

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
GESTÃO ESTRATÉGICA EM POLÍTICAS PÚBLICAS

DIVINO DONIZETI NOGUEIRA
FRANCISCO IELANO VASCONCELOS MESQUITA
IGOR PINHEIRO GUEDES
MARIZE GIRÃO DOS SANTOS

PROBLEMA:

PRECARIEDADE DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO
BÁSICA PELA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO CEARÁ

ATOR QUE DECLARA O PROBLEMA:

GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Comissão Avaliadora
como exigência parcial para obtenção
do certificado de conclusão do curso de
Especialização em Gestão Estratégica
em Políticas Públicas, pela
Universidade Estadual de Campinas.

Monitora: TEREZA DANTAS

Fortaleza
2017

Sumário

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
4. FLUXOGRAMA.....	21
5. COMENTÁRIOS ANALÍTICO-CONCEITUAIS SOBRE OS NÓS EXPLICATIVOS.....	22
6. ÁRVORE DO PROBLEMA	28
7. PLANO DE AÇÃO	32
8. ANÁLISE DE ATORES.....	38
9. ANÁLISE DE RISCOS E FRAGILIDADES.....	44
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

1. INTRODUÇÃO

A saúde, conforme compreensão universal é um direito natural de toda pessoa não estando condicionada a idade, sexo, raça, nível socioeconômico ou restrições de qualquer espécie. Além disso, a saúde de uma coletividade é componente importante do seu desenvolvimento, portanto, proporcioná-la e preservá-la é responsabilidade política, ética e humanitária para os países e seus governos (Venturini, 1984).

No Brasil, a saúde como direito de todos e dever do Estado, está garantida na Constituição Federal de 1988 e traduz um ganho significativo conquistado pela população brasileira. Não obstante os avanços, muito há ainda a ser implementado para que ocorra a necessária melhoria no perfil de saúde da população.

A saúde de uma população não depende apenas dos serviços de saúde e do uso dos medicamentos. Entretanto, é inegável sua contribuição e a importância do medicamento no cuidado à saúde. Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos (CONASS, 2007).

Sendo o medicamento um instrumento crítico no diagnóstico, prevenção, cura das doenças ou alívio dos seus sintomas, dificilmente outro fator isolado terá no âmbito dos serviços de saúde, maior resolutividade que o mesmo. Não será exagerado afirmar-se que, sem medicamentos, o potencial de melhoria dos indicadores de saúde da assistência médico-sanitária fica seriamente comprometido.

Esse estudo, realizado no enfoque da gestão estratégica pública, utiliza o conjunto formado pelos instrumentos metodológicos-operacionais (Metodologia de Diagnóstico de Problemas – MDP, Metodologia de Equacionamento de Problema – MEP e Metodologia de Análise de Políticas-MAP) tendo identificado na “precariedade do acesso aos medicamentos da atenção básica pela população dos municípios do Estado do Ceará” um problema que traz grande sofrimento a população usuária do SUS, não somente dos municípios cearenses, mas na ampla maioria dos municípios brasileiros, que necessita desses medicamentos para resolver seus problemas de saúde, e que demanda por uma gestão governamental que os tornem acessíveis.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Brasil tem um território de mais 8,5 milhões de quilômetros quadrados, com uma população superior aos 200 milhões de habitantes. E embora tenhamos unidade linguística, somos detentor de uma grande e salutar diversidade cultural.

É ainda marcado por grandes desigualdades econômicas e sociais e, por desequilíbrios regionais injustificáveis, uma vez que somos uma república e a 8ª economia mundial.

Somos uma jovem república, um país em desenvolvimento, que em sua história sempre alternou períodos de imposição e ditadura, com espaços de exercícios da democracia.

As políticas e as instituições de saúde exerceram um papel histórico incontestável para a formação e estabilização da ordem socioeconômica brasileira, tendo contribuído para determinar características do modelo sociopolítico brasileiro, tais como a tendência à concentração do poder e à exclusão das classes populares do circuito de decisões econômicas, políticas e culturais do País (Luz, 1991).

Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Devem ser expressas de modo a tornar públicas e claras as intenções do Governo, permitindo o acesso da população à discussão de suas propostas. Têm ainda a função de servir como orientadoras da ação do Governo, contribuindo para minorar os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializar os recursos disponíveis (Brasil, 1999).

O papel das políticas pode ser percebido e analisado ao longo dos períodos que assinalaram as principais conjunturas da história do Brasil, desde a Proclamação da República, até o restabelecimento a partir de 1982 dos direitos políticos e civis, cassados no pós-64, passando pela transição democrática na Nova República encerrada em 1990 (Luz, 1991), e mais recentemente nos Governos do Partido dos Trabalhadores, com a expansão das políticas públicas de acesso a saúde, educação, emprego e renda, moradia, mobilidade urbana, previdência social, dentre outras.

O sistema de saúde brasileiro vem sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre os diversos atores sociais em situação, de acordo com as demandas macroeconômicas e os valores hegemônicos, em cada período (Mendes, 2001).

E, foi justamente no enfrentamento ao último período de governo ditatorial, com suas políticas sociais de caráter compensatório que buscava controlar a acumulação da pobreza para não pôr em risco a acumulação de riquezas, com os problemas sociais sendo considerados “carências” que se construíram, através da mobilização social diversa, as bases para a organização do maior e mais abrangente sistema de saúde pública do planeta, o nosso SUS - Sistema Único de Saúde.

Enquanto aqui no Brasil se intensificavam os movimentos sociais de participação em saúde e a percepção social da saúde como direito de cidadania, no cenário internacional surgia a proposta de atenção primária em saúde como estratégia para resolver os problemas de saúde de maior parte da população, em contraposição ao modelo de atenção “flexneriano”, tradicionalmente adotado pelos serviços de saúde.

Em 1986 acontece em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, que, para além da sistematização das diretrizes e princípios da Reforma Sanitária, foi um evento singular nas políticas sociais do Brasil, tanto por seu caráter democrático, quanto pelos seus desdobramentos, uma vez que influenciou decisivamente em dois importantes processos concomitantemente: a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS, e a elaboração da nova Constituição Federal.

A Constituição de 1988, incorporando os princípios da Reforma Sanitária, define saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde. Assim, o SUS foi instituído a partir do SUDS, visando à implementação de um modelo de atenção à saúde pactuado pela integralidade e pela capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (Constituição Brasileira, 1988).

Com a universalização do direito à saúde prevista na Constituição de 1988, o acesso aos serviços do sistema público de saúde passou a ser possível tanto ao trabalhador de “carteira assinada” como ao “indigente”. Antes dessa inovação trazida com a CF/88, somente os trabalhadores registrados e contribuintes da previdência social, na ativa ou aposentados e seus dependentes, tinham o direito de acesso aos serviços do antigo INAMPS.

Decorridas quase 03 décadas desde a sua instituição, o SUS, por suas características próprias, permanece em construção. E apesar do avanço na implantação e estruturação dos serviços públicos de saúde, com sua ampla rede de atendimentos aos usuários espalhados por todo país, o que tem ampliado o acesso a serviços e produtos para a saúde em diferentes níveis de complexidade a todos os cidadãos e cidadãs indistintamente, o nosso SUS, apresenta ainda deficiências no cumprimento de sua missão. Por suas

deficiências, mas, sobretudo pela capacidade de democratizar os espaços de saúde é que, recorrentemente o SUS é alvo de críticas e exacerbação das deficiências nos espaços midiáticos, sobretudo na chamada “grande mídia”, sempre à serviço do capital.

Ainda que não se tenha aqui a intenção de “demonizar o papel dos meios de comunicação” não há como negar que tais meios potencializam em escala geométrica os problemas do SUS e omitem sua relevância na vida das pessoas, independente da classe social a que pertençam.

A Organização da Atenção à Saúde

Todos os países, especialmente aqueles em desenvolvimento, tem o objetivo comum de levar atenção à saúde a sua população. Essa exigência de satisfação das necessidades de saúde é não somente daqueles que são capazes de reconhecê-las, demandar serviços e financiá-los, mas, sobretudo daqueles grupos à margem, total ou parcialmente, da atenção à saúde, por barreiras culturais, geográficas, econômicas e sociológicas (Venturini, 1984). Segundo a autora, o direito à saúde, e não somente à cura de enfermidades, significa além do desenvolvimento de condições para que se alcance a saúde e o bem-estar, que se garanta sua conservação, se reconheça e atenda aos primeiros indícios de sua deterioração, se proporcione os serviços necessários para a recuperação da função prejudicada e se reabilite aqueles que sofrem as sequelas da enfermidade.

A moderna concepção de atenção primária à saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, a partir do Relatório Dawson (Lord Dawson of Penn, 1920), onde foi preconizada a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. O documento descreve as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles. Essa proposta fundamentou a regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo (Mendes, 2002).

Em outubro de 1978, em Alma Ata, hoje capital da República do Cazaquistão (ex - República Socialista Soviética), estiveram reunidas delegações de 134 países e representante da Organização das Nações Unidas e entidades não governamentais, para a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. O relatório desse importante evento traz que “os cuidados primários são os principais meios para se alcançar, em todo o mundo, um nível aceitável de saúde num futuro previsível, e que este nível de saúde

precisa fazer parte do desenvolvimento social, e estar baseado no espírito da justiça”.

A partir de Alma Ata, as ações de caráter preventivo em saúde passaram a ser a estratégia dos organismos mundiais para o alcance daquela que seria a meta dessa conferência, “Saúde para todos no ano 2000”, o que implicaria não apenas a luta pela eliminação da doença, mas a defesa da saúde em seu contexto social e economicamente mais amplo, ciente do que ela pode proporcionar ao desenvolvimento do país. Isto requer empenho político e social a fim de eliminar toda discriminação na defesa da saúde dos cidadãos, e ações dos gestores para proteger a população dos perigos que afetam a saúde, contra os quais os indivíduos sozinhos não têm defesa.

Entendem-se como cuidados primários de saúde: a educação em saúde; a promoção do suplemento alimentar e nutrição adequadas; a provisão de água de boa qualidade e saneamento básico; saúde materno-infantil incluindo o planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento adequado de doenças e lesões comuns, e ainda a promoção de saúde mental e provisionamento de medicamentos essenciais (UNICEF, 1978).

Esse nível básico de atenção – os cuidados primários – funciona como filtro entre a população geral e a atenção de saúde especializada (OMS, 2001).

A atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é compreendida como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (Mendes, 2001).

No nível da prevenção primária, evita-se que a doença ocorra. Na atenção secundária, a ação curativa também se reveste de aspectos profiláticos, através do diagnóstico precoce. Na prevenção terciária, na limitação do dano e na reabilitação, ainda se percebem ações curativas com características preventivas, evitando-se assim, danos maiores.

O SUS como espaço de saúde

A concepção do processo saúde-doença tem evoluído de uma maior vinculação com a doença e a morte (concepção negativa) até uma concepção mais ligada à qualidade de vida de uma população (concepção positiva). Evoluímos de um sistema que buscava curar a doença, para um sistema que

põe a saúde como centro. A saúde tende a se tornar projeto de vida (Bresciani, 2000).

No modelo de atenção “flexneriano”, tradicionalmente adotado pelos serviços de saúde, esta é entendida como ausência de doença, e a organização dos serviços objetiva disponibilizar à população, serviços preventivos e curativos – reabilitadores acessíveis, sendo um modelo de atenção centrado na doença, na atenção médica especializada, baseado em tecnologias de alto custo, e, portanto extremamente excludente vez que não é capaz de garantir os cuidados básicos de saúde à uma grande parcela da população.

Durante séculos a saúde foi um bem a ser adquirido, e não um direito a ser exercido. O acesso à saúde restringia-se àqueles que podiam pagar pelos serviços e insumos, por serem detentores de maior poder aquisitivo. A maioria da população ficava à margem desses serviços e insumos.

A mudança dessa percepção fez com que ao longo do tempo fosse sendo fermentando e incorporando no seio da sociedade, a visão da saúde como um direito fundamental de todos e, por isso, exige para a organização e distribuição dos seus serviços e acesso aos insumos, uma ação coesa e sistemática do Estado.

Assim é que o SUS deve ser entendido, *a priori*, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional Constituinte, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado” (Teixeira, 2011).

O conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos (administração direta, indireta e fundações) e, complementarmente, pela iniciativa privada, conveniada ou contratada, bem como das ações e órgãos de gestão (Lei Federal nº 8080/90) formam o SUS.

O SUS assume e consagra os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, para garantir o acesso universal da população a bens e serviços que assegurem sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Tais princípios representam ideais a serem alcançados, indicando, portanto, as características do sistema que se pretende construir e os caminhos para sua construção.

A estes princípios finalísticos que conformam a natureza do sistema, somam-se os princípios organizacionais/estratégicos, que dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais do SUS, quais sejam: a descentralização político-administrativa com ênfase na gerência da saúde pelos municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB

Conforme o Ministério da Saúde,

“A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo... A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades... e, é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas... (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.).

O desenvolvimento e funcionamento da Atenção Básica trazem consigo o diferencial importante da gestão democrática e participativa, e do exercício das práticas de cuidado das equipes com foco nas populações de territórios definidos, com as quais se comprometem e, assumem a responsabilidade sanitária, respeitando as dinâmicas existentes nesses territórios, habitat dessas populações. Para tanto utiliza-se de:

Tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas... a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Ministério da Saúde, 2012).

Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é entendida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de

expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Tem previsão do estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, havendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php).

Em 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Os NASFs estão atualmente regulamentados pela [Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011](#), e configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)

Um dos principais gargalos dos serviços de saúde na atenção básica sempre foi a insuficiência/inexistência de médicos para atender a população na

periferia dos grandes centros urbanos e, em especial, nos municípios mais distantes desses centros. Esse empecilho foi superado com a instituição do Programa “Mais Médicos”, no Governo da Presidenta Dilma Rousseff, garantindo. O acesso regular aos serviços médicos na atenção básica, mais especificamente na estratégia saúde da família, a que boa parte da população usuária do SUS.

Há que se mencionar ainda, que em se tratando da atenção básica ou primária, não se pode fugir da discussão acerca da disputa dentro da agenda decisória do país pela ampliação do seu financiamento.

A discussão está quase sempre centrada no “mantra” da insuficiência de recursos financeiros para o financiamento da saúde, causa apontada pelos gestores como sendo a maior responsável pela ineficiência do SUS, e pelos problemas em todos os seus níveis de complexidade.

Contudo, faz-se necessária uma profunda reflexão sobre o modo como tem acontecido a gestão pública, e a forma como têm sido utilizados os seus recursos – sejam humanos, orçamentários, financeiros, etc.

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde

A Emenda Constitucional n. 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo.

Para efeito da aplicação dessa Emenda Constitucional, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n. 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios: sejam destinadas às ações e aos serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

O Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994, posteriormente às Normas Operacionais 01/91 e 01/92 do SUS, estabeleceram as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS.

A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento. São seis os Blocos de Financiamento:

- 1 - Atenção Básica;
- 2 - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- 3 - Vigilância em Saúde;
- 4 - **Assistência Farmacêutica**;
- 5 - Gestão do SUS;
- 6 - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

Assistência Farmacêutica

A sanha capitalista pelo lucro e acumulação, hegemônicas em nossa sociedade, onde permanece viva a cultura da saúde curativa, faz com que o medicamento siga ocupando papel de grande relevância nas ações e serviços de saúde, bem como no imaginário da população.

O consumo de medicamentos pode ser visto como um problema de saúde pública *per si* e não enquanto uma "disfunção social", mas, ao contrário, como uma função mesmo, ou seja, como uma expressão social da hegemonia da mercadoria nas sociedades industriais contemporâneas. Trabalhando com a questão do consumo de medicamentos, o autor descortina a mecânica do funcionamento destes como "símbolos de saúde e, através deles, a mecânica dos processos plurais e conflituosos de produção do próprio sentido de saúde". Assim, através de uma análise das maneiras pelas quais a saúde vem sendo historicamente expropriada de sua condição de "premissa existencial", para ser apenas recuperada, e recuperável, em um mercado de bens de consumo. Vinculada a mecanismos estruturais de ampliação e generalização do "mercado", a saúde se transforma em algo a ser obtido pelo consumo de substâncias e ações "saudáveis", deixando de ser uma característica e um direito, para tornar-se "objeto de consumo". É neste quadro que o medicamento se apresenta como uma das materializações ou símbolos (poderosos) da saúde "biologizada" a ser consumida. Para o autor, o entendimento da

problemática ligada ao consumo de medicamentos teria muito a ganhar se pudéssemos manter clareza quanto ao fato do medicamento perfazer não uma, mas pelo menos três funções articuladas: ao mesmo tempo em que cura e previne (função quimioterápica), o medicamento representa e simboliza (função simbólica) e, simultaneamente, aliena e domina (função social e psicossocial) (Rosemberg apud Lefrève, 1992).

A assistência farmacêutica no contexto do SUS se constitui em um elemento estratégico fundamental para a efetiva implementação das ações, na perspectiva de promover a melhoria da assistência à saúde, de modo a permitir que os princípios e diretrizes do SUS de equidade, universalidade e resolutividade, sejam respeitados (Portaria MS nº 3916/98).

Desde meados da década de 1970, a Organização Mundial de Saúde apontava a necessidade de que os países adotassem políticas farmacêuticas que assegurassem a obtenção de medicamentos, particularmente para as populações menos favorecidas, bem como o seu uso racional (Sobravime, 2001). Uma política de medicamentos é indispensável para orientar e estabelecer os objetivos e estratégias dirigidas para modificar ou melhorar a situação no campo farmacêutico. Ela deve estar inserida em uma política de saúde que busque o bem-estar para todas as pessoas, e, portanto, deve pôr os interesses da saúde pública acima de quaisquer outros interesses.

Com a regulamentação da Constituição Federal em 1990, a Assistência Farmacêutica foi incluída como parte da assistência terapêutica integral, que deve ser dirigida aos usuários do SUS.

No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos – PNM, parte essencial da Política Nacional de Saúde foi aprovada em 1998, tendo como propósitos garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (Portaria MS 3916/98).

Dentre as diretrizes prioritárias da PNM destacamos a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME e a reorientação da Assistência Farmacêutica.

As experiências nacionais e internacionais têm mostrado que a garantia da disponibilidade de medicamentos e seu uso racional na rede de serviços de saúde depende da execução competente e oportuna de um conjunto de atividades inter-relacionadas, que constitui a Assistência Farmacêutica (Ceará, DEASF, 1995).

Segundo o Ministério da Saúde, Assistência Farmacêutica é:

“o grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade envolvendo o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação de sua utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” (Portaria MS 3916/98 – Política Nacional de Medicamentos).

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA/CE, numa proposta conceitual define Assistência Farmacêutica como sendo:

“o conjunto de ações inter-relacionadas, com caráter técnico e científico fundamentada em critérios de equidade, qualidade, efetividade, tendo como suporte o medicamento para as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, focalizando as necessidades do paciente e da comunidade em prol da saúde e melhor qualidade de vida”.

À Assistência Farmacêutica corresponde as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle de qualidade e utilização, nesta compreendida a análise da prescrição e dispensação, além dos estudos de farmacoeconomia, os quais devem favorecer a permanente disponibilidade dos produtos, segundo as necessidades da população, identificados com base em critérios epidemiológicos (Ceará, 2002).

A reorientação da Assistência Farmacêutica, importante diretriz da Política Nacional de Medicamentos, foi implementada a partir da criação do Incentivo à Assistência Básica – por meio das Portarias GM/MS 176/99 e 956/00. Tais Portarias condicionaram a transferência de recursos federais para o custeio da assistência farmacêutica a contrapartida dos Estados e Municípios, e a elaboração de um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, que atenda ao quadro de doenças prevalentes no âmbito regional.

O funcionamento e a operacionalização da Assistência Farmacêutica devem ser estruturados através de etapas sequenciadas e interdependentes e, que tem como ponto de partida a Seleção dos Medicamentos, a qual relacionou a seguir:

1ª Etapa – Seleção dos Medicamentos e Insumos;

2ª Etapa – Programação; estimativa de consumo;

3ª Etapa – Financiamento e Aquisição; Qualificação dos Fornecedores;

4ª Etapa – Armazenamento/Estocagem para distribuição;

5ª Etapa – Transporte para Distribuição;

6ª Etapa – Prescrição/ Necessidade Sanitária;

7ª Etapa – Dispensação ao Paciente e Cuidados Farmacêutico;

8ª Etapa – Uso pelo Paciente: e,

9ª Etapa – Avaliação dos resultados: Farmacoepidemiologia, Vigilância e Efetividade Clínica.

