UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia
Área de Produção e Controle Farmacêuticos

Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

Karina de Oliveira Fatel Martins

Dissertação para obtenção do Título de Mestre

Orientadora:
Profa. Dra. Sílvia Storpirtis

São Paulo
2018

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia
Área de Produção e Controle Farmacêuticos

Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

Karina de Oliveira Fatel Martins

Versão Original

Dissertação para obtenção do Título de Mestre

Orientadora:
Profa. Dra. Sílvia Storpirtis

São Paulo
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica elaborada eletronicamente pelo autor, utilizando o programa desenvolvido pela Seção Técnica de Informática do ICMC/USP e adaptado para a Divisão de Biblioteca e Documentação do Conjunto das Químicas da USP

Bibliotecária responsável pela orientação de catalogação da publicação: Marlene Aparecida Vieira - CRB - 8/5562

F252a

Fatel, Karina de Oliveira

Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo / Karina de Oliveira Fatel. - São Paulo, 2018.

211 p.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.

Departamento de Farmácia.

Orientador: Storpirtis, Sílvia

1. Sistema Único de Saúde. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Avaliação em Saúde. 4. Governo Estadual. 5. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. I. T. II. Storpirtis, Sílvia, orientador.

Karina de Oliveira Fatel Martins

Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

Comissão Julgadora
da
Dissertação para obtenção do Título de Mestre

Profa. Dra. Sílvia Storpirtis
orientadora/presidente

_____
1º examinador(a)

_____
2º examinador(a)

_____
3º examinador(a)

São Paulo, _____ de _____ de 2018

Aos meus pais, irmãos, cunhados, sobrinhos e em especial meu esposo Rodrigo Martins, com amor, admiração e gratidão! Pessoas com quem amo partilhar a vida e que me motivam a lutar por dias melhores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus! Sem Ele nada seria possível e eu nada poderia fazer.

Ao meu esposo Rodrigo Martins, por sua compreensão, carinho, presença, suporte e por sua capacidade de trazer paz durante o período corrido de elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, irmãos, cunhados, sobrinhos pelo incentivo e apoio constante para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

À minha orientadora Profa. Dra. Sílvia Storpirtis por ser uma parceira compreensiva e dedicada, por ouvir com carinho minhas ideias e conduzir-me de forma amorosa na elaboração deste trabalho.

Às Profa. Silvana Nair Leite e a Marina Rover por colaborarem na mentoria e condução de cada etapa da pesquisa. Mesmo distantes vocês iluminaram de maneira especial este trabalho!

Aos colaboradores da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde, pela coparticipação neste projeto, em especial ao coordenador Dr. Victor Hugo Travassos, diretora e amiga Alexandra Casarini, e equipe que atua na gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica da SES/SP (nível central e regional) que me apoiaram em todos os momentos.

À equipe de farmacêuticas e de estudos da FARMUSP (principalmente Samara Mendes, Tácio Lima e Patrícia Aguiar) que colaboraram muito com ideias e na execução das etapas desta pesquisa.

À minha amiga Adriane Lopes Medeiros pelo apoio diário, ideias brilhantes, motivação constante, por compartilhar as angustias e pressão, e até por ser minha banca de “pré-avaliação”.

À minha amiga Sonia Cipriano que sempre me motiva na busca de mais e mais conhecimentos!

RESUMO

MARTINS, K.O.F. **Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo.** 2018. 211p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

A avaliação da capacidade de gestão, "caracterizada como a faculdade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão", contribui para o processo de gestão em saúde ao fornecer subsídios para tomada de decisões. No âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) facilita o enfrentamento dos desafios vigentes, em virtude do alto valor agregado dos medicamentos e do crescimento das doenças crônicas para as quais estão indicados, cujas linhas de cuidado constam em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Este estudo teve por objetivo avaliar a capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo, sob os aspectos organizacional (capacidade de decidir), operacional (capacidade de executar) e de sustentabilidade (capacidade de sustentar resultados). Tratou-se de uma investigação avaliativa, precedida por adaptação e validação de um modelo teórico junto ao gestor da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP), e validação de conteúdo de um protocolo de indicadores proposto por Rover (2016), considerando a política e o contexto loco regional, empregando técnicas de grupo nominal e comitê tradicional com especialistas (n=11). As dimensões, o número e o foco dos indicadores foram mantidos conforme protocolo original. Entretanto, foram realizadas alterações (n= 137) e inclusões (n=7) nas medidas dos indicadores, com a redistribuição das pontuações e manutenção da somatória geral por indicador e dimensão (250 pontos). Em virtude destas adaptações, para aplicabilidade do protocolo de indicadores, os instrumentos de coleta de dados sofreram adaptação e validação aparente, por cinco unidades estaduais envolvidas na execução do CEAF. O processo avaliativo foi conduzido no período de dezembro/2017 a janeiro/2018, com a participação da SES/SP, do almoxarifado central e de uma amostra de 33 Farmácias de Medicamentos Especializados. Verificou-se que a capacidade de

gestão do CEAF no Estado de São Paulo era mediana (125 pontos), com avanços relacionados à dimensão operacional, apesar da evidencia de que precisam melhorar, e dos desafios concentrados nas dimensões organizacional e sustentabilidade. Os resultados obtidos corroboram com a literatura quanto à atuação mais tecnicista (dimensão operacional) da assistência farmacêutica, cujas ações estão centradas em promover a disponibilidade dos medicamentos. Desta forma, faz-se necessário avançar quanto às capacidades de decidir (organizacional) e de sustentar resultados (sustentabilidade) para alcance da imagem-objeto da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, assistência farmacêutica, avaliação em saúde, governo estadual, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

MARTINS, K.O.F. **Assessment the management capacity of Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF) in São Paulo State.** 2018. 211p. Dissertation (Master) – Faculdade de Farmácia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

The management capacity assessment, "characterized as the ability to decide with autonomy, flexibility and transparency, mobilizing resources and building the sustainability of management results", contributes to the health management process by providing subsidies for decision-making. Within the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF), it helps dealing with current challenges, due to the high added value of medicines and the growth of the chronic diseases for which they are indicated, whose lines of care are comprised in Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines, published by the Ministry of Health. This study aimed to assess the management capacity of CEAF in São Paulo State, considering organizational (ability to decide), operational (ability to implement) and sustainability (ability to sustain results) aspects. This was an evaluation research, preceded by adaptation and validation of a logical model by São Paulo State pharmaceutical assistance manager, and content validation of a protocol of indicators proposed by Rover (2016), considering loco regional policy and context, using nominal group and traditional committee with specialists (n = 11). The dimensions, number and focus of the indicators were maintained according to the original protocol. However, changes (n = 137) and inclusions (n = 7) were made on the measures of indicators, with redistribution of scores and maintenance of the overall sum by indicator and dimension (250 points). Due to these adaptations, for the applicability of the protocol of indicators, the data collection instruments were adapted and validated by five state units involved in the implementation of CEAF. The assessment process was conducted from December/2017 to January/2018, with the participation of State Health Department, the central warehouse and a sample of 33 pharmacies (Farmácias de Medicamentos Especializados). Management capacity of CEAF in São Paulo State was medium (125 points), with advances related to the operational dimension, despite the existence of aspects that need improvement, and challenges

focused on organizational and sustainability dimensions. The results corroborate with the literature on the more technical (operational dimension) performance of pharmaceutical assistance, whose actions are focused on promoting the availability of medicines. Thus, it is necessary to move forward in the ability to decide (organizational) and sustain results (sustainability) to reach the object-image expected for the management capacity of CEAF in São Paulo State.

