas a ser disponibilizado pela plataforma Google Formulários via email. O tempo médio de resposta desse questionário é de 20 minutos e você pode respondê-lo através de seu computador (preferível) ou celular. Praticamente todas as questões são obrigatórias, devido ao fato de que o Google Formulário não salva as respostas quando fechado. Sendo obrigatórias, não há risco de envio parcial do formulário.

***Obrigatório**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ao concordar em responder este questionário (primeira questão abaixo), você declara que:

- aceita participar por vontade própria, sem receber qualquer incentivo financeiro, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa;
- que concorda com o emprego do todo ou de partes da pesquisa como subsídio para ações do COSEMS RJ e para elaboração de artigos e matérias;
- que está ciente que sua identidade será preservada e a qualquer momento, pode solicitar, sem exposição de motivo, que a resposta ao questionário, seja excluída da pesquisa de forma parcial ou integral.

Ressalto que a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Além disso, serão tomadas as seguintes medidas para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas: (a) apenas os envolvidos na pesquisa, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados; e (b) qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

Por fim, você receberá uma cópia deste questionário em seu email. O prazo para resposta é até 22 de fevereiro de 2019. Até este período vc poderá editar suas respostas. Em caso de dúvida sobre sua participação ou preenchimento deste formulário, entre em contato por email com comissaoafsus@gmail.com e cosemsrj@cosemsrj.org.br.

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019.

Maria Conceição Souza Rocha - Presidente do COSEMS RJ

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. *

Sim, concordo.

1. Identificação

Prazo de preenchimento: 22/02 ----- Dúvidas:
comissaoafsus@gmail.com e cosemsrj@cosemsrj.org.br

1. 1 Nome do Participante:*

Sua resposta

1.2 CPF *

Sua resposta

1.3 Formação *

Descreva a graduação na opção "Outros", se houver.

Nível Fundamental

Nivel Médio

Graduação

Especialização

Mestrado

Doutorado:

Outro:

1.4 Cargo *

Sua resposta

1.5 Tempo no cargo (em anos) *

Sua resposta

1.6 Município *

Sua resposta

1.7 Endereço da SMS: *

Sua resposta

1.8 Telefone (com DDD) *

Sua resposta

2. Planejamento e Gestão

Prazo de preenchimento: 22/02 ----- Dúvidas:

comissaoafsus@gmail.com e cosemsrj@cosemsrj.org.br

2.1. A Assistência farmacêutica está explicitamente contemplada em quais instrumentos de planejamento em saúde do município(vigentes)? *

- Plano Municipal de Saúde - PMS
- Plano Plurianual - PPA
- Programação Anual de Saúde - PAS
- Não contemplado

2.2. A Assistência farmacêutica está formalmente prevista no orçamento municipal da saúde ? *

- Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO

Lei Orçamentária Anual - LOA

Não contemplado

3. Controle Social

3.1. O setor de AF participa de reuniões e demais atividades das esferas de controle social da saúde como Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distritais? *

Sim, frequentemente

Sim, quando solicitado

Sim, raramente

Não participa

4. Organização da Assistência Farmacêutica Municipal

4.1. O setor responsável pela gestão da Assistência Farmacêutica municipal está contemplado no organograma da SMS? *

Sim

Não

4.1.1 Descreva qual estrutura formal o setor da Assistência Farmacêutica está vinculado.

Sua resposta



4.2. Qual o cargo do responsável pela Assistência Farmacêutica Municipal? Se "OUTROS", descrever o cargo. *

Subsecretário (a)

Superintendente

Coordenador (a)

Assessor (a)

Não possui cargo

Outro:

4.4. Qual o tipo de vínculo do responsável pela AF? Se "OUTROS", descrever. *

CLT

- RJU
- Contrato Temporário
- Outro:

4.5. Qual o nível completo de escolaridade do responsável pela Assistência Farmacêutica? *

Descreva a graduação na opção "Outros", se houver.