Por serem etapas inter-relacionadas, a execução inapropriada de apenas uma delas influencia nas demais, comprometendo assim toda a cadeia da Assistência Farmacêutica, e a prestação efetiva dos serviços que visam assegurar o acesso e o uso correto dos medicamentos pelos usuários do SUS.

Também é importante que sejam consideradas as interfaces entre as distintas esferas de governo, visto que sem a articulação afinada e criteriosamente respeitada pelos entes federados, dificilmente se conseguirá dar as respostas necessárias às demandas recebidas.

A Portaria MS Nº 1.555, de 30 de Julho de 2013, dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Conforme essa norma, a União participa com o valor per capita/ano de R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos), oriundos do orçamento do Ministério da Saúde para financiar a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que serão transferidos a cada um dos entes federativos beneficiários em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual a eles devido. Os Estados e Municípios entram com a contrapartida de no mínimo R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) per capita/ano. Os repasses dos recursos são feitos “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; e do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

À União, cabe também o papel de fiscalizar a produção de medicamentos em todo o território nacional, bem como regular o mercado e

estabelecer critérios para definição e ajuste de preços dos medicamentos, por meio do Sistema Nacional da Vigilância Sanitária e sua agência reguladora, a Anvisa.

Quanto aos Estados, a retromencionada portaria traz em seu artigo 11, que as Secretarias de Saúde dos Estados, além de participarem do financiamento, podem apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, pactuando com os Municípios nas respectivas Comissões Intergestores Bipartites – CIB, a aquisição de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual de saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por Consórcios de Saúde. E ainda, que “na hipótese de utilização de Atas Estaduais de Registro de Preços, o edital elaborado para o processo licitatório disporá sobre a possibilidade de sua utilização pelos Municípios”.

Tal norma prevê ainda que as Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios poderão, anualmente, utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros, definidos nos termos dos incisos II, III e § 1º do art. 3º, para **atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS no Distrito Federal e nos Municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica** e à realização de **atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde**, obedecida a [Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964](#), e as leis orçamentárias vigentes, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.

A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se, as plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS; e, matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS.

Finalizando, fazemos aqui uma necessária distinção entre Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica, dada a frequente confusão entre esses

termos: a Assistência Farmacêutica tem como objeto o acesso e o uso racional do medicamento; já na Atenção Farmacêutica o objeto é o cuidado diretamente dirigido ao paciente. Pode-se dizer que Assistência Farmacêutica é uma ação de gestão da área meio, para assegurar o acesso do paciente ao medicamento, enquanto, a Atenção Farmacêutica é uma ação finalística para garantir que o paciente tenha o uso do medicamento orientado e assistido por um farmacêutico.

3. APRESENTAÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

“Precariedade do Acesso aos Medicamentos da Atenção Básica pela População dos Municípios do Estado do Ceará”

O Estado do Ceará, cuja capital é Fortaleza, está situado no norte da Região Nordeste do Brasil, com área de 146.348 km² e população de 8,963.663 milhões de habitantes (estimativa 2016 – IBGE). Possui 184 municípios. Seu produto interno bruto - PIB foi de R\$ 126,054 bilhões (em 2014), e a renda per capita de R\$ 14.255 (em 2014). Tem Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,682 - médio (em 2010). Suas principais atividades econômicas são: agricultura, pecuária, comércio, indústria, turismo e mineração. A taxa de Mortalidade Infantil (antes de completar 1 ano) é de 19,7 por mil (em 2010). Seu índice de Analfabetismo é de 17,2% (2010), e a expectativa de vida (anos) é de 73,6 anos (em 2015).

Compra Centralizada de Medicamentos do Componente Básico de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, pela SESA-CE

A reorientação da Assistência Farmacêutica descentralizou as ações da AF, impondo grandes desafios aos Estados e Municípios, dentre os quais, a aquisição descentralizada de medicamentos, que se consolidou com a implantação do Incentivo à AF Básica.

Buscando assegurar a máxima eficiência aos recursos financeiros alocados para o custeio do componente básico da Assistência Farmacêutica, o Estado do Ceará realizou ainda no ano de 1999, de maneira criativa e inovadora, a pactuação com seus municípios com o propósito de realizar a compra centralizada de medicamentos do elenco da atenção básica.

Com essa pactuação, fez-se possível a cooperação técnica com todos os municípios do Estado do Ceará, com vistas também a aquisição em grandes quantidades, dos medicamentos constantes no elenco da Assistência Farmacêutica Básica, imprimindo o ganho em escala.

alguns ajustes de gestão, para superar os gargalos existentes que, ainda, tem penalizado a população usuária desse importante serviço executado pelos Municípios.

A aquisição centralizada de medicamentos da assistência farmacêutica básica realizada pelo Governo do Estado do Ceará tem se mostrado uma valorosa iniciativa que, entretanto, necessita de ajustes de gestão, para superar os gargalos existentes, e com isso ser eficaz na promoção do acesso aos medicamentos pela população que deles necessitam, uma vez que nos últimos anos, a SESA-CE não tem sido exitosa na aquisição da maioria dos medicamentos do elenco da AF Básica.

Com isso, os municípios não conseguem prover o acesso àqueles medicamentos que não foram adquiridos, ensejando a “Precariedade do Acesso aos Medicamentos da Atenção Básica pela População dos Municípios do Estado do Ceará”. Ademais, é sobre os gestores municipais que recaem as demandas e as principais críticas se o atendimento não trouxer a satisfação do usuário do SUS.

A Precariedade do Acesso aos Medicamentos da Atenção Básica pela População dos Municípios do Estado do Ceará, não é um problema exclusivo do Ceará, uma vez que ele ocorre na imensa maioria dos municípios brasileiros.

O interesse do presente trabalho em discutir o problema com foco nos Municípios do Ceará, dá-se em razão deste Estado adotar um programa de aquisição centralizada de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica, a partir da pactuação com os municípios que manifestarem sua concordância, mediante sua adesão a mesma.

O Termo de Adesão à Pactuação Integrada pressupõe que o município deve anuir com a transferência para o Fundo Estadual da Saúde, daqueles recursos oriundos da esfera federal para o financiamento da assistência farmacêutica básica, bem como dos recursos da correspondente contrapartida municipal.

Com base na programação anual de medicamentos da atenção básica elaborada pela assistência farmacêutica de cada município, a Coordenadoria da Assistência Farmacêutica consolida a demanda do Estado.

Atualmente, dos 184 municípios cearenses, somente a Capital Fortaleza, e o Município de Sobral, não repassam os valores da sua contrapartida municipal para a aquisição centralizada. Entretanto, participam desta na medida do recurso que lhe é devido pelo Estado, como contrapartida estadual para o financiamento da Assistência Farmacêutica Básica, conforme a Portaria MS 1.555/13.

O estudo, realizado no enfoque da gestão estratégica pública, utiliza o conjunto formado pelos instrumentos metodológico-operacionais (Metodologia de Diagnóstico de Problemas – MDP, Metodologia de Equacionamento de Problema – MEP e Metodologia de Análise de Políticas-MAP) tendo identificado a “precariedade do acesso aos medicamentos da atenção básica pela população dos municípios do Estado do Ceará” como um problema que traz grande sofrimento a população não somente dos municípios cearenses, mas que se faz presente na realidade da ampla maioria dos municípios brasileiros, que necessita desses medicamentos para resolver seus problemas de saúde, e que demanda por uma gestão governamental que os tornem acessíveis.

A par disso, é que desenvolvemos no presente trabalho de conclusão do Curso – TCC, um Fluxograma constituído de 23 (vinte e três) Nós Explicativos, distribuídos em 02 (duas) Cadeias Causais, com 03 (três) Nós Estratégicos, que se pretende a resumir o conjunto das causas que têm dificultado o acesso da população cearense aos medicamentos da Atenção Básica.

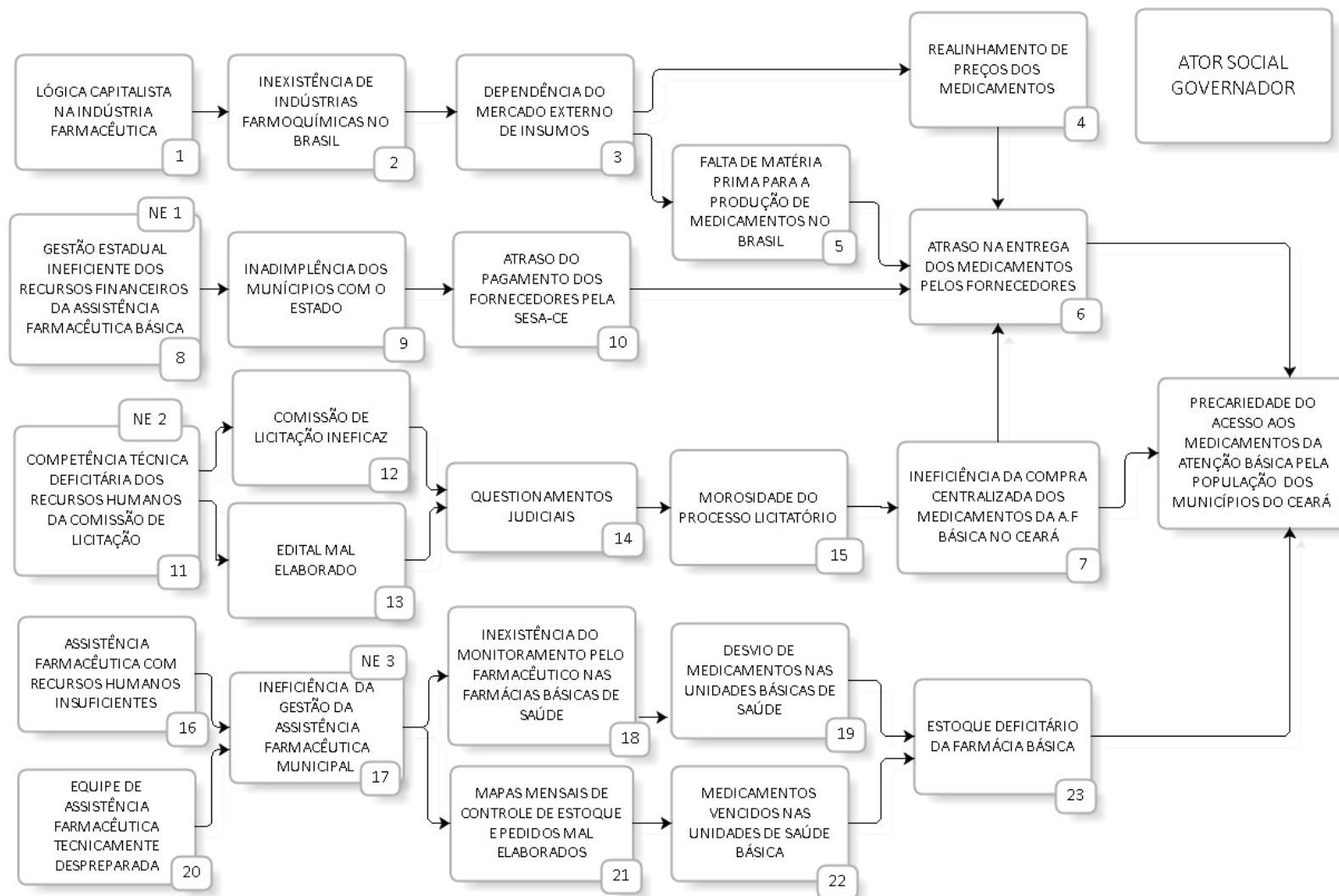
Mesmo reconhecendo como importante e válido o sistema de compra centralizada dos medicamentos da atenção básica, realizado pelo Governo do Ceará, em uma pactuação, através de convênios dos Municípios com o Governo do Estado, em nossa percepção, este sistema precisa passar por uma série de mudanças que acarretem sua melhoria e seu sentido universal.