Keywords: Unified Health System; pharmaceutical assistance; health evaluation, state government, Specialized Component of Pharmaceutical Assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das FME por DRS 34
Figura 2 – Etapas de execução do CEAF no Estado de São Paulo.....37
Figura 3 – Triângulo de Governo.....45
Figura 4 – Modelo Lógico: capacidade de gestão do CEAF - estadual.....62
Figura 5 – Modelo Teórico: capacidade de gestão do CEAF - estadual 62
Figura 6 – Etapas de desenvolvimento da pesquisa 71
Figura 7 – Sujeitos envolvidos nas etapas de desenvolvimento da pesquisa 72
Figura 8 – Modelo Teórico: capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo 88
Figura 9 – Número de FME representadas na coleta de dados para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo por DRS.....118

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Grupos do CEAF conforme características, responsabilidades e formas de organização.....31
Quadro 2 – Caracterização da dispensação de medicamentos do CEAF no Estado de São Paulo, por DRS 36
Quadro 3 – Número de pacientes por DRS e FME 37
Quadro 4 – Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados...54
Quadro 5 – Exemplos de aspectos técnicos, políticos e sociais contemplados no desenvolvimento do modelo lógico 63
Quadro 6 – Indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF estadual - dimensão organizacional.....64
Quadro 7 – Indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF estadual - dimensão operacional 64
Quadro 8 – Indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF estadual - dimensão sustentabilidade.....65
Quadro 9 – Critérios de julgamentos, considerando as faixas de pontuação dos indicadores, a escala de cores e o seu significado 66

Quadro 10 – Critérios de julgamentos, considerando as faixas de pontuação das dimensões, a escala de cores e o seu significado 66
Quadro 11 – Formulários enviados para avaliação pelos especialistas na fase I da TGN.....78
Quadro 12 – Tratamento dos dados na pesquisa de campo.....85
Quadro 13 – Caracterização dos farmacêuticos especialistas envolvidos nas diferentes etapas de pesquisa.....87
Quadro 14 – Alterações realizadas no protocolo de indicadores quanto ao nome, descrição, número de medidas e pontuação dos indicadores por dimensão ORGANIZACIONAL 92
Quadro 15 – Alterações realizadas no protocolo de indicadores quanto ao nome, descrição, número de medidas e pontuação dos indicadores por dimensão OPERACIONAL. 93
Quadro 16 – Alterações realizadas no protocolo de indicadores quanto ao nome, descrição, número de medidas e pontuação dos indicadores por dimensão SUSTENTABILIDADE. 95
Quadro 17 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão ORGANIZACIONAL. 96
Quadro 18 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão OPERACIONAL. 99
Quadro 19 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão SUSTENTABILIDADE. 105
Quadro 20 – Alterações do quadro de critérios de julgamento para emissão do juízo de valor por indicador. 108
Quadro 21 – Alterações do quadro de critérios de julgamento para emissão do juízo de valor por dimensão. 108
Quadro 22 – Comparação do número de indicadores, medidas e pontuação do protocolo de indicadores original versus versão validada para São Paulo. 110
Quadro 23 – Caracterização dos farmacêuticos que participaram da validação aparente dos instrumentos de coleta de dados.....116
Quadro 24 – Resultados da avaliação com o juízo de valor por indicador e dimensão 119

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AF – Assistência Farmacêutica
APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
Art. – Artigo
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica
CAF – Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME – Central de Medicamentos
CES – Conselho Estadual de Saúde
CESAF – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Cont. - Continuação
DRS – Departamentos Regionais de Saúde
FARMUSP – Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo
FCF-USP – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo
FME – Farmácias de Medicamentos Especializados
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
NAF – Núcleos de Assistência Farmacêutica
NEPAF – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica
OSS – Organização Social de Saúde
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNM – Política Nacional de Medicamentos
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
RH – Recursos Humanos
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PPA – Plano Plurianual
SES/SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
TGN – Técnica de Grupo Nominal
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
URM – Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **16**
1 INTRODUÇÃO **18**
2 REFERENCIAL TEÓRICO **21**
2.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 21
2.2 COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 27
2.2.1 O CEAF no Estado de São Paulo 33
2.3 GESTÃO EM SAÚDE 38
2.3.1 Capacidade de gestão 44
2.3.2 Gestão da Assistência Farmacêutica 47
2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE 50
2.4.1 Avaliação em Assistência Farmacêutica 59
2.4.2 Avaliação da Capacidade de Gestão do CEAF – a construção do modelo. 60
3 OBJETIVOS **68**
3.1 OBJETIVO GERAL 68
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 68
4 MATERIAIS E MÉTODOS **69**
4.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA 69
4.2 ASPECTOS ÉTICOS 71
4.3 LOCAL DE ESTUDO 71
4.4 SUJEITOS DE PESQUISA 72
4.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA 74
4.6 ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA 74
4.6.1 Pesquisa bibliográfica 74
4.6.2 Adaptação do modelo teórico da avaliação e protocolo de indicadores 74
4.6.3 Validação de conteúdo do modelo teórico e protocolo de indicadores .. 76
4.6.4 Adaptação e validação aparente dos instrumentos de coleta de dados 80
4.6.5 Aplicação dos instrumentos de coleta de dados 83
4.6.6 Avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo 83
4.6.7 Devolução e divulgação dos resultados da pesquisa 84

4.7 TRATAMENTO DOS DADOS 84
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 86
5.1 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO MODELO TEÓRICO E PROTOCOLO DE INDICADORES 86
5.2 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO APARENTE DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 116
5.3 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO 117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 145
REFERÊNCIAS 149
APÊNDICES 164
ANEXOS 206

APRESENTAÇÃO

O desenvolvimento científico e tecnológico na área farmacêutica vem desencadeando, ao longo do tempo, transformações importantes na profissão, que direcionam a prática profissional do farmacêutico a um tema mais inclusivo, centrado no paciente e nas interações humanas (SANTOS, 2010; PEREIRA; FREITAS, 2008).

Com o desafio de reestruturação do currículo para a formação do farmacêutico generalista, para que este fosse capaz de enfrentar os desafios atuais a que a sociedade está exposta, a Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo (FCF-USP), dentre outras ações, readequou o modelo de atuação da Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo (FARMUSP) (STORPIRTIS et al., 2012).

Neste contexto, a FARMUSP, conveniada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) (Convênio nº 490/2014), passou a atuar na dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e de programas estaduais aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), atrelada à Atenção Farmacêutica, capacitação e desenvolvimento de pesquisas que subsidiem as ações de gestores (STORPIRTIS et al., 2012).

Além disso, a FCF-USP estabeleceu convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tornando-se o Polo Regional Presencial de São Paulo/SP para o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização à Distância (EaD) (UFSC, 2018), o que motivou a parceria para desenvolvimento de uma pesquisa intitulada “Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica nos Estados brasileiros: da construção à aplicação de um modelo”, aprovado no Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq 14/2013 (Processo 474203/2013-1), Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) - edital PPSUS/SES-SC 07/2013, Comitê de Ética da UFSC (parecer nº 712.031) e teve apoio expresso do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) do Ministério da Saúde (MS).

A pesquisa supracitada, por ser parte do projeto “Políticas públicas e o acesso a medicamentos de alto custo: a situação do Brasil em relação a outros centros da

América Latina”, desenvolvido pelo grupo de “Políticas e Serviços Farmacêuticos” da UFSC, tinha por perspectiva a aplicação do modelo de avaliação desenvolvido nos estados brasileiros, contemplando o Estado de São Paulo (ROVER, 2016).

Assim, com o apoio da SES/SP, foi possível realizar o presente estudo com a aplicação do protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF, desenvolvido por Rover e colaboradores (2017a), ao Estado de São Paulo.

Cabe destacar que o desenvolvimento desta dissertação foram explorados, no tópico “REFERENCIAL TEÓRICO”, os aspectos estruturantes da Assistência Farmacêutica (AF) no SUS e seus componentes, aprofundando-se no histórico e em questões estruturais e organizacionais do CEAF no País, afunilando-se, posteriormente, ao referencial deste componente no Estado de São Paulo.

Ainda nesse tópico, foram apresentados conceitos de gestão em saúde, capacidade de gestão e gestão no âmbito da AF no SUS. Por fim, foram exploradas questões de avaliação em Saúde, avaliação em AF e avaliação da capacidade de gestão do CEAF, apresentando-se de forma detalhada, o modelo desenvolvido por Rover (2016), uma vez que tais aspectos se relacionam aos “OBJETIVOS” do presente trabalho.

Em relação a “MATERIAIS E MÉTODOS”, caracterizou-se o tipo de avaliação, descrevendo-se às etapas da pesquisa realizada, os aspectos éticos observados, o local e os sujeitos envolvidos na aplicação dos instrumentos de pesquisa no Estado de São Paulo, destacando-se também o tratamento dos dados coletados nas diferentes etapas da pesquisa.

No tópico “RESULTADOS E DISCUSSÃO” foram apresentados os resultados obtidos na adaptação e validação de conteúdo do modelo teórico e protocolo de indicadores, e a adaptação e validação aparente dos instrumentos de coleta de dados desenvolvido por Rover (2016) para aplicação no Estado de São Paulo. Também neste tópico, discorreu-se sobre os resultados apresentados, comparando-os àqueles apresentados em outras pesquisas relacionadas e publicadas.

Por fim, foram apresentadas as “CONSIDERAÇÕES FINAIS” sobre as questões abordadas no trabalho realizado.

1. INTRODUÇÃO

A saúde é garantida como um direito social pela Constituição Federal e visando atender a este direito e equacionar os problemas de saúde da população, criou-se o SUS, que tem em seu campo de atuação, dentre outras ações, a de executar a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990, 1998; VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) situa a AF como parte da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2004a), cujas ações apoiam às ações de atenção à saúde, integrando todos os níveis de complexidade (COSEMS, 2013).