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Outro:

5. Organização da Assistência Farmacêutica Municipal

Prazo de preenchimento: 22/02 ----- Dúvidas:
comissaoafsus@gmail.com e cosemsrj@cosemsrj.org.br

5. Quais setores ou programas são responsáveis por:

Sua resposta

5.1 Armazenamento e Distribuição de Medicamentos *

5.2 Central de Abastecimento Farmacêutico

Sua resposta

5.3 Antiretrovirais *

5.4 Judicialização *

5.5 Medicamento Sujeito a Controle Especial *

5.6 Vacinas ? *

5.7 Licitação e Compra de Medicamentos? *

5.7.1 Quantos farmacêuticos estão envolvidos nesse setor? *

- 0
- 1
- 2
- 3
- Acima de 3

5.7.2 Quais etapas o farmacêutico participa?

- Elaboração do Termo de Referência
- Elaboração do Edital
- Definição do tipo de licitação
- Qualificação dos Fornecedores
- Análise Orçamentária
- Pagamento

Outro:

5.8 Quantos farmacêuticos estão envolvidos em cada Nível de Atenção a Saúde?

	0	1 a 5	6 a 10	10 a 15	15 a 20	20 ou mais
Atenção Básica						
Atenção secundária (hospitais, ambulatório especializado, serviços de urgência e						

emergência)						
Atenção Terciária (oncologia, hemodiálise, cirurgias complexas, etc)						

5.9 Qual total de farmacêuticos em seu município? *

Sua resposta

6. Atenção Básica Municipal

6.1 Quantas unidades básicas de saúde em funcionamento no município? *

6. 2. Qual o percentual de cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no município?

6. 3. Quantas equipes de Saúde da Família no município? *

7. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

7.1 Existe equipe NASF no município?

Sim

Não

7.1.2 Qual o número de equipes NASF em seu município?

7.2 Quantos NASF tem farmacêutico?

7.3 Quantos farmacêuticos estão envolvidos com os Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica? *

Não são considerados serviços farmacêuticos: setores de análises clínicas, central de abastecimento farmacêutico e produção de medicamento).

7.4. Como ocorre a dispensação de medicamentos na Atenção Básica? Se "OUTROS", descrever. *

- Centralizada - Farmácia Central
- Distribuído por farmácia vinculada a unidades de saúde
- Distribuído por farmácias municipais em estrutura própria
- Distribuído por setores internos das unidades de saúde, sem estrutura formal de farmácia.

Outro:

7.5. Quais profissionais realizam entrega de medicamentos na atenção básica? Se "OUTROS", descrever o cargo. *

- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Auxiliar de Farmácia
- Auxiliar Administrativo
- Médico

Outro:

7.6 Quais atividades são realizadas pelos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica:

- Seleção
- Programação
- Aquisição
- Recebimento
- Armazenamento
- Distribuição
- Dispensação
- Matriciamento
- Grupo Operativo de Educação em Saúde
- Participação em construção de Projeto Terapêutico Singular
- Discussão de Casos

- Seguimento Farmacoterapêutico
- Orientação em Saúde
- Visita Domiciliar
- Farmacovigilância

8. Análise Estratégica

Prazo de preenchimento: 22/02 ----- Dúvidas:
comissaoafsus@gmail.com e cosemserj@cosemserj.org.br

8.1 Que etapas da Assistência Farmacêutica concentram maiores dificuldades no Município? *

- Planejamento e Gestão
- Programação
- Armazenamento
- Distribuição
- Dispensação e Entrega
- Utilização
- Capacitação

Outro:

8.1.1 Descrever quais seriam dificuldades específicas estão envolvidas com cada área selecionada.

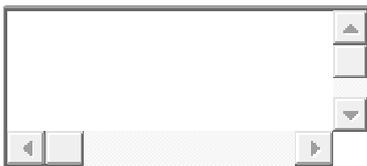
Sua resposta

8.2 Existe alguma experiência exitosa relacionada a Assistência Farmacêutica a ser compartilhada? Se sim, descrever sucintamente. *

8.3 O município tem interesse em receber apoio para aprimorar a implementação da AF na Atenção Básica? *

- Sim
- Não

8.4 Qual tipo de apoio o município gostaria de receber? Descrever. *



Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido



Anexo 2 - Roteiro para definição de problemas e soluções

Seminários Regionais de Assistência Farmacêutica no SUS - 2019

Preparação para a discussão de problemas e obtenção de soluções

Orientações para condução das atividades: Cada grupo será constituído de um facilitador e um relator, que irá registrar toda a atividade.