Conforme nosso entendimento, no problema que apresentamos, há 03 (três) Nós Estratégicos que sendo resolvidos pelo Gestor Estadual, impactará positivamente na eficiência e resolutividade do sistema de saúde e na melhoria das condições de vida e de saúde da população.

O primeiro deles é a Gestão Estadual Ineficiente dos Recursos Financeiros da Assistência Farmacêutica Básica, que uma vez solucionado, imprimirá a devida celeridade na aquisição dos medicamentos; o segundo é a Competência Técnica Deficitária dos Recursos Humanos da Comissão de Licitação que, certamente, em sendo melhor equipada com recursos humanos qualificados e, os recursos materiais e tecnológicos necessários, terá mais efetividade; e, o terceiro é a Ineficiência da Gestão da Assistência Farmacêutica Municipal, a qual poderá ser melhor resolvida com o apoio

técnico do Estado aos Municípios, através da cessão e qualificação de pessoal e, ainda, reforçando a exigência de garantias de boa prestação do serviço na pactuação do Programa de Compras Centralizadas.

4. FLUXOGRAMA



5. COMENTÁRIOS ANALÍTICO-CONCEITUAIS SOBRE OS NÓS EXPLICATIVOS.

A seleção dos Nós Explicativos e o desenvolvimento de suas cadeias causais se deram a partir da análise do problema de gestão concebido, cuja complexidade tem gênese no Estado herdado, na conjuntura de país capitalista periférico, que sofre a influência direta do capitalismo no seu arranjo mais perverso - o neoliberalismo.

Essa tríade que denota nossa conjuntura, também explica a situação da gestão pública brasileira e representa o nosso ponto de partida para explicar a problemática da precariedade de acesso aos medicamentos da atenção básica nos municípios do Ceará, num sistema de saúde possui o ideal da universalidade do acesso e a integralidade da atenção, mas que enfrenta grandes obstáculos que dificultam ou impedem a prestação dos serviços de saúde com eficiência e eficácia.

A escolha da temática para esse trabalho de conclusão de curso ocorreu por ele se constituir em um problema de gestão pública de quase todos os municípios brasileiros. A ineficiência na execução das políticas sociais voltadas a promoção do uso correto dos medicamentos na atenção básica, tende a afetar principalmente as classes com menor poder de compra, e que por esse motivo dependem exclusivamente do SUS para ter acesso a serviços e produtos para a saúde.

Estudos apontam que o acesso a medicamentos básicos no Brasil é precário e identificam as condicionantes desse problema - praticamente menos da metade das pessoas com a prescrição médica consegue os medicamentos dos quais necessitam. Algumas desses condicionantes estão diretamente ligadas aos Índices de Desenvolvimento Humano – IDH, como escolaridade e concentração de renda. Os resultados desses estudos reforçam a necessidade de políticas públicas que diminuam as desigualdades no acesso a medicamentos no País. O próprio acesso aos medicamentos é reconhecido pela Organização das Nações Unidas como um dos indicadores que garantem o acesso à saúde, no mundo estima-se que uma a cada três pessoas não dispõe de acesso a esses insumos (Boing AC et al, 2013).

Ademais, uma vez que a resolatividade da maioria dos problemas de saúde - sejam elas patologias preveníveis, curáveis ou aquelas cujos sintomas são controláveis, é diretamente dependente do uso de medicamentos, a precariedade do acesso a estes, inexoravelmente afetará a qualidade de vida dos usuários, incorrendo no agravamento da sua situação de saúde, no acometimento de doenças evitáveis e no surgimento de novas demandas por serviços e produtos de maior nível de complexidade, afetando a credibilidade e os custos do sistema de saúde como um todo.

É nessa conjuntura, que também se encaixa no rol das contrariedades que é estabelecida pelo sistema capitalista, no qual se percebe a influência direta desse sistema dentro da problemática apontada nesse trabalho, ou seja, não se pode deixar de evidenciar que dentro dessa conjuntura há a existência do capitalismo e sua “globalização como perversidade” - da qual nos fala Milton Santos - agindo diretamente na gestão pública, fazendo girar seu ciclo.

5.1 - ANÁLISE DOS NÓS ESTRATÉGICOS

4.2.1 NE - 01- GESTÃO ESTADUAL INEFICIENTE DOS RECURSOS FINANCEIROS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

A aquisição de medicamentos é das principais atividades da Gestão da Assistência Farmacêutica, estando diretamente vinculada às ofertas de serviços e à cobertura assistencial dos programas de saúde. Para que ocorra de forma eficiente, deve-se levar em conta **o que comprar** (ação realizada na etapa de seleção dos medicamentos), **quando e quanto comprar** (ações que são desenvolvidas na etapa da programação); e **como comprar**.

A programação tem como principal objetivo definir os quantitativos dos medicamentos selecionados que devem ser adquiridos, priorizando-os e compatibilizando-os com os recursos disponíveis a fim de evitar a descontinuidade do abastecimento. A estimativa das necessidades programadas deve avaliar a situação local de saúde; o nível de acesso dos usuários aos medicamentos; o perfil de doenças da população; as metas de cobertura e oferta de serviços e a disponibilidade orçamentária e financeira (Brasil, 2006).

Entretanto, ainda que as etapas de seleção e programação tenham sido tecnicamente bem elaboradas, e o elenco dos medicamentos com seus quantitativos devidamente encaminhados para providências de licitação com a antecedência necessária, nesse ponto se exaure a governabilidade dos gestores da Assistência Farmacêutica Estadual, os quais no problema que se apresenta são os responsáveis por tais ações.

Entram, agora, em cena os gestores das áreas administrativa, orçamentária e financeira do governo. São esses os gestores que definirão pela liberação do orçamento, pela autorização para a realização da licitação, pela autorização para a aquisição (empenho) e o pagamento das empresas fornecedoras.

Essas são as fases que impõem maior morosidade ao processo e que são determinantes para a precariedade do acesso aos medicamentos da atenção básica nos Municípios do Estado do Ceará.

Em uma gestão eficiente o resultado esperado seria o esforço integrado de todos os envolvidos na mesma, para que as etapas que influenciam diretamente no abastecimento dos medicamentos - já previamente selecionados e programados pela área técnica - acontecessem com a devida celeridade que requer a aquisição de itens que impactam tão diretamente na saúde e na vida das pessoas.

Contudo, não é o que ocorre. O que se observa é a demora na liberação do orçamento para a realização dos processos licitatórios, problemas nas licitações, morosidade para o empenho dos pedidos e atraso nos pagamentos dos fornecedores, o que acontece com grande frequência. A reiteração no atraso do pagamento de fornecedores pela SESA-CE levando a que estes suspendam o fornecimento dos medicamentos, e atrelem a entrega dos pedidos pendentes ao pagamento das faturas em aberto, gera recorrentes falhas no fornecimento e situações de desabastecimento dos medicamentos da atenção básica nas unidades de saúde dos municípios.

Quanto ao custeio da assistência farmacêutica básica, pode-se afirmar que estaria praticamente assegurado se todos os entes envolvidos cumprissem tempestivamente o repasse das suas contrapartidas conforme a pactuação realizada. No que se refere à contrapartida federal pode-se aferir que há uma maior regularidade. Já no tocante às contrapartidas municipais, eram recorrentes os atrasos nos repasse para o Fundo Estadual da Saúde, o que enseja a suspensão na distribuição dos medicamentos das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAFs) da COASF/SESA-CE aos municípios.

Assim, mesmo àqueles medicamentos já adquiridos pela SESA-CE conforme a programação pactuada, e que se encontravam armazenados em suas CAFs, só eram disponibilizados para distribuição aos municípios que estivessem adimplentes com suas contrapartidas da AF básica.

Disso resulta que ao se aproximar a data do término da vigência da pactuação, e sem que a SESA-CE tivesse realizado a aquisição do elenco pactuado, ou pelo menos da maioria dele, os municípios eram convocados a refazer a pactuação com os itens que o Estado dispunha em suas CAFs, ainda que esses não correspondessem às reais demandas do município, tudo com vistas a encerrar a pactuação daquele exercício.

Mais grave ainda, são as situações nas quais medicamentos são distribuídos aos municípios com seus prazos de validade já próximos da

expiração. Com isso, o município acaba sendo duplamente penalizado, por se depararem com medicamentos vencidos em seus estoques, e terem que arcar com os custos de sua incineração, além do risco de sofrerem denúncias por malversação de recursos públicos.

Ao final, o maior prejudicado por toda essa ineficiência dos recursos aqui relatada, é o usuário do SUS, que vê desrespeitado o seu direito fundamental à saúde.