Considerando que a estruturação da AF no SUS envolve relevante parcela dos gastos totais em saúde, há a necessidade de inovação frequente nas estratégias de gestão e modelo de organização, o que é uma tarefa desafiadora aos gestores do SUS (COSEMS, 2013; MACHLINE, 2008). A gestão estratégica da AF implica em desenvolvimento de ações eficientes, visando ao acesso da população a serviços e produtos de qualidade (BRASIL, 2011a).

O financiamento da AF está organizado em três componentes, a saber, Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e CEAF (BRASIL, 2017a). O CEAF tem por objetivo garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, envolvendo medicamentos constantes no CBAF, até medicamentos para tratamentos mais complexos, cujas linhas de cuidado estão definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2010).

Considerando que o CEAF é o componente mais sensível à PNAF, pois abrange a lista de medicamentos de maior custo agregado, aumento progressivo de pressão da demanda, pois, geralmente as doenças tratadas são crônicas e complexas, faz-se necessário o aprimoramento contínuo dos mecanismos de gestão pelas três esferas de governo, referentes à regulação, avaliação e controle do componente, de forma que possibilite prescrição e uso racional de medicamentos (BRASIL, 2010, 2011a).

É imprescindível que a AF, área que compreende processos, estrutura, pessoas e tecnologias, seja gerenciada de forma adequada, com foco em

resultados, e utilizando eficientemente os recursos limitados (BRASIL, 2011a; MARIN et al., 2003).

Uma gestão eficiente abrange ações de planejamento, organização, coordenação, execução, monitoramento e avaliação racional dos trabalhos e resultados realizados pela AF, de forma que atinja seus objetivos (BRASIL, 2011a; MARIN et al., 2003; MACHADO-DOS-SANTOS; NASCIMENTO, 2015).

A avaliação é um importante instrumento de gestão que, com base em indicadores, possibilita a análise crítica e comparativa do desempenho do serviço, embasando a tomada de decisão do gestor, e a melhoria contínua dos processos organizacionais (BRASIL, 2006a, 2011a, 2011b).

Considerando que gestores públicos têm como objetivo a administração pública eficiente e moderna, voltada para o atendimento das necessidades e a satisfação plena dos cidadãos, é de grande relevância o interesse na avaliação da gestão de serviços públicos, visto que, por vezes, a gestão se constitui na razão de problemas nas organizações sociais da sociedade moderna (GUIMARÃES et al., 2004).

Portanto, justificou-se a realização da presente pesquisa, considerando-se que:

- O CEAF é um componente impactante na AF, tanto financeiramente quanto pela demanda crescente por medicamentos para tratamentos complexos (BRASIL, 2010, 2011a);
- Os Estados são responsáveis pela gestão das etapas de execução do CEAF, processos que impactam na utilização racional dos medicamentos e recursos financeiros no SUS (BRASIL, 2017b);
- Há escassez de publicações relativas à avaliação de políticas e serviços de AF no Brasil (MEDEIROS; ROMANO-LIEBER; TANAKA, 2015);
- Apesar de reconhecida a importância da avaliação das ações desenvolvidas pela AF, poucos são os indicadores propostos e efetivamente utilizados para a melhoria dos serviços prestados (BERNARDI, 2006; BRASIL, 2011a);
- A necessidade de criar a cultura de utilização de indicadores em Saúde Pública, como forma de evidenciar os resultados alcançados pela gestão, verificar a evolução dos programas e ações, possibilitar a comparação com referenciais internos e externos, auxiliar na formulação de políticas públicas e, essencialmente, subsidiar a tomada de decisão e a

racionalização da aplicação dos recursos (BRASIL, 2006b, 2011a; CIPRIANO, 2004);

- A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, apresenta a AF dentre as subagendas de pesquisa em saúde; a avaliação de políticas e serviços de AF e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação de processos de organização e gestão da AF como tema e linha de pesquisa prioritária (BRASIL, 2011c).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Entre os direitos sociais da população, garantidos constitucionalmente, está à saúde, a qual deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de agravos, acesso universal e igualitário às ações de saúde e a oferta de serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A responsabilidade do cuidado da saúde e assistência pública é compartilhada pelas três esferas de governo, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo ações de relevância pública a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

O SUS integra as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, organizados em níveis crescentes de complexidade, assegurando a continuidade da assistência no nível primário, ambulatorial especializado e hospitalar (BRASIL, 1988, 1990, 2011d; PAIM et al., 2011).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90), que regulamentou a operacionalização e construção do SUS, detalha suas diretrizes e princípios estruturantes, tais como a universalidade, integralidade, descentralização das ações e participação da comunidade nas ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990, 2011e).

A assistência integrada à população é um dos objetivos do SUS, sendo algumas de suas atribuições a execução “de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” e “a formulação da política de medicamentos, [...] e a participação na sua produção” (BRASIL, 1990, Art. 6º).

Antes mesmo da AF tornar-se um direito constitucional, ações para acesso aos medicamentos já eram realizadas para atendimento da população (MARQUES; JEREMIAS, 2008). Um dos marcos iniciais da regulamentação sobre acesso de medicamentos se deu junto aos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), onde empregados ferroviários e contribuintes para o fundo da caixa obtinham medicamentos por preço especial (BRASIL, 1923; BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2008), enquanto que nos anos 1960 os beneficiários do Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS) compravam medicamentos do comércio farmacêutico e farmácias (MARQUES; JEREMIAS, 2008).

O MS em 1970 instituiu programas de tratamento medicamentoso verticais para algumas doenças (MARQUES; JEREMIAS, 2008) e em 1971 foi instituída a Central de Medicamentos (CEME), órgão vinculado à Presidência da República que, conforme estabelecido pelo Decreto n° 68.806/1971 (BRASIL, 1971. Art. 1º e 3º), tinha a missão de:

> [...] promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas, não puderem adquiri-los. [...] competirá, mantidos os programas de fabricação e distribuição de produtos dos mencionados laboratórios, bem como de compra de produtos à indústria privada, estabelecer um programa de cooperação e coordenação daqueles órgãos com o objetivo de ampliar e aperfeiçoar, em todo o território nacional, a assistência farmacêutica, em condições adequadas à farmacêutica, em condições adequadas à capacidade aquisitiva dos beneficiários.

Com a criação da CEME deu-se o início das políticas públicas de AF no Brasil, sendo que as ações executadas por este órgão eram altamente centralizadas sob gestão do governo federal. O financiamento da CEME era oriundo de diversas fontes, entre as quais o Orçamento Geral da União e do INPS (BRASIL, 1971, 1972, 2011a; LEITE; MANZINI, 2015).

Com suas funções reduzidas a compras e distribuição de medicamentos, em 1974 a gestão da CEME foi transferida para o INPS, e em 1985 para o MS, sendo que nesta última gestão houve a oficialização da CEME como empresa pública, a fim de acrescentar autonomia financeira e administrativa ao órgão. Porém, com dificuldades de cumprimento de suas funções, além de várias denúncias de corrupção, a CEME foi extinta em 1997 (BRASIL, 2011a; MARIN JARAMILLO; CORDEIRO, 2014; MARQUES; JEREMIAS, 2008).

Desde 1964 já existiam no Brasil listas oficiais de medicamentos (país pioneiro na implementação de lista de medicamentos essenciais). Porém, somente em 1974 foi publicada oficialmente uma relação de medicamentos básicos. Posteriormente foi construída uma rede regional de distribuição ligada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o que culminou no crescimento da relação de medicamentos básicos. Tais fatos deram subsídios para que, entre 1975-1980, fosse constituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(RENAME) (BRASIL, 2015a; MARQUES; JEREMIAS, 2008; MARIN JARAMILLO; CORDEIRO, 2014).

Com a criação do SUS, proporcionaram-se as condições para aprovação, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), de uma política relacionada a medicamentos. Assim, em 1998, foi publicada a Portaria GM Nº 3.916/1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM), cujo principal objetivo é o de "garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais" (BRASIL, 1998; MARIN JARAMILLO; CORDEIRO, 2014).

A PNM, foi um marco e um dos pilares para a implementação da AF no SUS, pois resulta em importantes avanços na regulação sanitária, gerenciamento de medicamentos e na organização da gestão da AF (BRASIL, 1990, 2001, 2011a; MARQUES; JEREMIAS, 2008; MARIN JARAMILLO; CORDEIRO, 2014).