A dinâmica proposta pretende cumprir os seguintes pressupostos:

- Promover a participação equilibrada de todos, com diferentes backgrounds, inserções, formações;
- Permitir alcance de produtos no tempo disponível, que é limitado;
- Facilitar a consolidação, agilizando a devolutiva para os participantes.

Para iniciar as atividades, o(s) facilitador(es) receberá(ão):

- Cartazes para priorização das propostas;
- Fita crepe (para não danificar as paredes);
- Canetas pilot;
- Tarjetas (papel A4 cortado ao meio de comprimento);
- Cartelas com etiquetas coloridas para votação das propostas;
- Cartolinas para priorização de problemas – 10 por grupo;
- Planilha em Excel para relatar as propostas priorizadas pelo grupo;
- Cópias dos slides das apresentações realizadas previamente e da carta do Rio que serão distribuídas para os participantes. Esse material servirá para apoiar a discussão nos grupos.

Caso não disponha de um notebook, o mesmo deve ser solicitado para a Comissão Organizadora.

Detalhamento da atividade no grupo: Identificação de Problemas

1. Ao constituir o grupo, o facilitador deve organizar uma breve apresentação dos participantes (basta nome, município que representa e inserção no município);
2. Estabelecer acordo de convivência. Este acordo visa a combinação das regras para a boa condução do grupo, como o respeito às falas e evitar o uso do celular durante a atividade (deve estar em modo vibração e sair da sala se for imperioso atender). As regras acordadas devem ser anotadas pelo relator e afixadas na parede, retomando-as sempre que necessário;
3. Relembrar rapidamente a dinâmica da atividade e o objetivo. A discussão de problemas da estrutura e organização da Assistência Farmacêutica Municipal visando auxiliar no levantamento de soluções que possam nortear a construção de um modelo de Assistência Farmacêutica Municipal para o Estado do Rio de Janeiro;
4. Cada participante terá até 10 minutos para examinar o material recebido e redigir até 3 problemas que identifica quanto a Assistência Farmacêutica municipal (tanto com base no material recebido quanto na experiência própria):
 - a. Deve redigir um problema por tarjeta;
 - b. A redação deve ser clara, o mais curta possível e sinalizar o problema, minimizando explicações adicionais tanto quanto possível (p.ex. – “Recursos humanos” é uma formulação vaga e não sinaliza o problema – insuficiência quantitativa? Formação deficiente?);
 - c. Deve usar letra legível;
 - d. Orientar sobre a necessidade de manter-se em silêncio neste momento.
5. Discussão dos problemas: Findo os 10 minutos (ou antes se as pessoas terminarem), as tarjetas serão afixadas nas paredes e será realizada uma discussão no grupo. Esta discussão tem como finalidade:
 - a. esclarecer a redação, melhorando-a se necessário;
 - b. aglutinar propostas semelhantes (desde que haja consenso entre os formuladores);
 - c. defender as propostas;
 - d. Lembrar aos participantes que quanto mais desagregadas as propostas, menos chance que seja priorizada. Neste momento os participantes devem contextualizar e dividir suas experiências e expectativas sobre o assunto.
6. O tempo previsto para a discussão é de 1 hora e deve ser conduzida de maneira a incentivar a participação de todos;
7. Ao longo da discussão, se o grupo entender que faltou o registro de algum problema importante, ele poderá ser inserido, desde que haja consenso do grupo. O facilitador tem o papel de mediar a discussão e trazer ao grupo

questionamentos que não apareceram no debate. Ele deve administrar o grupo para permitir a participação de todos que desejem se pronunciar e mediar possíveis conflitos;

8. O grupo deve chegar a um máximo de 10 problemas;
9. Os problemas restantes ao final da discussão (máximo de 10) deverão ser colados nos cartazes de priorização;
10. Priorização: Cada participante receberá 5 etiquetas de cada uma das 3 cores, sendo uma cor assignada para Gravidade, outra para Urgência e a última pra Tendência. Deverá afixar livremente suas etiquetas nos problemas pregados nos cartazes.

Ao final, contam-se os votos recebidos por cada problema e ordena-se. Os 5 mais votados seguirão para a fase seguinte, de identificação de soluções. Caso haja empate, o desempate será pela Tendência.