5.2.2 NE-02- COMPETÊNCIA TÉCNICA DEFICITÁRIA DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO ESTADUAL.

A licitação é um conjunto de procedimentos formais, uma série ordenada de atos, que devem ser registrados em processo próprio e obedecer aos princípios da legalidade, igualdade, publicidade, proibição administrativa, vinculação ao edital e do julgamento objetivo, entre outros. A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. Tais conceitos estão expressos na Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei 8.666/1993). A esses princípios devem ser acrescentados os da celeridade, oralidade, concentração dos atos e razoabilidade, decorrentes da Lei 10.520/2002 (BRASIL, 2002b) que instituiu a modalidade de licitação denominada Pregão (Brasil, 2006).

A incompetência técnica da comissão de licitação estadual é percebida como Nó Estratégico no problema ora discutido, uma vez que entendemos pela necessidade de comissões específicas para tratar das licitações relacionadas aos insumos e produtos para a saúde, tendo para com essas demandas, dedicação exclusiva e aporte técnico suplementar.

Nessa etapa, dada as especificidades dos objetos alvos dessas licitações, é comum o surgimento de questionamentos na forma de recursos administrativos ou mesmo processos judiciais, o que atrasa sobremaneira o andamento regular do processo licitatório.

O fato das comissões de licitação terem objetos abrangentes, lidando indistintamente com toda e qualquer demanda por bens, insumos e serviços do amplo espectro de atuação do Estado, faz com que não seja dada a necessária celeridade às demandas por bens, insumos e serviços para a saúde.

Nessa visão distorcida, própria do Estado herdado (Dagnino) tem-se que a licitação de um bem indispensável à manutenção ou recuperação da saúde,

com capacidade de salvar vidas, tem a mesma relevância que a licitação de um serviço de buffet, por exemplo.

Entende-se esse como um nó a ser tratado para resolução do problema final, já que o gestor estadual possui autonomia para intervenção nesse caso, determinando a criação de comissões específicas para processar as licitações cujos objetos sejam bens, insumos e serviços para a saúde, bem como promovendo sua qualificação técnica-operacional.

5.2.3 NE-03- INEFICIÊNCIA DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

A gestão da assistência farmacêutica eficiente no nível municipal se faz com gestores competentes, com recursos humanos dotados de domínio técnico para o efetivo desenvolvimento das atividades de assistência farmacêutica, bem como com uma estrutura física e operacional adequadas.

A falta de organização e estruturação dos serviços farmacêuticos estão entre as causas que interferem no processo de gestão, na onerosidade dos gastos com medicamentos e demais insumos para a saúde, e na baixa resolutividade dos serviços de saúde.

O baixo investimento em estrutura física, em recursos materiais necessários decorre, para além do “mantra” da escassez de recursos financeiros, do desconhecimento da relevância do Município dispor de uma Assistência Farmacêutica com serviços organizados, estruturados e com recursos humanos capacitados. Tal desconhecimento gera a falta da definição política pelo Gestor municipal para adotar as ações necessárias.

Com a crescente terceirização das atividades-meio tem-se convivido com a alta rotatividade nos recursos humanos, o que em áreas técnicas como essa, implica em prejuízo para o serviço, e na perda da sua capacidade de resolutividade, com impacto negativo na cobertura assistencial.

A contrário senso, sem que se proceda com a necessária organização e estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica, o eventual incremento no aporte dos recursos para aquisição de medicamentos importaria em maiores riscos e desperdícios.

Devido à complexidade do processo de compra de medicamentos no setor público, com suas exigências legais e administrativas, faz-se necessária que seja priorizada a garantia da aquisição do medicamento no momento adequado. Eventuais dificuldades na tomada de decisão demandarão um tempo muito maior que o necessário ou levarão à tomada de decisão sob pressão pela falta do medicamento – aumentam assim as chances de não “comprar bem”, em quantidades segmentadas, em regime de urgência, por

“vale”, etc. Tais problemas são comuns e frequentes no serviço público, e decorre da falta de planejamento e programação das compras, o que gera irregularidade no abastecimento e riscos de desperdícios de recursos, pois compras menores e em regime de urgência tendem a apresentar preços maiores. Com a organização do processo de compras otimizam-se os recursos, racionaliza-se o quantitativo de compras e presta-se maior atendimento.

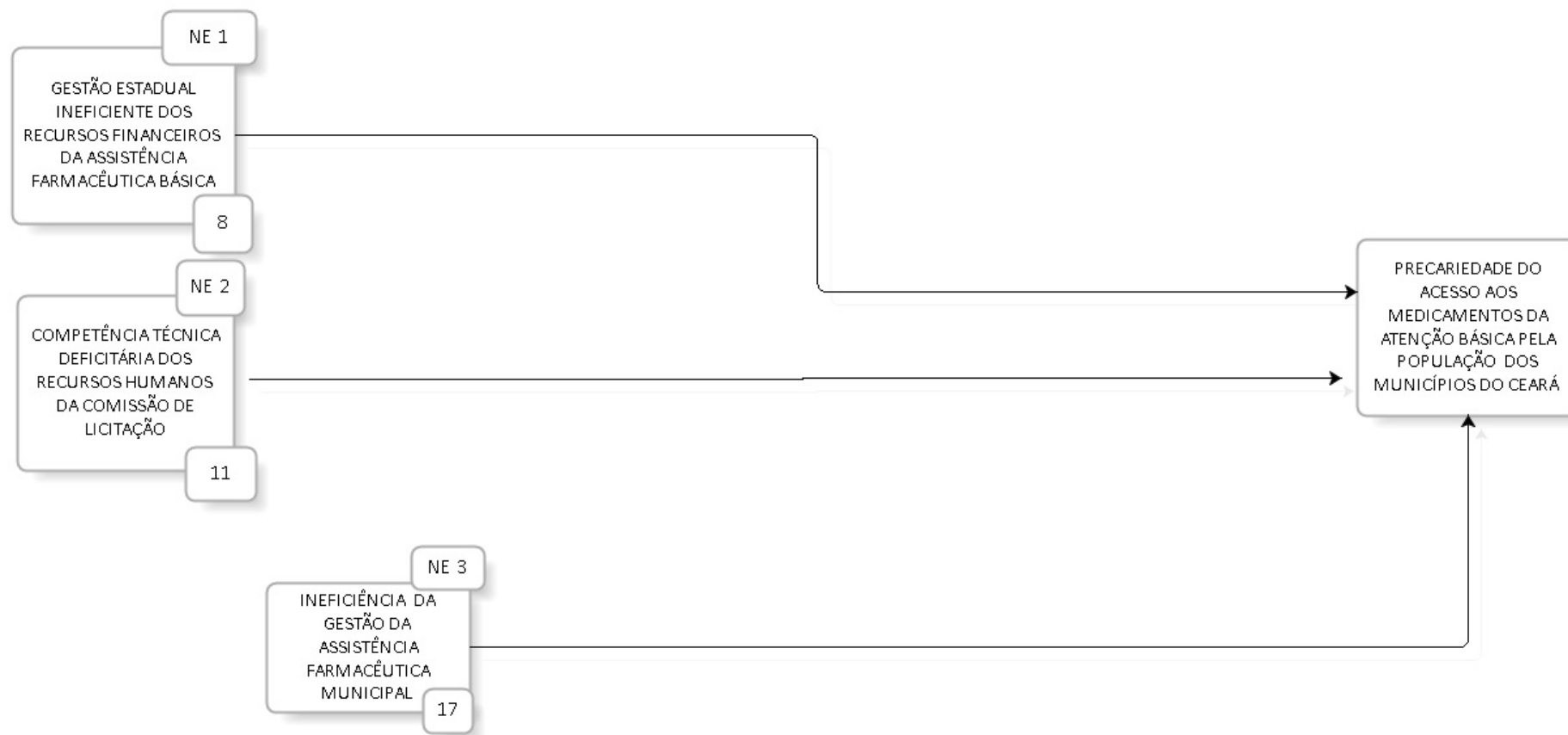
A interrupção no tratamento pela falta de medicamento, seja por cortes dos pedidos de compras ou por falta de orientação adequada ao paciente, representa prejuízos efetivos, com o agravamento da situação de saúde dos pacientes, com perda da qualidade de vida do paciente, e da credibilidade do serviço prestado.

Um serviço organizado deve dispor de sistema de controle e de informação. Sem informação, não há gerenciamento. Sem registros, em especial das demandas atendidas e não atendidas, dificilmente se conseguirá programação de medicamentos ajustada. Um sistema de informação eficiente permite evitar a falta ou o desperdício de medicamentos, garantir a regularidade no abastecimento e suprir as necessidades dos serviços de saúde. Existem várias alternativas para registrar e coletar dados de demanda, mesmo sem um programa informatizado: ficha, planilha, cópia da 2ª via da prescrição ou cadastro do paciente são recursos que possibilitam registrar as quantidades de medicamentos entregues, data da entrega, entre outras informações.

O planejamento da AF deve ultrapassar os aspectos financeiros e de distribuição (medicamentos recebidos e dispensados/distribuídos), devendo ainda avaliar o impacto dos gastos em relação à cobertura assistencial com medicamentos versus atendimento de pacientes em números absolutos e per capita; percentual de cobertura de medicamentos por grupos terapêuticos, por programas estratégicos, por especialidade ou clínica médica, e/ou enfermidades, entre muitos indicadores representativos para avaliar resultados (Brasil, 2006).

A sensibilização do gestor para a organização e estruturação dos serviços de AF, a apropriação e aplicação de conhecimentos técnicos por parte da equipe da AF, asseguram resolutividade das reais necessidades dos serviços de saúde, e a qualificação do acesso da população aos medicamentos no SUS.