São diretrizes da PNM (BRASIL, 2001):

- Adoção de relação de medicamentos essenciais;
- Regulamentação sanitária de medicamentos;
- Reorientação da AF;
- Promoção do Uso Racional de Medicamentos;
- Desenvolvimento científico e tecnológico;
- Promoção da produção de medicamentos;
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- Desenvolvimento e capacitação de Recursos Humanos (RH).

A partir do ano 2000, por recomendações de Conferências Nacionais de Saúde, houve um crescente aumento de discussões de políticas farmacêuticas nos conselhos nacionais, estaduais e municipais de saúde, e em 2002 e 2003 aconteceram as primeiras conferências municipais e estaduais de políticas de medicamentos (MARQUES; JEREMIAS, 2008; MARIN JARAMILLO; CORDEIRO, 2014).

Ainda em 2003 o MS criou o DAF, vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), para no âmbito de suas atribuições, formular, implantar e coordenar ações de AF, prestar cooperação técnica, e interfaces com outros setores do governo, MS e sociedade civil organizada (NASCIMENTO JÚNIOR et al, 2016a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Amparada nas amplas discussões sobre AF, e também uma iniciativa do DAF, realizou-se a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (I CNMAF) em setembro de 2003, com o foco no acesso, na qualidade e na humanização na AF (BRASIL, 2005, 2011a; MARQUES; JEREMIAS, 2008; NASCIMENTO JÚNIOR et al, 2016a).

Uma das propostas aprovadas na I CNMAF foi a de "Definir uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica que fosse norteadora da Política de Medicamentos", sendo que esta proposta foi ratificada em dezembro de 2003 na 12ª Conferência Nacional de Saúde como uma responsabilidade tripartite (BRASIL, 2004b, 2005).

Assim, como a AF era considerada uma prioridade estratégica na Política Nacional de Saúde e com base no resultado das discussões das conferências realizadas em 2003, foi aprovada e publicada a PNAF (Resolução n° 338, de 6 de maio de 2004) como parte integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2004a, 2011a; MARIN JARAMILLO; CORDEIRO, 2014; NASCIMENTO JÚNIOR et al, 2016a).

A PNAF definiu a AF como (BRASIL, 2004a, Art. 1º, negrito nosso):

> "Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua **seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização,** na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população".

O Pacto pela Saúde em 2006 (Portaria 399/2006), que consolida os Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, confirmou o papel norteador da AF inserindo-a em ações estratégicas e definindo-a como um dos cinco blocos de financiamento do SUS (BRASIL, 2006b; MARIN JARAMILLO; CORDEIRO, 2014).

A integralidade da AF no SUS ganhou mais concretude com a definição da responsabilidade de financiamento nas três esferas de governo (BRASIL, 2011a). A organização do bloco de financiamento da AF se constituiu em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional (BRASIL, 2006b).

A forma de transferência dos recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, foi dada pela Portaria GM nº 698/2006, posteriormente revogada pela Portaria nº 204/2007, a qual regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para o bloco da AF pelos três componentes: CBAF, CESAF e CEAF (BRASIL, 2007; VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014; NASCIMENTO JÚNIOR et al, 2016a).

Essa regulamentação gerou avanços na forma de repasse de recursos federais para a AF e diminuiu a fragmentação de programas vigentes (VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014).

Em 2017, com a publicação da Portaria Consolidada GM nº 6/2017 e suas alterações, os blocos de financiamento reduziram-se a "Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde" e "Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde", estando a AF contemplada como um grupo no bloco de custeio, ainda subdividido pelos três componentes (BRASIL, 2017a; 2017c).

Segundo o Ministério da Saúde (2017b), o modelo de unificação do financiamento das ações e serviços públicos de saúde no bloco de custeio fortalece o planejamento local de saúde, desburocratizando o excesso de normas, garantindo maior flexibilidade financeira e orçamentária, desde que ao final de cada exercício seja evidenciado nas prestações de contas que os objetos e compromissos assumidos foram cumpridos.

A RENAME passou por diversas atualizações, porém, a partir de 2012, quando a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) passou a assessorar sua elaboração, foi estruturada segundo a lógica de financiamento SUS (MARIN JARAMILLO; CORDEIRO, 2014; VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014).

A adoção da RENAME é premissa para assegurar o acesso aos medicamentos seguros, eficazes e de qualidade e seu uso racional pela população, sendo uma diretriz da PNM, e um eixo estratégico na PNAF "como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica", (BRASIL, 2001, 2004a; 2011e; PAIM et al., 2011).

Mesmo não sendo obrigatória, a RENAME no SUS, serve como lista norteadora de oferta, prescrição e dispensação de medicamentos. Assim, mesmo que não exista financiamento federal para todos os itens, municípios, Distrito Federal

e estados, podem adotar relações específicas e complementares (BRASIL, 2011d; VIEIRA, 2010; VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014).

Porém, apesar da implantação das políticas de medicamentos e AF e a definição de responsabilidades das três esferas de gestão, em busca da integralidade da AF, a garantia de acesso a medicamentos ainda é o centro de da preocupação de gestores do SUS. Considerando o elevado número de apresentações farmacêuticas disponíveis e a promoção comercial inadequada de produtos farmacêuticos (que incentivam hábito de prescrição, dispensação e uso de medicamentos), a "integralidade" pode ser traduzida como obrigatoriedade de oferecer todos os produtos farmacêuticos existentes. Isso gera tensão entre usuários e gestores e se reflete no crescimento da demanda judicial por medicamentos (BRASIL, 2011a; MACHLINE, 2008; MARQUES; JEREMIAS, 2008; VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014).

No sentido de disciplinar o conceito de integralidade, foi publicada a Lei 12.401/2011, que regulamenta a Lei 8080/90 quanto à assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde e define que "A assistência terapêutica integral" consiste em (BRASIL, 2011f, Art. 19-P):

> I – Dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo [...] (Art. 19-M).
>
> Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:
>
> I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, [...];
>
> II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS [...];
>
> III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS [...].

A judicialização abrange medicamentos financiados ou não pelo SUS, afetando todas as esferas federativas. Pode refletir tanto problemas de gestão e subfinanciamento do sistema, quanto constante desenvolvimento e lançamento de medicamentos no mercado e à pressão por incorporação de novas tecnologias

(BRASIL, 2011a; MACHADO-DOS-SANTOS; NASCIMENTO; BARCELOS, 2015; VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014).

Aquisições pontuais para atender pacientes por ações judicias (demandas individualizadas em detrimento de políticas integrais e universais) representa um grande impacto no orçamento público, e em determinadas situações problemas de segurança para os pacientes (sem evidências científicas suficientes), configurando o uso irracional de recursos terapêuticos e financeiros (BRASIL, 2011a; MACHADO-DOS-SANTOS; NASCIMENTO; BARCELOS, 2015; VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014).

2.2 COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Com a implementação de listas de medicamentos essenciais, e distribuição dos mesmos pela CEME, precursora da AF no Brasil, abriu-se um espaço para a entrada dos medicamentos, que viriam a ser denominados “excepcionais”. Na época, parte da população acometida por doenças crônicas e raras não tinha acesso ao tratamento necessário para sua reabilitação, devido ao custo elevado e longo período de tratamento (BRASIL, 2004c; 2015a).

Em 1982, com a publicação Portaria Interministerial nº 3 MPAS/MS/MEC, o INAMPS se responsabilizou pelo financiamento e gerenciamento dos “medicamentos excepcionais”. O termo “medicamentos excepcionais” foi usado pela primeira vez caracterizando os medicamentos fornecidos excepcionalmente, ou seja, quando não previsto na relação de medicamentos essenciais da época, como medicamentos para transplantados, renais crônicos e hormônio de crescimento (BRASIL, 2004c, 2010; 2011a).

Com a passagem do INAMPS, do Ministério da Previdência Social, para o MS (em 1990), o gerenciamento dos medicamentos considerados excepcionais passou a ser realizado pelo MS e foi, gradativamente, descentralizado aos Estados, inicialmente sem previsão de ressarcimento aos mesmos (BRASIL, 2004c, 2011a).

A inclusão de ciclosporina e de eritropoietina humana na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de

Saúde (SIA/SUS), em 1993, foi o marco da primeira lista de “medicamentos excepcionais” (BRASIL, 2004c, 2011a).

Em 1994 incluíram-se os serviços de farmácia na Ficha de Cadastro Ambulatorial, passando estes a serem formalmente unidades dispensadoras desses medicamentos (BRASIL, 2004c, 2010; 2011a).

No decorrer dos anos houve atualizações e ampliação do elenco de medicamentos excepcionais, por meio de portarias, desencadeadas ou não por mobilização de usuários do SUS, bem como aprimoramentos e estruturação do que passou a ser um “Programa de Medicamentos Excepcionais”, com implantação do sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), implantação de formulários de autorização e cobrança (BRASIL, 2004c, 2010; 2011a).