Gravidade: intensidade ou impacto (considerado quanti ou qualitativamente) que o problema pode causar se não for solucionado.

Urgência: pressão do tempo que existe para resolver determinada situação. Leva em consideração as possibilidades: pode esperar; pouco urgente; urgente, merece atenção no curto prazo; muito urgente; ou necessidade de ação imediata

Tendência: Padrão ou tendência de evolução da situação, o desenvolvimento que ele terá na ausência de uma ação efetiva para solucioná-lo. Representa o potencial de crescimento do problema, a probabilidade do problema se tornar maior com o passar do tempo. As possibilidades são: não irá mudar; irá piorar a longo prazo; irá piorar a médio prazo; irá piorar a curto prazo; ou irá piorar rapidamente

11. O facilitador deve registrar os problemas priorizado na planilha Excel.
Organização do tempo na priorização de problemas:

Apresentação dos participantes e estabelecimento do acordo de convivência	10 minutos
Exame do material de apoio e elenco individual de problemas	10 minutos
Discussão, que deve resultar num máximo de 10 problemas	60 minutos
Priorização	20 minutos
Revisão final e definição de relator	10 minutos

Identificação de soluções ou propostas de intervenção

12. Cada participante deve listar até 5 soluções para cada problema priorizado

(indicar o problema pelo seu número), tendo até 5 minutos para isso. O grupo deve ser lembrado que as soluções devem ser viáveis e quanto mais próxima da governabilidade municipal, mais chance de que seja implementada;

13. As soluções devem ser afixadas abaixo do cartaz do problema a que corresponde;
14. Feito isto, deve-se conduzir a leitura e discussão das soluções, repetindo-se o processo inicial feito para os problemas (item 5, de (a) a (d));
15. Ao final, deverá haver até 3 soluções para cada problema, podendo ser utilizados os critérios RICE para orientar a discussão;

RICE: é a sigla em inglês para Reach (**Alcance**), Impact (**Impacto**), Confidence (**Confiança**) e Effort (**Esforço**). Inicia-se por considerar os três primeiros itens e, ao final, considerar o último.

16. Neste momento, o grupo deve sinalizar para cada solução o tempo médio (duração) para uma implementação satisfatória, deixando clara a unidade (dias, meses, anos), assim como os principais atores que devem ser mobilizados para conduzir a implementação;
17. Os facilitadores devem registrar o produto na discussão na tabela Excel;
18. Organização do tempo na priorização de soluções:

Elenco individual de soluções	10 min.
Discussão, que deve resultar num máximo de 3 soluções para cada um dos 5 problemas priorizados	40 min.
Priorização	20 min.
Definição de atores responsáveis e tempo de implementação	20 min.
Revisão final	10 min.

Em caso de dúvidas, o facilitador deve entrar em contato com a Comissão Organizadora.

Anexo 3 - Alguns problemas da Assistência Farmacêutica diagnosticados em nível nacional

Diagnóstico do Setor

- Não implementação da Política Municipal de AF e a Programação de AF, inclusive aprovada no Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- Elevado investimento financeiro;
- Ausência das informações sobre licitações em andamento, compras efetivadas, entrega pelos laboratórios/distribuidoras, demandas judiciais, prescrições atendidas, resolubilidade, reações adversas, adesão a tratamentos, perda de medicamentos por validade, ou desvio, Recursos Humanos envolvidos, etc);
- Ausência de controle de estoque;
- Ausência de cadastro de usuários;
- Estrutura inadequada dos serviços farmacêuticos (Central de Abastecimento, Unidades de Dispensação, etc), tanto estrutural, como de equipamentos e mobiliários;
- Falta de atendimento acolhedor e humanizado;
- Desarticulação dos serviços farmacêuticos com os demais serviços de saúde;
- Inadequação de procedimentos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais;
- Ações focadas no medicamento e insumo e não no usuário;
- Recursos humanos pouco qualificados com marcante omissão de Programa de Educação Continuada para a equipe;
- Ausência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);
- Falta de Relação Municipal de Medicamentos (RUME);