6. ÁRVORE DO PROBLEMA



6.1. - PAINEL 1 - Árvore de problemas

Nó Estratégico	Ações	Resultado das ações
<p>NE 1 - GESTÃO ESTADUAL INEFICIENTE DOS RECURSOS FINANCEIROS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA</p>	<p>. A 1.1 – Dar autonomia a Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica para que possa, além de definir os medicamentos a serem pactuados na PPI, também possa fiscalizar a aplicação financeira e o processo de compras do Estado.</p> <p>A 1.2 – Criar e programar agenda estratégica de qualificação permanente dos recursos humanos envolvidos nas etapas/ações do ciclo da AF, envolvendo os níveis estadual e municipal;</p> <p>A 1.3 – Criar mecanismos com vistas a tornar transparente a execução orçamentária e financeira da AF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão estadual eficiente dos recursos financeiros da AF Básica; - Melhor aplicação dos recursos alocados para Assistência Farmacêutica Básica; - Celeridade nos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos da AF Básica; - Acesso da população aos medicamentos da AF Básica; - Regularização dos estoques e disponibilidade dos medicamentos da AF Básica para dispensação nas farmácias das unidades básicas de saúde; - Melhoria na resolutividade dos indicadores de saúde da população, com a redução dos agravos decorrentes da descontinuidade dos tratamentos medicamentosos;
<p>NE 2 - COMPETÊNCIA TÉCNICA DEFICITÁRIA DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO ESTADUAL.</p>	<p>A 2.1 – Criar comissão de licitação específica para os bens, insumos e serviços para a saúde;</p> <p>A 2.2 – Investir em recursos humanos, material e tecnológico;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comissão de licitação melhor qualificada tecnicamente e operacionalmente; - Licitações com menor nº de recursos administrativos e processos judiciais;

	<p>A 2.3 – Estabelecer como prioridade “zero” a licitação de medicamentos para a compra centralizada;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Celeridade nos processos licitatórios dos medicamentos e demais insumos para a saúde; - Abastecimento regular de medicamentos das unidades de saúde na atenção básica; - População com acesso regular e facilitado aos medicamentos da AF básica;
<p>NE 3 – INEFICIÊNCIA DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA MUNICIPAL</p>	<p>A 3.1 - Qualificar técnica e operacionalmente os gestores da Assistência Farmacêutica dos Municípios para atuarem com eficiência nas áreas de gestão de pessoal, logística e controle de estoque;</p> <p>A 3.2 – Capacitar os recursos os servidores que atuam na equipe da AF municipal e nas farmácias das unidades básicas de saúde;</p> <p>A 3.3 – Disponibilizar às AF municipais um sistema informatizado de controle de estoque, distribuição, prescrição, e dispensação de medicamentos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestores da AF eficientes na gestão de pessoal, logística controle de estoques e atendimento; - Efetividade nos serviços de dispensação de medicamentos aos usuários do SUS; - CAFs municipais estruturadas, física e operacionalmente para o controle das entradas e saídas, do estoque local, bem como do estoque nas farmácias das unidades básicas de saúde, com demonstração de ponto de ressuprimento; - Equipes de assistência farmacêutica municipal com conhecimento técnico para a realização das atividades;

	<ul style="list-style-type: none">- Interligar por sistemas “online” os dados de estoque entre as CAFs EstaduaisEstruturar as CAFs municipais almoxarifados municipais para:<ul style="list-style-type: none">- controlar eletronicamente a entrada e saída;- Interligar por sistemas “online”, as farmácias das unidades básicas de saúde (pontos de dispensação dos medicamentos aos pacientes) aos almoxarifados;- estabelecer acompanhamento e controle centralizado e diário dos estoques nos pontos de dispensação dos medicamentos, de forma que o ressurgimento destes pontos sejam automáticos;	
--	---	--

7. PLANO DE AÇÃO

PAINEL 2.1

NE 1 – GESTÃO ESTADUAL INEFICIENTE DOS RECURSOS FINANCEIROS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

Ação	Tarefas	Recursos Necessários	Prazos (meses)	Responsável
<p>A 1.1 – Dar autonomia a Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica para que possa, além de definir os medicamentos a serem pactuados na PPI, também possa fiscalizar a aplicação financeira e o processo de compras do Estado.</p>	<p>Realizar uma auditoria dentro do sistema da assistência farmacêutica básica, elaborando novos planos de distribuição e percebendo os erros dentro do programa bem como os resultados positivos.</p>	<p>Acesso livre aos documentos e processos de aquisição de medicamentos e contratos.</p> <p>Apoio de recursos humanos com competência técnica em auditoria</p>	06	Governador do Estado
<p>A 1.2 – Criar e programar agenda estratégica de qualificação permanente dos recursos humanos envolvidos nas etapas/ações do ciclo da AF, envolvendo os níveis estadual e municipal;</p>	<p>Implantar rotinas de fiscalização, avaliação e controle do programa, buscando racionalizar e dar efetividade á aplicação dos recursos financeiros, evitando ocasionar os atrasos, perda e desgastes para a gestão e a política pública.</p>	<p>Realização de Reuniões periódicas para alinhamento de responsabilidades, controle e avaliação das rotinas.</p>	06	Secretário Estadual de Saúde

<p>A 1.3 – Criar mecanismos com vistas a tornar transparente a execução orçamentária e financeira da AF.</p>	<p>Realizar prestações de contas da execução orçamentária e financeira periódica à câmara técnica de Assistência Farmacêutica.</p> <p>Produzir Relatórios sobre as movimentações de empenho e liquidação para os entes federados pactuados</p>	<p>Recursos humanos e materiais</p>	<p>06</p>	<p>Secretário de Saúde</p>
--	--	-------------------------------------	-----------	----------------------------

PAINEL 2.2

NE 2 – COMPETÊNCIA TÉCNICA DEFICITÁRIA DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO ESTADUAL.

Ação	Tarefas	Recursos Necessários	Prazos (meses)	Responsável
A 2.1 – Criar comissão de licitação específica para os bens, insumos e serviços para a saúde;	Publicar decreto de criação da comissão licitação específica para os bens, insumos e serviços para a saúde;	Recursos humanos, espaço físico, móveis e equipamentos.	03	Governador.
A 2.2 – Investir em recursos humanos, material e tecnológico;	Realizar cursos específicos e obrigatórios de qualificação técnica e gestão para toda a equipe de licitação; Adquirir novos e modernos equipamentos; Implantar o uso de novas tecnologias de gestão do setor	Orçamentários e financeiros previstos na LOA.	06	Secretário de Saúde Estadual.

<p>A 2.3 – Estabelecer como prioridade “zero” a licitação de medicamentos para a compra centralizada;</p>	<p>Publicar portaria estabelecendo nas licitações aos medicamentos</p>		<p>03</p>	<p>Governador</p>
<p>A 2.4 Dar transparência a todos os atos do processo de licitação</p>	<p>Divulgar por e nos diversos meios de comunicação disponíveis todos os atos do processo licitatório</p>	<p>Recursos financeiros provisionados no orçamento para divulgação de atos oficiais do poder Executivo</p>	<p>Antes, durante e depois do Processo. Licitatório</p>	<p>Secretário Estadual de Administração</p>

PAINEL 2.3

NE 3 – INEFICIÊNCIA DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

Ação	Tarefas	Recursos Necessários	Prazos	Responsável
A 3.1 - Qualificar os gestores da Assistência Farmacêutica dos Municípios para atuarem nas áreas de gestão de pessoal, logística e controle de estoque;	Realizar cursos em gestão de recursos humanos, logística e gestão e controle de estoques; Realizar parcerias com escolas de gestão e universidades:	Humanos com competência técnica e operacional; e, Parceiros com expertises na área de gestão da Assistência Farmacêutica.	08 meses	Secretários de Saúde Municipal.
A 3.2 – Capacitar os recursos humanos que atuam na equipe da AF municipal e nas farmácias das unidades básicas de saúde	Firmar termo cooperação técnica, com o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Universidades da área.		06	Secretários de Saúde Municipal
A 3.3 – Disponibilizar às AF municipais um sistema informatizado de controle de estoque, distribuição, prescrição, e dispensação de medicamentos. Estruturar os almoxarifados municipais para: - controlar eletronicamente a entrada e saída; - Interligar por sistemas online,	Implantar sistema de controle eletrônico das entradas e saída de medicamentos no e do almoxarifado; Promover a interligação virtual dos pontos de prescrição (consultórios médicos) e dispensação (farmácias da Assistência Farmacêutica Básica) às CAFs;	Orçamentário e financeiro. Humanos qualificados para operar de forma eficiente o sistema de controle das entradas e saídas, de interligação da prescrição e dispensação, do	12	Secretários de Saúde Municipal

<p>os pontos de prescrição e dispensação, dos medicamentos aos pacientes, aos almoxarifados;</p> <p>- estabelecer acompanhamento e controle centralizado e diário dos estoques nos pontos de dispensação dos medicamentos, de forma que o reabastecimento destes pontos sejam automáticos.</p>	<p>Realizar diariamente o acompanhamento centralizado dos estoques nos pontos de dispensação dos medicamentos; e,</p>	<p>controle de estoques e ressuprimento automático.</p>		
	<p>Reabastecer automaticamente os pontos de dispensação dos medicamentos aos pacientes,</p>		<p>06 meses</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde.</p>

8. ANÁLISE DE ATORES

PAINEL 3.1

Ação 1.1 – Dar autonomia a Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica para que possa, além de definir os medicamentos a serem pactuados na PPI, também possa fiscalizar a aplicação financeira e o processo de compras do Estado.

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Governador do Estado	Gestão do Orçamento geral do Estado; Poder discricionário;	Orçamento tem a amplitude para toda gestão, entretanto sofre alterações devido à oscilação na arrecadação; A disputa para composição agenda Decisória	Dotar técnica e operacionalmente os espaços e equipes de Gestão do Programa Compras Centralizadas; Cooperando com os Municípios na qualificação das equipes e estruturação da rede Assistência Farmacêutica; Com a priorização do setor da saúde, investido mais que o mínimo necessário;	Não priorizando a Política pública de Saúde; e Remanejando a verba para outra atividade.	Fortalecer a participação popular; Mobilizando prepositivamente a população; Destacando a importância da saúde para economia; e, Contribuir, valorizando a ação.

PAINEL 3.2

Ação 1.2 – Criar e programar agenda estratégica de qualificação permanente dos recursos humanos envolvidos nas etapas/ações do ciclo da AF, envolvendo os níveis estadual e municipal;

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Secretário Estadual de Saúde	Gestão do Orçamento Específico; Gestão de recursos humanos e técnicos	Orçamento delimitado e requer uma ampla fiscalização da aplicabilidade.	<p>Garantir que as ações planejadas sejam implementadas; e,</p> <p>Priorizar a qualificação e aparelhamento da gestão, como estratégia de superação das dificuldades, inclusive, as orçamentárias e financeiras; e,</p> <p>Garantindo a implementação da cooperação e apoio aos municípios</p>	<p>Não se empenhando e não se comprometendo com a pauta da Assistência Farmacêutica;</p> <p>Contingenciando a ação ou não priorizando essa medida.</p>	Demonstrando a importância e eficácia da ação para a gestão pública.

Ação 1.3 – Criar mecanismos com vistas a tornar transparente a execução orçamentária e financeira da AF.