Para a seleção, inclusão, exclusão e substituição de medicamentos na lista de medicamentos excepcionais foi criada a Comissão de Assessoria Farmacêutica (em 1999), vinculada à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) (BRASIL, 2011a). Ainda neste ano foi elaborada pelos Estados uma programação financeira anual de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, tendo como base os valores fornecidos pela SAS, sendo que estes valores foram considerados “limite” para estes medicamentos, na Assistência Ambulatorial de Média, Alta Complexidade e Hospitalar (BRASIL, 2004c).

Em 2000, por intermédio da Portaria GM-MS Nº 1.481, de 28 de dezembro de 1999, estabeleceu-se o repasse pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde, para incremento da oferta de medicamentos excepcionais aos pacientes que dele necessitavam, sendo controlado trimestralmente, por meio de encontro de contas, comparando o valor transferido no trimestre e o valor efetivamente faturado com medicamentos excepcionais no SIA/SUS (BRASIL, 1999).

Em 2002, o cenário do programa modificou-se completamente com a inclusão de novos medicamentos e com a elaboração e divulgação dos PCDT para 30 patologias atendidas (BRASIL, 2011a). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.318, de 23 de julho de 2002, além da ampliação do elenco, estabeleceu-se que as dispensações fossem realizadas seguindo “os critérios de diagnóstico, indicação e tratamento, inclusão e exclusão, esquemas terapêuticos,

monitorização/acompanhamento e demais parâmetros contidos nos PCDT" (BRASIL, 2002a, Art. 2º).

Nessa mesma época, além desse importante marco regulatório, surgiu também o conceito de "medicamentos de alto custo", pelo fato de possuir em seu elenco medicamentos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade/duração do tratamento, se tornam excessivamente caros. As nomenclaturas "medicamentos excepcionais" e "medicamentos de alto custo" ainda que informais, foram importantes para a constituição do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) (BRASIL, 2010; 2011a).

O programa foi gerando grande demanda às Secretarias Estaduais de Saúde, com significativa participação de recursos Estaduais, dificuldades de aquisição e de atendimento aos critérios dos PCDT, aumento de demandas judiciais e outras dificuldades de estruturação, aumentando mais de 400% o valor total gasto com o programa de 2002 a 2008 (6 anos), chegando a movimentar o valor financeiro de cerca de R$ 6,5 bilhões no ano de 2010 (12,5% do orçamento do MS) (BRASIL, 2010; 2011a).

Devido à ampliação crescente do Programa de Medicamentos Excepcionais, o MS, em 2016, realizou sua revisão, culminando na publicação da Portaria nº 2577/2006 (constituindo oficialmente o CMDE), posteriormente atualizada e revogada pela Portaria nº 2.981/2009, onde foi aprovado o CEAF (nomenclatura que desvinculou ao custo individual dos medicamentos e do caráter de distribuição excepcional), definindo a organização, execução, financiamento, controle, entre outras responsabilidades das esferas administrativas no componente. Ainda nesta portaria foi atualizada a lista de medicamentos (BRASIL, 2009a, 2010, 2011a).

O CEAF foi definido como (BRASIL, 2009a, Art. 8º):

> Uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

Em 30 de julho de 2013, a Portaria nº 2.981/2009 foi revogada pela Portaria 1554/2013, que regulamentou as regras de financiamento e execução do CEAF no âmbito do SUS, constituindo uma nova estratégia de acesso a medicamentos no SUS (BRASIL, 2011a, 2013a). Em 2017 a Portaria 1554/2013 foi revogada pelas

Portarias de Consolidação GM/MS nº 2 e 6/2017 que consolidaram as normas sobre as políticas nacionais de saúde e financiamento do SUS (BRASIL, 2017a, 2017b).

Uma das diretrizes para as ações e serviços de saúde, definida na Constituição Federal de 1988, é a integralidade do atendimento (BRASIL, 1988). Desta forma, ao criar o CEAF, visava-se a garantia do tratamento integral de doenças, desde o nível primário de atenção (envolvendo medicamentos constantes no CBAF) até medicamentos para tratamentos mais complexos, definindo-se, assim, linhas de cuidado dos PCDT (BRASIL, 2010).

A Lei 12.401/2011 define PCDT como (BRASIL, 2011f, Art. 19-N):

> [...] documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

A elaboração e atualização (a cada dois anos) dos PCDT é de responsabilidade do MS, sendo realizado por meio de revisões sistemáticas da literatura científica; redação do texto, consulta pública, consolidação da consulta pública, elaboração do texto final, publicação do PCDT; divulgação (publicação de portarias), implantação; avaliação e revisão constante, como uma forma de possibilitar a prescrição e uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2010, 2011a, 2011d; LEITE; MANZINI, 2015).

A implantação do PCDT deve ser feita com competência técnica necessária e flexibilidade, considerando a individualidade de cada paciente frente a situação clínica, para que não sejam cometidos desvios conceituais e éticos, devendo este ser considerado como um instrumento para proteção ao usuário de medicamentos e não como estratégia de controle logístico e financeiro da AF (BRASIL, 2011a; LEITE; MANZINI, 2015).

Os PCDT têm por finalidade apoiar a decisão dos profissionais da saúde quanto ao manejo clínico seguro e consistente, indicando a melhor abordagem terapêutica em cada fase do agravo (BRASIL, 2011a, 2015a).

O MS conceituou linhas de cuidado como (BRASIL, 2008, p.41):

> [...] políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de

diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida.

Para que as linhas de cuidado sejam atendidas, as diferentes políticas de saúde que permeiam o CEAF devem estar devidamente articuladas. Desta forma, para criação do elenco de medicamentos do CEAF, foram realizadas revisões do elenco da atenção básica (CBAF) e RENAME, excluindo sobreposições e realizando as devidas incorporações de medicamentos em busca da integralidade dos tratamentos medicamentosos (BRASIL, 2010, 2015a).

Os medicamentos abrangidos pelas linhas de cuidado para as doenças contempladas no CEAF estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas (Quadro 1) (BRASIL, 2017b).

Quadro 1 – Grupos do CEAF conforme características, responsabilidades e formas de organização

CEAF				
Grupos de Medicamentos	**Característica do Grupo**	**Responsabilidades Ciclo da AF**		
		Ministério da Saúde	**Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal**	**Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios**
Grupo 1A	I - Maior complexidade do tratamento da doença; II - refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; III - representam elevado impacto financeiro para o CEAF; e IV - incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.	Seleção, financiamento, programação e aquisição.	Programação, armazenamento, distribuição e dispensação.	Dispensação*
Grupo 1B		Seleção, Financiamento.	Aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação.	Dispensação*
Grupo 2	I - Menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento.	Seleção.	Financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação.	Dispensação*
Grupo 3	Constantes no CBAF e indicados pelos PCDT, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo CEAF. Características de financiamento e execução regulamentado por ato normativo específico.	Seleção.	—	Aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação.

* Se pactuado entre gestores estaduais e municipais de saúde.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2017b).

A definição dos grupos de financiamento, bem como os responsáveis pelas atividades do ciclo da AF correspondente, seguem os seguintes critérios gerais (BRASIL, 2017b, Art. 50º):

> I - complexidade do tratamento da doença;
>
> II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e
>
> III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

Desta forma, a não disponibilização, por parte dos municípios, da primeira linha de cuidado, compromete a integralidade do tratamento medicamentoso e provoca desequilíbrios financeiros. Assim, é dever dos gestores do SUS promover pactuações nas instâncias gestoras, para garantia do acesso aos medicamentos estabelecidas nas linhas de cuidado, para as diferentes fases evolutivas das doenças (BRASIL, 2010; 2017b).

A execução desse componente é de responsabilidade das Secretarias Estaduais Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, envolvendo as etapas de (BRASIL, 2017b):

I. Solicitação do medicamento pelo paciente e renovação da continuidade de tratamento: mediante entrega de Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), documentos pessoais do paciente e documentação específica exigida pela PCDT;

II. Avaliação: análise técnica da documentação, realizada por profissional de saúde capacitado, frente aos critérios de inclusão e exclusão descritos no PCDT;

III. Autorização: aprovação do procedimento referente à solicitação/renovação da continuidade previamente avaliada, resultando em uma APAC, válida por três meses;

I. Dispensação: fornecimento do(s) medicamento(s) ao paciente ou seu representante, ato este que deverá ser formalizado com a assinatura do Recibo de Medicamentos (RME).

Poderão ser descentralizadas as ações de solicitação, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento, junto à rede de serviços públicos dos Municípios, mediante pactuação entre os gestores estaduais e municipais de saúde.