Aspectos relacionados à gestão da assistência farmacêutica

- Constituir uma equipe para o setor visando o desenvolvimento das ações da AF, por meio de parâmetros que permitam definir competências e habilidades do profissional para direcioná-lo ao desenvolvimento de atividades ligadas ao seu perfil e garantir quantidade suficiente de farmacêuticos para suprir os serviços existentes e os que serão implantados e/ou qualificados;
- Definir uma política de Educação Permanente e Continuada com o objetivo de fomentar capacitações adequadas ao perfil de todos profissionais de saúde envolvidos com as atividades relacionadas à política da AF e a demanda dos serviços, seja por investimentos próprios ou por meio de apoio de cursos ou treinamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e

outras instituições;

- Desenvolver estratégias locais para a disseminação continuada das normas e/ou legislações relacionadas a Assistência Farmacêutica, subsidiando sua organização no município, sempre que possível articuladas com a SES, COSEMS, CONASS e Ministério da Saúde;
- Assegurar a contrapartida municipal e estadual da AF e planejar, disponibilizar e executar de forma efetiva os recursos financeiros destinados à Assistência Farmacêutica Básica sua totalidade. Para sua execução, são indispensáveis à seleção e a programação de medicamentos e insumos, assim como a compra destes com valores ade em quadros (princípios de escala e economia), somado a um acompanhamento de instrumentos e mecanismos de monitoramento durante todo o processo;
- Envolver os responsáveis pela AF nos processos de tomadas de decisão e elaboração dos instrumentos de gestão, a exemplo do PMS, Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) que subsidiam a Lei Orçamentária Anual (LOA) e Plano Plurianual (PPA);
- Desenvolver estratégias para a diminuição das demandas judiciais, com objetivo de prover uma maior aproximação entre os operadores da Justiça e a gestão da saúde, diminuindo os conflitos e estabelecendo a cooperação e articulação entre ambos, assim como, ações conjuntas entre os entes federados para possibilitar maior efetividade do direito ao acesso do medicamento padronizado no SUS aos indivíduos;
- Atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no tocante a tipologia dos estabelecimentos denominados "farmácia", sejam edificações exclusivas ou aquelas que existem como um ambiente interno outros estabelecimentos de saúde, especialmente nas unidades básicas de saúde e centros de atenção ***psiCOSEMSocial***. Há necessidade ainda, de dar conhecimento dos códigos dos "serviços especializados", fundamentais para caracterizar os serviços prestados pelos estabelecimentos, seus profissionais envolvidos, dentre ele o farmacêutico, e a respectiva produção destes nos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;
- Implantar sistema informatizado de controle das atividades da AF no sentido de melhor avaliar a efetividade das ações de AF, por meio do monitoramento de indicadores.

Aspectos relacionados ao componente logístico da assistência farmacêutica:

- Assegurar os recursos necessários (físicos, tecnológicos, humanos) para o envio obrigatório das informações à base nacional de dados e ações e serviços da assistência farmacêutica no âmbito do SUS, conforme legislação vigente;

- Propiciar área adequada e humanizada para a realização dos serviços farmacêuticos nos diferentes pontos da rede;
- Garantir a estrutura adequada para o armazenamento de medicamentos nos estabelecimentos de saúde, conforme legislação vigente, atendendo às Boas Práticas de Armazenagem de Medicamentos;
- **Garantir local específico para o armazenamento dos medicamentos de controle especial todos os serviços que esses são disponibilizados sob** controle e supervisão do profissional farmacêutico responsável. Para os medicamentos termolábeis devem ser observadas as condições exigidas para o armazenamento com disponibilidade de refrigerador e/ou câmara fria de uso exclusivo, que garantam sua estabilidade;
- O descarte adequado de resíduos deve ser assegurado todos os serviços, com local específico para o seu acondicionamento e recolhimento, evitando contaminações e acidentes;
- Como forma de legitimar e aprimorar o trabalho de padronização, os municípios devem elaborar, revisar e atualizar suas relações de medicamentos essenciais, com sugestão de revisão a cada dois anos, consonância com as atualizações da RENAME, bem como garantir ampla divulgação e disponibilização das listas de medicamentos e locais de acesso à população e aos profissionais Na perspectiva de avançar na organização da AF, recomenda-se instituir a Comissão de Farmácia e terapêutica (CFT) nível local e/ou regional;
- Para uma adequada programação e abastecimento da rede, recomenda-se que sejam considerados minimamente o perfil epidemiológico, oferta de serviços, recurso disponível e consumo histórico, sendo importante a prática do uso e registro das movimentações de estoque, seja manual ou, preferencialmente, informatizado;
- A inserção do profissional farmacêutico seja na elaboração do termo de referência, como na emissão de parecer técnico para aquisição de medicamentos, qualifica tecnicamente o processo;
- Recomenda-se a conformação de estratégias que proporcionem maior poder de compra e economia de escala nos processos de aquisição, visando melhorar a eficiência nos processos de compras e otimizar a utilização dos recursos financeiros, a exemplo dos consórcios regionais, atas de registro de preços regionais ou estaduais, etc;
- Conhecer nos detalhes as normas administrativas, sanitárias e econômicas nos processos de aquisição dos medicamentos e insumos;
- Rever e ampliar alguns procedimentos para otimizar os processos na região, tais como: formalização de cronograma de abastecimento, estabelecendo os fluxos, os prazos para execução e a periodicidade dos pedidos e entregas de