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Secretário Estadual de Saúde.	Gestão do Orçamento Específico; Gestão dos procedimentos administrativos e os recursos humanos e técnicos.	Ausência de rotinas e procedimentos seguros na condução contábil dos recursos financeiros.	Implementando um conjunto de procedimentos, como relatórios e prestação de contas periódicas na câmara técnica da Assistência Farmacêutica.	Não implementando os procedimentos necessários para garantir a transparência; ou, Contingenciando a ação, não priorizando essa medida.	Demonstrar a relevância da transparência como um instrumento para evitar mal entendido e desgaste das relações entre os pactuados.

Ação A 2.1 – Criar comissão de licitação específica para os bens, insumos e serviços para a saúde;

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Governador	Poder de legislar por decreto	Pressão e disputas de poder entre aliados internos	Executando a ação com agilidade e rapidez	Não implementando a Criação da Comissão de Licitação requerida	Demonstrar que a eficiência na implementação da Assistência Farmacêutica Básica vai gerar menos despesas e melhorar o desempenho da economia local

Ação 2.2 – Investir em recursos humanos, material e tecnológico;

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Secretário de Saúde	Gestão Orçamentária, financeira e dos recursos e materiais da pasta.	Orçamento próprio limitado e queda nos repasses de recursos fundo a fundo	Movendo todos os esforços na garantia dos recursos necessários para implementar a ação.	Não implementando a Criação da Comissão de Licitação requerida	Demonstrar que a eficiência na implementação da Assistência Farmacêutica Básica vai gerar menos despesas e melhorar o desempenho da economia local

Ação 2.3 – Estabelecer como prioridade “zero” a licitação de medicamentos para a compra centralizada;

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Governador	Poder de decisão política e administrativa	Pressão das demais áreas de Governo	Realizando ação	Não estabelecendo ou procrastinando a ação	Demonstrando a necessidade e a importância da ação e que a mesma não acarretará nem um prejuízo para demais aquisições de bens e serviços

Ação 2.4 Dar transparência a todos os atos do processo de licitação;

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Secretário de Administração	A gestão dos recursos de publicação dos atos oficiais e prestação de contas do Governo	Necessidade de contenção dos gastos	Agilizando a ação com rapidez	Procrastinando a ação	Demonstrando que enquanto mais transparentes os processos licitatórios, melhores serão os resultados para o governo.

NÓ ESTRATÉGICO 3.

NE3 AÇÃO 1 - Qualificar técnica e operacionalmente os gestores da Assistência Farmacêutica dos Municípios para atuarem com eficiência nas áreas de gestão de pessoal, logística e controle de estoque;

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Secretários de Saúde Municipal	Humanos, técnicos e financeiros.	Uma grande demanda por serviços e limitação dos recursos próprios.	Priorizando a implementação da ação	Procrastinando ou não priorizando a ação	Argumentando quanto à importância da ação e a sua relevância social, política e econômica para o conjunto da sociedade.

NE3 AÇÃO 2 – Capacitar os recursos humanos que atuam na equipe da AF municipal e nas farmácias das unidades básicas de saúde;

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Secretários de Saúde Municipal	Humanos, organizacionais técnicos e financeiros.	Pouco comprometimento e baixo poder de articulação interna e externamente ao governo	Fomentando e apoiando os municípios na implementação da ação	Procrastinando as iniciativas ou não apoiando os municípios	Demonstrando que esta é uma ação que demanda muito pouco recurso financeiro, mas produzirá um impacto muito positivo para a vida dos usuários da política (policy) e com um retorno de imagem muito grande para o governo.

NE3 Ação 3 – Disponibilizar às AF municipais um sistema informatizado de controle de estoque, distribuição, prescrição, e dispensação de medicamento.

Ator	Recursos que controla	Limitações/ Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
Secretários de Saúde Municipal	Humanos, organizacionais técnicos e financeiros.	Previsão orçamentária e recursos financeiros. A pouca qualificação dos servidores para área.	Contratando um sistema com alcance para atender a demanda dessa ação. Assumindo a implantação do sistema Horus e se comprometendo com a implantação do sistema junto as município	Procrastinando as iniciativas ou não apoiando os municípios	Demonstrando que esta é uma ação de baixo custo com alto benefício para garantir a eficiência do serviço no acesso da população, eficácia no controle e controle para erário público.

9. ANÁLISE DE RISCOS E FRAGILIDADES

NE 1 - GESTÃO ESTADUAL INEFICIENTE DOS RECURSOS FINANCEIROS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

Perguntas orientadoras	Análise da equipe
Os recursos disponíveis são suficientes para realizar o projeto?	<p>O desenvolvimento desta ação não demandam grandes recursos, ela é mais dependente da tomada de decisão (dar autonomia a câmara técnica da Assistência Farmacêutica) e a mobilização de recursos já existentes para o seu encaminhamento. Ademais uma gestão criativa e eficiente e uma boa articulação dos recursos financeiros, técnicos e humanos da Secretaria Estadual de Saúde com outros setores do governo e mesmo de outras esferas públicas, os possíveis obstáculos poderão ser superados; e,</p> <p>Uma gestão transparente do Governo do estado do Ceará e, obrigatoriamente, o comprometimento de todos os entes federados envolvidos na alocação dos recursos financeiros vai viabilizar com sucesso essa ação.</p>
Qual o principal ponto fraco do projeto? E o que pode ser feito para prevenir ou corrigir?	<p>A falta de eficiência na implementação das ações definidas, o descompromisso com as metas estabelecidas acarretam a falta de efetividades na prestação dos serviços comprometendo a política pública e a eficácia no atendimento aos usuários. Mas as dificuldades poderão ser superadas com a organização de ações articuladas entre os órgãos e atores envolvidos de forma integrada na implementação da política de assistência farmacêutica.</p>

Existem aspectos técnicos, jurídicos ou políticos nas ações propostas que podem resultar em efeitos negativos?	Existem aspectos políticos, administrativos e jurídicos. Os políticos que tratam de decisões políticas (Criação da Comissão de Licitação), ações administrativas que precisam ser tomadas e agilizadas, sob pena de se não forem efetivadas ou, se forem procrastinadas, poderão gerar efeitos muito negativos e atrapalhar a eficácia da ação.
De forma geral a equipe avalia ao final que o plano de ação é viável e pode efetivamente solucionar o problema escolhido?	Sim, avaliamos que esta ação poderá resolver o gargalo da etapa aquisição dos medicamentos, mas como ela faz parte de uma engrenagem, que envolve outras etapas, das quais são interdependentes, estas também precisam ser bem resolvidas para que se possa garantir a superação do problema estudado.

NE 2 - COMPETÊNCIA TÉCNICA DEFICITÁRIA DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO ESTADUAL.

Perguntas orientadoras	Análise da equipe
Os recursos disponíveis são suficientes para realizar o projeto?	Sim, nesta ação temos a atuação direta do Governador, decidindo pela criação da Comissão de Licitação específica para os insumos, serviços e medicamentos e pela determinação de prioridade na aquisição dos medicamentos. Além da participação da Secretaria Estadual de Administração, que disponibilizará os recursos orçamentários e financeiros que viabilizará a implementação dos cursos de qualificação dos recursos humanos, da aquisição dos equipamentos e das inovações tecnológicas necessárias.

<p>Qual o principal ponto fraco do projeto? E o que pode ser feito para prevenir ou corrigir?</p>	<p>O principal ponto fraco desta ação poderá ocorrer na ausência da tomada de decisão. Porque, os gargalos desta passa por duas decisões importante como: criação da Comissão de Licitação e determinação de prioridades. Pois embora elas não demandem recursos, mas desatam nós que irão possibilitar a implementação das etapas de aquisição e distribuição dos medicamentos.</p> <p>Aqui cabe ao Secretário de Saúde e Conselho de Saúde ter competência para construírem os argumentos suficientes para o convencimento do chefe do poder executivo e ao secretário de administração da importância destas medidas para a população e a imagem do governo.</p>
<p>Existem aspectos técnicos, jurídicos ou políticos nas ações propostas que podem resultar em efeitos negativos?</p>	<p>Existem sim. Decidir por uma Comissão de Licitação específica, é uma decisão política. Realizar cursos de qualificação é uma decisão técnica e administrativa. A agilidade na tomada de decisão e a presteza na implementação da ação, afastará a possibilidade de efeitos negativos.</p>
<p>De forma geral a equipe avalia ao final que o plano de ação é viável e pode efetivamente solucionar o problema escolhido?</p>	<p>Sim, a criação da Comissão de Licitação especifica a capacitação continuada dos profissionais que atuam no setor de licitação e, a implementação das ações definidas irá assegurar agilidade na aquisição dos medicamentos, mas é necessário registrar mais importante o sucesso das demais etapas é que vai viabilizar a superação do problema.</p>

NE 3 - INEFICIÊNCIA DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

Perguntas orientadoras	Análise da equipe
Os recursos disponíveis são suficientes para realizar o projeto?	Sim. A assistência farmacêutica do Estado já dispõe de um sistema de distribuição e armazenamento gratuito, do ministério da saúde (sistema Horus), necessitando apenas do treinamento e capacitação da equipe de assistência farmacêutica do município, de modo a assegurar o uso desta ferramenta para uma gestão mais eficiente e com mais controle. Também através deste sistema se pode fornecer, por parte do Estado, consulta online do estoque estadual de medicamentos, bem como sua disponibilidade para o município.
Qual o principal ponto fraco do projeto? E o que pode ser feito para prevenir ou corrigir?	Ponto Fraco: o Horus é um sistema muito complexo que pode não funcionar em computadores com pouca capacidade de memória e processador antigo. Para prevenir, a secretaria pode adquirir computadores novos com especificações mais modernas e/ou melhorar a especificação dos computadores antigos.
Existem aspectos técnicos, jurídicos ou políticos nas ações propostas que podem resultar em efeitos negativos?	Sim. Com o maior controle na dispensação de medicamentos, obedecendo a normas e procedimentos operacionais padrão, preconizados para o uso do sistema, haverá uma mudança de paradigma onde os pacientes deverão se adequar com receitas em dia, equipes de saúde deverão estar completas e não haverá interferências externas na liberação de medicamentos, o que pode de início ocasionar um desgaste político até a população se adequar as novas normas de controle.
De forma geral a equipe avalia ao final que o plano de ação é viável e pode efetivamente solucionar o problema escolhido?	Sim, realizadas as demais etapas, uma vez que, sejam implementadas as ações estabelecidas para este nó estratégico, acreditamos que o município poderá garantir que a população passe a ter acesso facilitado aos medicamentos em todos os 184 municípios do estado do Ceará. Pois toda a extensa rede de dispensação dos medicamentos estará estruturada e contando com equipes qualificadas em gestão de pessoal, logística, controle de estoques e com acolhimento humano e respeitoso

em toda rede da Assistência Farmacêutica Básica.