Os estabelecimentos municipais e estaduais só poderão executar atividades do CEAF quando designados pelos gestores estaduais de saúde (BRASIL, 2017b).

Pelo alto valor agregado dos medicamentos, a dispensação dos medicamentos é controlada pelo MS por meio do SIA/SUS, sistema onde são realizadas as apresentações de APAC de forma descentralizada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (no CEAF) (BARROS et al., 2006; BRASIL, 2011a). Este sistema permite o cadastro de usuários no banco de dados nacional, coleta de informações gerenciais e cobrança dos procedimentos de alta complexidade (BRASIL, 2011a).

2.2.1 O CEAF no Estado de São Paulo

Considerando as responsabilidades do Estado de São Paulo no âmbito do CEAF, a SES/SP conta com a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (CAF) - nível central - e com 37 Farmácias de Medicamentos Especializados (FME) - nível regional - para gestão técnica e operacional do componente (CASARINI, 2013; SÃO PAULO (Estado), 2015a; 2016a).

A CAF da SES/SP, instituída pelo Decreto nº 62.255, de 08 de novembro de 2016, possui as seguintes atribuições (SÃO PAULO (Estado), 2016a, Art. 5º):

> I - consolidar, no âmbito do Estado, a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, destinadas a prover atenção integral à saúde da população;
>
> II - promover, no âmbito de sua atuação:
>
> a) a articulação em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde - SUS, objetivando garantir atenção integral à saúde da população;
>
> b) a coordenação das atividades desenvolvidas pelas áreas de saúde das unidades descentralizadas;
>
> III - contribuir para o aprimoramento e a integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, responsável e humanizada à população;
>
> IV - garantir e ampliar o acesso da população a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, visando à integralidade do cuidado e ao monitoramento dos resultados terapêuticos desejados;
>
> V - coordenar, no âmbito do Estado de São Paulo, as ações relacionadas com seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos e insumos;

> VI - promover o uso racional dos medicamentos, garantindo à população o acesso àqueles considerados essenciais.

A SES/SP faz gestão de 37 FME, distribuídas em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) (Figura 1). As FME possuem 04 diferentes modalidades de gerência para a execução do CEAF, a saber, 16 FME de Administração Direta, 01 FME de Administração Indireta - Autarquia Especial, 19 FME gerenciadas por Organização Social de Saúde (OSS) e 01 FME gerenciadas por modelo misto (onde parte da execução do CEAF é por gerência da AD e outra parte sob gerência de uma OSS). Os Núcleos de Assistência Farmacêutica (NAF) dos DRS auxiliam a CAF na gestão técnica local das FME (CASARINI, 2013; MARTINS, 2015; SÃO PAULO, 2015a).

Figura 1 – Distribuição das FME por DRS

Fonte: Adaptado de São Paulo (Estado) (2012a).

As etapas de execução do CEAF (solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade de tratamento) são realizadas nas FME (CASARINI, 2013).

Conforme previsto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, no Estado de São Paulo as etapas de execução (solicitação, renovação da continuidade do tratamento e dispensação) além de executadas pelas FME (para pacientes de sua área de abrangência), também são descentralizadas a 591 estabelecimentos de saúde das Secretarias Municipais de Saúde (em sua grande maioria no interior de São Paulo, conforme apresentado no Quadro 2) sob coordenação dos farmacêuticos dos municípios, mediante autorização concedida pelos pacientes. As etapas de

avaliação e autorização são executadas exclusivamente nas FME, conforme demonstrado na Figura 2 (BRASIL, 2017b; CASARINI, 2013; MARTINS, 2015).

O almoxarifado central da SES/SP está envolvido na operação logística de medicamentos do CEAF, visto que recebe os medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo MS e os distribui para as FME (COSEMS, 2013).

Ainda existem os centros de aplicação assistida de medicamentos, clínicas de hemodiálise, Serviços Credenciados – Hepatites Virais e Centros de Referência (Ex: Oftalmologia, Neurologia, Hematologia), que dispensam os medicamentos fornecidos pelas FME (COSEMS, 2013; MEDEIROS, 2016).

Quanto à infraestrutura, as FME possuem importantes diferenças com referência às condições de informatização, física e de RH. Em média as FME possuem um farmacêutico para mais de 8.000 pacientes atendidos no mês (CASARINI, 2013).

Quanto a informatização, em 2003, a SES/SP, juntamente com outras instituições de saúde do Estado, criaram o Sistema Informatizado "Projeto Medicamento Excepcional – MEDEX", em busca por soluções para o controle e gerenciamento dos processos do CEAF nas FME (BARROS et al., 2006). O Sistema MEDEX possui base Oracle para armazenamento dos dados e opera com restrição de senha, para que o acesso às informações seja realizado apenas por profissionais autorizados pelo gestor estadual. Sua função é controlar a dispensação dos medicamentos aos pacientes cadastrados nas FME, realizando o devido faturamento, com emissão de APAC eletrônica, dados estes que são exportados para o SIA/SUS (BARROS et al., 2006; CASARINI, 2013). Apenas a FME Hospital das Clínicas de São Paulo optou por utilizar sistema próprio para dispensação dos medicamentos do CEAF (CASARINI, 2013).

O CEAF no Estado de São Paulo representa uma das áreas de maior impacto financeiro na SES. Em 2015 a média de atendimentos / mês foi de 678.129 pacientes (Quadro 3), movimentando em medicamentos cerca de R$ 1.667.742.078,90/ano, dos quais R$ 161.841.019,69 são financiados pelo o Estado de São Paulo. Este valor representa aproximadamente 10% do orçamento do tesouro estadual para medicamentos e outros insumos (MARTINS, 2015; SÃO PAULO (Estado), 2015a, 2015b, 2016b).

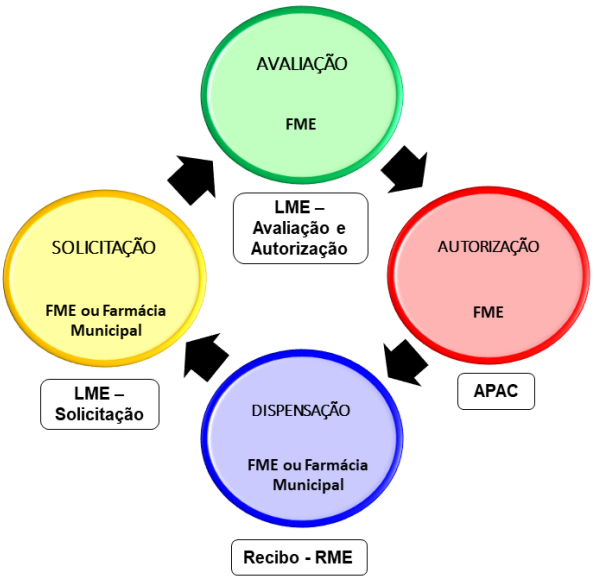
Quadro 2 – Caracterização da dispensação de medicamentos do CEAF no Estado de São Paulo, por DRS

DRS	Nº FME	Dispensação de medicamentos descentralizada ao município?		População – 2015	População atendida pelas FME – 2017	Proporção entre a população atendida pelas FME e a população abrangida por região (*)
		Sim	Não			
DRS 1 - Grande São Paulo	15	17	22	21.090.791	291.856	1,4%
DRS 2 - Araçatuba	1	39	1	417.647	19.384	4,6%
DRS 3 - Araraquara	1	23	1	853.696	14.850	1,7%
DRS 4 - Baixada Santista	1	7	2	296.933	29.881	10,1%
DRS 5 - Barretos	1	18	0	166.371	12.754	7,7%
DRS 6 - Bauru	2	67	1	2.769.880	35.619	1,3%
DRS 7 - Campinas	2	41	1	2.763.396	68.752	2,5%
DRS 8 - Franca	1	21	1	1.599.697	17.012	1,1%
DRS 9 - Marilia	2	60	2	1.744.292	27.905	1,6%
DRS 10 - Piracicaba	1	26	0	679.478	28.439	4,2%
DRS 11 - Presidente Prudente	1	44	1	4.848.284	19.958	0,4%
DRS 12 - Registro	1	15	0	201.566	4.852	2,4%
DRS 13 - Ribeirão Preto	1	26	0	739.095	25.302	3,4%
DRS 14 - São Joao da Boa Vista	1	20	0	786.692	19.901	2,5%
DRS 15 - São José do Rio Preto	3	83	19	2.263.025	50.302	2,2%
DRS 16 - Sorocaba	1	47	1	722.254	31.907	4,4%
DRS 17 - Taubaté	2	37	2	2.453.387	23.770	1,0%
Total	**37**	**591**	**54**	**44.396.484**	**722.444**	**3,09%**

(*) **Parâmetros nacionais:** Nº pessoas tratadas (2013) = 1.751.387; População residente enviada ao Tribunal de Contas da União (2013): 201.032.714; Proporção entre a população atendida pelo CEAF e a população brasileira (28): 0,9%.