medicamentos; elaboração de normas e procedimentos padrões das rotinas dos serviços, a fim de evitar transtornos de abastecimento por falhas no processo e favorecer o acesso regular dos medicamentos pelos usuários

Aspectos relacionados ao cuidado farmacêutico

- Incentivar processos de capacitação da equipe de saúde, incluindo o profissional farmacêutico na perspectiva da integração das práticas de cuidado;
- Recomenda-se a inserção do farmacêutico nas equipes dos NASF, com objetivo de ampliar e qualificar o cuidado farmacêutico;
- Fortalecer as atividades técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais do trabalho do farmacêutico, voltados aos indivíduos, família, comunidade e equipe de saúde, nos diferentes Pontos de Atenção do município.

RELATÓRIO FINAL

Componentes do GTAF-SUS

Antonio Carlos Morais - CRF/RJ (Presidente)
Manoel Roberto da Cruz Santos - COSEMS/RJ
Daniela Moulin Maciel de Vasconcelos - NAF/ENSP/Fiocruz
Flávio Afonso Badaró - SES/RJ
Leandro Oliveira Paranhos - CRF/RJ
Nathália Cano Pereira - CRF/RJ
Sarah Gomes Pitta Lopes - CRF/RJ
Vera Lucia Luiza - NAF/ENSP/Fiocruz

Colaboração

Bruno Luz de Azevedo Costa - CRF/RJ
D'Stefano Marcondes de Lima e Silva - COSEMS/RJ
Dilian Duarte Jorge Hill - COSEMS/RJ
Elizabeth Zagni Schmied Gonzaga - CRF/RJ
Elvira de Mello Cornélio - CRF/RJ
Jonatas Meireles da Silva - CRF/RJ
Juciana Barbosa de Queiroz Batalha - CRF/RJ
Kelly Alessandra Segabinazzi - NAF/ENSP/Fiocruz
Marcela de Souza Caldas - COSEMS/RJ
Marcelo da Silva Albertine - CRF/RJ
Maria de Fátima Brito de Resende - COSEMS/RJ
Raphael Gonçalves de Souza - CRF/RJ
Renan Oliveira Carvalho da Fonseca - CRF/RJ
Solange Isabel das Graças Cirico Costa - COSEMS/RJ
Suely Gomes Osorio - COSEMS/RJ
Thiago Lopes das Dores - CRF/RJ
Victor Hugo Nicácio Alves - CRF/RJ

Diretoria do CRF/RJ (2020/2021)

Tania Maria Lemos Mouço - Presidente
Silvania Maria Carlos França - Vice-presidente
Carla Patricia de Moraes e Coura - Tesoureira
Ricardo Lahora Soares - Secretário-Geral

Os membros do GTAFSUS agradecem as Diretorias do CRF/RJ e do COSEMS/RJ pelo apoio recebido nessa jornada que consideramos ter sido prazerosa, principalmente pelo carinho dedicado pelos nossos anfitriões dos municípios sedes de cada Seminário e dos participantes que muito nos ensinaram e contribuíram com propostas e encaminhamentos.

Rio de Janeiro, Junho de 2019