A aplicação das orientações e diretrizes estabelecidas neste projeto vai gerar economia por fatores, como: a agilidade nos processos licitação compra e distribuição; e, o efetivo e rigoroso processo de controle de estoques evitará os desvios e a perda por prazos de validades vencidos e ciente dos processos corretos de dispensação e controle de medicamentos.

É preciso registrar também que o conjunto das ações do nosso projeto tem um potencial muito grande para superar “A Precariedade no Acesso aos Medicamentos pela a População dos Municípios do Ceará, uma vez, executado com eficiência em todas as etapas do programa de Assistência Farmacêutica Básica”.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estado, a sociedade civil, a política (politics), as políticas públicas (policy) e os atores sociais são conceitos chaves na análise de Políticas Públicas.

O Estado como operador e responsável por respostas às demandas vindas da sociedade civil, precisa funcionar como organizador e gestor das ações que irão resolver os problemas enfrentados pela população e administrar os conflitos existente entre os diversos atores sociais. A estas ações dá-se o nome de políticas públicas.

Dagnino (2016) Apuds (Easton,1953, p.130) considera política (*policy*) uma teia de decisões que alocam valor. Mais especificamente, Jenkins (1978, p.15) vê política como um conjunto de decisões inter-relacionadas, concernindo à seleção de metas e os meios para alcançá-las, dentro de uma situação especificada. Para Hecló (1972, p. 84-85), o conceito de política (*policy*) não é “auto evidente”. Ele sugere que uma política pode ser considerada como um curso de uma ação ou inação (ou “não ação”), mais do que decisões ou ações específicas.

Entendemos por Política Pública a proposta de resolução dos problemas trazidos pelos atores que o governo tem que implementar mediante o Estado (Dagnino, Cavalcanti, Costa, 2016).

Sobre a Análise de Políticas tem-se que:

A Análise Política pode ser considerada como um conjunto de conhecimentos (...) que busca resolver problemas concretos em políticas (policy) públicas (BARDACH, 1998) recorrendo a contribuições de uma série de disciplinas diferentes (Wildavsky 1979), que vai além das especializações existentes (Lasswell 1951), para descobrir o que os governos fazem, porque fazem e que diferença isso faz (Dye 1976) e descrever e explicar as causas e as consequências da ação do governo (HAM e HILL, 1993).

Ao procurar explicar as causas e as consequências da ação governamental, os cientistas políticos têm se concentrado nas instituições e nas estruturas de governo, só tendo há pouco se registrado um deslocamento para o enfoque comportamental (Dagnino, Cavalcanti, Costa, 2016).

Para Dagnino apud Dye (1976), a Análise de Políticas tem um papel importante na ampliação do conhecimento da ação do governo e pode ajudar os “fazedores de política” (policy markers, no original) a melhorar a qualidade das políticas públicas.

Por fim, avaliamos que o que determinará a abrangência e a qualidade da análise da política pública é a adoção de uma metodologia que seja capaz de ir além da análise da ação governamental. Em nosso Trabalho, adotamos a Metodologia da Análise Política – MAP, que em seu escopo.

“... vai além dos estudos e das decisões dos analistas, porque a política pública pode influenciar a vida de todos os afetados por problemas da esfera pública (policy) e política (politics), dado que os processos e os resultados de políticas sempre envolvem vários grupos sociais e porque as políticas públicas constituem em objeto específico e qualificado de disputa entre os diferentes agrupamentos políticos, com algum grau de interesse pelas questões que têm, no aparelho de Estado, um locus privilegiado de expressão (Dagnino, Cavalcanti, costa, 2016)”.

Quando se discute um problema relacionado às políticas públicas deve-se ter a compreensão que ele é decorrente da ação ou inação do agente público, Estado ou, ainda, da ação de atores sociais diversos, que tencionam cobrando do Estado a solução do problema ou, ainda, dos conflitos pela construção da agenda decisória.

Em nossa análise e proposta de equacionamento do problema da **“Precariedade do Acesso aos Medicamentos da Atenção Básica pela População dos Municípios do Ceará”**, a partir da aplicação da Metodologia do Diagnóstico do Problema – MDP, percebe-se já desde o diagnóstico do problema, que ele é decorrente de uma ação ineficiente de governança que tem viés nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios).

Ao estudarmos e buscarmos superar o problema da **Precariedade do Acesso aos Medicamentos da Atenção Básica pela População dos Municípios do Ceará** precisou fazer um esforço grande na capacidade de síntese e foco no problema, pois ele não está isolado e nem alheio aos demais problemas da saúde no Brasil e, talvez, não seja suplantado de forma isolada. Entendemos que a superação não se dará apenas com a adoção de novas metodologias e técnicas inovadoras de gestão e logística. Ela vai além daquilo

que o Paulo Miota denomina “triângulo do poder” (autoridade, disciplina e controle e cooperação e consensos) e além, também, da realização articulada e eficiente das interfaces de todos os setores.

Sobretudo, porque nos serviços de saúde é preciso a adoção de um jeito amoroso de gerir equipes, que tenha a capacidade de entusiasmar e encantar as pessoas a se envolverem, para fazê-las compreenderem que elas não estão lidando com apenas mais um número estatístico ou um objeto e, sim, com os sentimentos de pessoas que já trazem, do seu dia-a-dia, uma carga muito pesada de atribuições, e, que naquele momento, em que está lidando com a doença, seja sua própria ou de uma pessoa próxima, o que mais ela espera e precisa é de uma calorosa acolhida, da empatia daqueles que fazem os serviços de saúde.

As pessoas quando em situação de vulnerabilidade, esperam atenção e acolhimento, compreensão com o seu sofrimento. Faz-se necessário que todos as pessoas envolvidas no serviço, do auxiliar de serviços gerais ao médico, sejam motivados e preparados para transformar essa coisa fria e arrogante, o Estado, em um sujeito acolhedor e amoroso.

Ao tratarmos das dificuldades de acesso aos medicamentos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica pela população usuária, é sabido que de forma geral, em todo o país há um conjunto de gargalos responsáveis pela precarização deste. Entretanto, de forma equivocada e distorcida, recorrentemente os gestores públicos apontam a insuficiência de financiamento público como sendo a causa única do não acesso ou do precário acesso aos medicamentos.

Entretanto não podemos concordar com tal corriqueira justificativa, primeiro porque isso leva ao escamoteamento dos demais problemas de gestão e funciona como uma transferência de responsabilidades, resultando na prática milenar de “lavar as mãos” sobre todas as coisas, recorrente no serviço público: “ah isso não é comigo!”. Segundo, porque isso impede a capacidade de exercício criativo das pessoas, apta a ajudar na construção de saídas e soluções para um problema geral de gestão, que decorre também de outras causas, para além dos “poucos recursos financeiros”.

Por fim, mostra-se óbvio que a precariedade do acesso aos medicamentos da atenção básica, bem como aos demais serviços na atenção básica, porta de entrada do serviço público de saúde, não reside apenas no fato dos recursos não serem suficientes.

A “Precariedade do Acesso aos Medicamentos da Atenção Básica pela População dos Municípios do Ceará” está diretamente relacionada à

baixa qualidade da gestão pública, reflexo da insuficiência de recursos humanos devidamente capacitados, na ausência de qualificação técnica necessária ao bom desempenho da função, na deficiência de organização e estruturação dos serviços de assistência farmacêutica, na ausência de instrumentos de controle, monitoramento e avaliação dos serviços, e, sobretudo, na ausência de uma decisão política do Governador do Estado do Ceará em priorizar a aquisição dos medicamentos da atenção básica de forma a abastecer as farmácias da rede assistencial da atenção básica nos Municípios do Ceará, possibilitando o acesso aos medicamentos pelos usuários do SUS de forma a contribuir na ampliação da resolutividade da saúde pública, e na melhoria da qualidade de vida da população.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. OMS.
2. MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.
3. BRESCIANI, C. **Saúde: abordagem histórico-cultural**. Rev. O mundo da saúde, São Paulo, v.24, n., p.437-442, nov./dez. 2000.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. BRASIL. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e dá outras providências. Brasília, DF.
6. BRASIL. Portaria nº 1.555, de 30 de Julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF.
7. CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. **Guía para grupos de trabajo para definir la assistência farmacéutica em el sistema único de salud**. DEASF.1995.
8. CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção à Saúde. NUASF. Termo de Referência: oficina para revitalização da assistência farmacêutica microrregional. 2002. 22p.
9. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 186 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7)
10. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Geneva: Organización Mundial de la Salud;2001
11. ARRAIS, PSD. BRITO, LL. BARRETO ML, COELHO HLL. **Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil**, Cad Saúde Pública 2005; 21:1737-46.
12. PINTO, CDBS. MIRANDA, ES, EMMERICK ICM, Costa NRO, CASTRO CGSO. Preços e disponibilidade de medicamentos no programa Farmácia Popular do Brasil. Rev Saúde Pública 2010; 44:611-9.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
14. PAIM, JS. **Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS**. Saúde Soc 2006; 15:34-46.
15. GUERRA, Jr. AA, ACÚRCIO, FA. GOMES, CAP, MIRALLES M. GIRARDI, WERNECK, GAF. **Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas Regiões de Minas Gerais, Brasil**. Rev Panam Salud Pública 2004; 15:168-75.
16. BOING, AC. BERTOLDI, AD, PERES KG. **Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no sul do Brasil**. REV Saúde Pública, 2011; 45: 897-905.
17. LIMA JC, AZOURY EB, Bastos LHCV, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira SCC. **Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Saúde Debate 2002; 26:62-70.
18. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Plano municipal de assistência farmacêutica. Fortaleza: Célula de Assistência Farmacêutica, Coordenadoria de Políticas e Saúde, Secretaria Municipal de Saúde; 2003.
19. <http://www.politize.com.br/quanto-governo-investe-saude-educacao/>
20. <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-planalto/noticias/2016/09/governo-eleva-orcamento-de-2017-para-saude-e-educacao>
21. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/534.pdf>