Fonte: Adaptado de Medeiros (2018).

Figura 2 – Etapas de execução do CEAF no Estado de São Paulo



Fonte: Medeiros (2016).

Quadro 3 – Número de pacientes por DRS e FME[1]

DRS	FME	Tipo*	Nº pacientes	DRS	FME	Tipo*	Nº pacientes
I	Franco da Rocha	"Porta Aberta"	4.948	VI	Bauru	"Porta Aberta"	19.864
	Guarulhos		10.618		Botucatu		13.030
	Mogi das Cruzes		12.531	VII	Campinas "Setembrino"		63.021
	Osasco		18.698		UNICAMP		7.252
	Santo André		32.480	VIII	Franca		15.024
	AME Maria Zélia		61.622	IX	Marília		15.001
	AME Várzea do Carmo		35.067		Assis		10.988
	Vila Mariana		16.985	X	Piracicaba		24.690
	AME Dr. Geraldo Bourroul	"Pacientes próprios"	3.101	XI	Presidente Prudente		18.958
	CRT Aids		1.262	XII	Registro		4.440
	HC-FMUSP		54.320	XIII	Ribeirão Preto		22.387
	Hospital Heliópolis		498	XIV	São João da Boa Vista		17.136
	IAMSPE		10.354	XV	Hospital de Base		10.453
	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia		6.469		Hospital Estadual João Paulo II		21.165
	Instituto Emílio Ribas		1.009		Votuporanga		16.216
II	Araçatuba	"Porta Aberta"	19.211	XVI	Sorocaba		30.072
III	Araraquara		14.152	XVII	São José dos Campos		17.663
IV	Baixada Santista		26.731		Taubaté		9.302
V	Barretos		11.411	**Total**			**678.129**

***** Entende-se por "porta aberta" aquelas FME que recebem pacientes com prescrição de qualquer serviço de saúde (público ou privado), enquanto que a FME do tipo "pacientes próprios" são aquelas que só aviam prescrições de pacientes que foram emitidas dentro da própria instituição das quais estão sob gestão administrativa.

Fonte: Adaptado de Martins (2015).

[1] Informações extraídas do Sistema MEDEX e SIASUS referente ao mês de competência dezembro /2015.

2.3 GESTÃO EM SAÚDE

No Brasil, a palavra gestão tem sido cada dia mais frequente no cotidiano das pessoas, e não somente dos administradores (DIAS, 2002). Os pais da “gerência científica”, Taylor e Fayol, conceituam gerência como o ato de planejar, coordenar, controlar, avaliar e organizar, atividades que também estão relacionadas à gestão (LEITE; GUIMARÃES, 2016).

O dicionário português conceitua gestão como “ato de gerir ou administrar”, ou seja, etimologicamente posiciona a palavra gestão como equivalente e substituta da palavra administração (MICHAELIS, 2017). Para Dias (2002, p. 10-11), as palavras administração e gestão não são intercambiáveis, o autor entende que administrar é “planejar, organizar, dirigir e controlar pessoas para atingir de forma eficiente e eficaz os objetivos de uma organização”, diferente de gestão que é “lançar mão de todas as funções e conhecimentos necessários para através das pessoas atingir os objetivos de uma organização de forma eficiente e eficaz”.

Para o alcance de objetivos comuns, desejados, e proposto por uma organização, o gestor, tem por atribuições a interpretação e transformação dos mesmos em ação, por meio de planejamento, organização, direção e controle de todas áreas e níveis da organização, conduzindo pessoas, recursos disponíveis, e tecnologias para obtenção de resultados de maneira eficiente e eficaz (CHIAVENATO, 2000; LEITE; GUIMARÃES, 2016; MARIN et al., 2003).

Assim, diante de tantas atribuições do gestor, pode-se concordar com Motta (1991, p. 26) que a “gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados”. Além de ser arte, a gestão não deixa de ser ciência, visto que é fruto de conhecimentos, habilidades, atitudes que passam pelas dimensões ‘técnicas’, ‘administrativas’, ‘políticas’ e ‘psicossociais’, que devem ser desenvolvidas por parte do gestor (BRASIL, 2011a; DIAS, 2002; MARIN et al., 2003; MOTTA, 1991; ROVER; LEITE, 2015).

Diferentes autores entendem que a gestão pode ser desenvolvida em diferentes níveis de uma organização (superior, intermediário e operacional), fazendo com que as proporções diferenciadas de conhecimentos e habilidades técnicas e gerenciais constituam um processo decisório de diferentes intensidades (MARIN et al., 2003).

No âmbito da saúde, segundo a Norma Operacional Básica do SUS - NOB 01/96 (BRASIL, 1996, anexo - item 4), a palavra gestão e gerência possuem significados diferentes, considerando as diferentes instâncias de poder nos serviços de saúde. Assim, gestão é conceituada como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”; e gerência como “a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema”. A distinção entre os dois termos não é padronizada na literatura e, segundo Rover e Leite (2015), pode-se perceber na prática que as ações e as responsabilidades entre os profissionais de saúde, que atuam nos diversos serviços e funções, não são tão distintas.

A necessidade de aprimoramento do planejamento e gestão em saúde no Brasil foi incentivada, no início da década de 70, com a crítica da medicina social e o desenvolvimento das ciências sociais em saúde; e o final da década de 80 foi marcado pela “elaboração e implementação de propostas de reformas na gestão, planejamento e organização dos serviços”, bem como o “interesse crescente, na área de planejamento e gestão em saúde, por questões teórico-metodológicas” (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 76).

Novos conhecimentos sobre planejamento e gestão na área da saúde foram desenvolvidos obrigatoriamente com o surgimento de serviços públicos de atenção à saúde, porém, os conhecimentos acumulados sobre o tema ainda são escassos. Entretanto, segundo Campos (2006), não consegue tratar de todas as contradições determinantes da “ineficácia econômica (baixa produtividade), social (impotência em promover o bem-estar) e mesmo técnica (incapacidade de resolver problemas de saúde) dos sistemas estatais”.

Tamaki e colaboradores (2012) entendem que a Gestão do SUS é um processo pelo qual equipes gestoras (sujeitos) tomam decisões na implementação da Política de Saúde.

Paim e Teixeira (2006, p. 74, negrito nosso) conceituam política de saúde como:

> A resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus

> determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, **gestão** e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Gestão pública ou administração pública, envolve planejamento, organização, direção e controle em todas as esferas de poder (Federal, Estadual e Municipal), (BRASIL, 1996; LEITE; GUIMARÃES, 2016; MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

Para Leite e Guimarães (2016), o componente político muito forte que envolve a gestão pública, significa que o poder da sociedade está ali representado. E essa dimensão política é evidenciada quando Ferreira (2004) indica que a negociação é um instrumento importante na prática de gerenciar serviços de saúde.

Os diferentes poderes da população, e os seus diferentes graus de influência no processo decisório, devem ser reconhecidos na gestão pública, e essa situação exige cada vez mais a implantação de mecanismos de cogestão, onde governar é compreendido como um ato coletivo, em que o ator social que governa não é um indivíduo, mas sim uma composição dinâmica entre diversos atores (BRASIL, 2015b; MARIN et al., 2003; ROVER; LEITE, 2015).

Assim, considerando a necessidade negociação permanente para a construção de consensos e compromissos entre os gestores do SUS, que possuem diferentes perspectivas sobre o conceito “Gestão do SUS” por várias correntes teóricas e várias perspectivas empíricas, justificou-se a criação de espaços decisórios de gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2015b; LEITE; GUIMARÃES, 2016; TAMAKI et al., 2012).

Esses espaços de decisão compartilhada, no intuito de fortalecer a articulação interfederativa, são mediados pelas instâncias colegiadas de gestão do SUS, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselhos Municipais de Saúde, Colegiados de Gestão Microrregional, CIT, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR) (BRASIL, 2015b; LEITE; GUIMARÃES, 2016).

Espaços como CIT, CIB e CIR, costumam ser, por excelência, espaços onde existem conflitos, devido as diferenças e iniquidades regionais, de natureza demográfica, social, econômica e sanitária, bem como interesses ideológicos e/ou partidários. Sob o contexto da democracia, estas discussões interfederativas, aglutinadoras de dissenso e consenso, são positivas, considerando que estes

espaços são reconhecidos como foros de negociação e pactuação entre gestores (BRASIL, 1990, 2011d; LEITE; GUIMARÃES, 2016; ROVER; LEITE, 2015).

É nas Comissões Intergestores no âmbito da União, do Estado e da região, que serão pactuadas as formas de organização, direção e gestão da saúde, considerando o processo de descentralização no SUS, fazendo com que o planejamento e orçamento do SUS seja realizado de forma ascendente, do nível local até o federal, compatibilizando as necessidades de política de saúde nos diferentes níveis de sistema. Cabe aos Conselhos de Saúde, com a participação comunitária, deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades na gestão do SUS (BRASIL, 2015b).

Ainda, para que a gestão do SUS imprima a realidade dos níveis locais/regionais nas políticas de saúde, e a gestão seja evidenciada na ponta, com qualidade na atenção aos usuários e satisfação dos trabalhadores, é necessário que exista um diálogo efetivo e interação criativa entre o MS, e seus órgãos subordinados, junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e estas por sua vez com os profissionais dos serviços de saúde (BRASIL, 2015b; MALIK; MOTTA, 2007; ROVER; LEITE, 2015).

Para cumprir os preceitos constitucionais, alcançar os propósitos da gestão e garantir o funcionamento do SUS em todos os seus níveis, a gestão da saúde utiliza-se (em caráter permanente) de instrumentos de gestão para planejamento, execução, acompanhamento e avaliação de resultados, visando a realização de diagnósticos, definição de prioridades na resolução de problemas e definição de metas que aperfeiçoem o funcionamento do sistema de saúde (BRASIL, 2002b; 2011a; LEITE; GUIMARÃES, 2016). E os instrumentos de gestão “vêm sendo criados segundo a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e mesmo política dos diversos gestores do SUS ao longo do tempo e do espaço” (BRASIL, 2002b).

Os principais instrumentos de gestão no SUS são: Agenda de Saúde; Planos de Saúde; Programação Anual em Saúde, que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde; Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que deverão ser compatíveis com os Planos de Saúde; Relatórios de Gestão; Plano Diretor de

Regionalização; e Programação Pactuada e Integrada (BRASIL, 2002b, 2009b; TAMAKI et al., 2012).

Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, devendo ser elaborados pela União, Estados, Distrito Federal e municípios, em seu âmbito administrativo, de forma articulada, “compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS” (BRASIL, 2015b, p.37).

Ainda, cabe destacar um especial aspecto normativo, estabelecido no planejamento em saúde, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS – o Pacto de Gestão – que “estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê” (BRASIL, 2006b, anexo I, item III).

Um outro marco importante para gestão do SUS foi a publicação do Decreto 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011d; TAMAKI et al., 2012). A produção resultante do processo de planejamento regional integrado, realizado no âmbito da Região de Saúde, resulta em mais um instrumento de gestão, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), cujo objeto é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde (com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários), com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011d, 2015b).

A ausência de planejamento compromete a gestão, impulsionando ações que podem ser desnecessárias e que não atendam aos interesses da população, desta forma, é um desafio inovar nos processos e instrumentos de gestão, garantir o acesso com qualidade, fortalecer os vínculos interfederativos e promover a participação e a gestão democrática (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015; TAMAKI et al., 2012).

Além do desafio de inovar nos instrumentos de gestão, a gestão da saúde enfrenta diversos desafios na prática das instituições (TAMAKI et al., 2012), e segundo Paim e Teixeira (2006), o enfrentamento desses “desafios da prática” foi evidenciado no final dos anos 1980, por docentes e pesquisadores, que passaram a atuar junto as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Martins e Waclawovsky (2015, p.100), por meio de uma revisão de literatura, em artigos publicados entre 1994 e 2014, selecionaram os principais problemas e desafios enfrentados pelos gestores na gestão em saúde, apresentando, em resumo, os seguintes resultados:

> [...] falta de planejamento, a integralidade das ações em saúde, a equidade, a universalidade, o financiamento, a burocracia, a descentralização, o trabalho em equipe multiprofissional, a participação popular, a regulação do acesso, a gestão dos recursos humanos, a avaliação e a auditoria e a gestão da qualidade dos serviços.

Outros autores também citam desafios para gestão do SUS, conforme listado abaixo:

- Utilizar os recursos de maneira mais produtiva possível, colocando os serviços púbicos em prol do bem-estar coletivo (CAMPOS, 2006);
- Desenvolver mecanismos que traduzam os princípios e diretrizes fundamentais do SUS efetivamente na prestação dos serviços à população (FERREIRA, 2004; SCHRAIBER et al., 1999);
- Realizar gestão democrática na prática, por um processo de poder compartilhado e descentralização do processo decisório, com efetiva comunicação entre serviços e os distintos níveis hierárquicos, diminuindo a distância entre os dirigentes e a maioria executante de ações e serviços (MARIN et al., 2003; ROVER; LEITE, 2015);
- Entender desafios práticos e de possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos com vistas à assistência integral (SCHRAIBER et al., 1999);
- Desenvolver RH, na busca de qualidade e melhoria do desempenho dos serviços de saúde (MARIN et al., 2003).
- Identificar, priorizar e intervir corretamente nos principais problemas, escolhendo a melhor estratégia de intervenção, acompanhamento e avaliação (MARIN et al., 2003);
- Usar informações como recursos primordiais para o desenvolvimento do conhecimento para a tomada de decisão (PINHEIRO et al., 2016);
- Utilizar estratégias metodológicas que permitam a obtenção de conhecimento sobre as políticas, programas e serviços, por intermédio do monitoramento e da avaliação, partindo da compreensão de que um mesmo programa poderá

apresentar diferentes resultados quando implantado sob diferentes condições contextuais (TAMAKI et al., 2012);

- Desenvolver pesquisas sólidas sob a perspectiva científica e ao mesmo tempo viável, legítima e aplicável na prática, ou seja, criação de conhecimentos, metodologias e tecnologia que suporte o pleno desenvolvimento do SUS (TRAVASSOS; NOVAES, 2004);
- Otimizar recursos já existentes, considerando a escassez de dinheiro para a saúde, e ampliar capacidade de gestão, aumentando a eficiência administrativa (BRASIL, 2015b; MALIK; MOTTA, 2007);
- Apoiar Programas de Qualificação e Acreditação, visando à melhoria dos serviços, investindo tanto em RH quanto em tecnologia de ponta (FURTADO, 2007).

Os diferentes desafios listados exigem dos gestores públicos agilidade, flexibilidade, capacidade de planejar, estruturar e avaliar as ações realizadas, com o intuito de que a qualidade no atendimento e nos serviços prestados seja alcançada (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

Para Donabedian (1990) são atributos de qualidade em saúde: aceitabilidade dos usuários; acessibilidade; adequação de serviços em relação às necessidades e à demanda; confiabilidade; continuidade do cuidado; desempenho compatível com os padrões aceitáveis; efetividade; eficácia; eficiência; equidade; oportunidade (cuidado disponível quando necessário); participação do paciente e dos familiares no cuidado; privacidade e confidencialidade e segurança.

Não existem fórmulas mágicas e infalíveis de gestão, frente à complexidade da gestão no SUS, exigindo dos gestores capacitação e esforço técnico, conhecimentos, habilidades humanas e políticas, bem como interação com a sociedade (TAMAKI et al., 2012; ROVER; LEITE, 2015).

2.3.1 Capacidade de gestão

O debate amplo e diversificado sobre o conceito de gestão, sua complexidade e multideterminação, fundamentam-se em variados campos teóricos. Porém, recentemente, este debate foi se polarizando qualitativamente em dois deles, a

saber, o da administração e o da ciência política (GUIMARÃES et al., 2004; LEITE; GUIMARÃES, 2016).

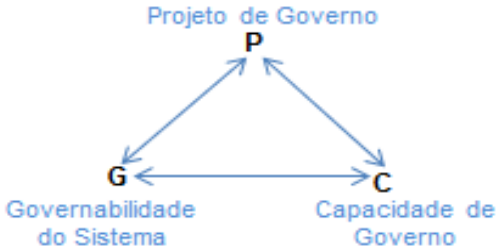
Segundo Guimarães e colaboradores (2004, p. 1645), tem-se:

> No campo da administração, o conceito de gestão se aproxima da ideia de gerência e desta forma toma um caráter mais operacional e instrumental ao prevalecer o entendimento de que se trata de uma função organizacional voltada para a coordenação e o controle.
>
> No campo da ciência política, do qual também se aproxima a administração pública, o conceito de gestão incorpora uma dimensão política que se traduz em aspectos menos procedimentais, privilegiando a discussão sobre o poder e sua legitimidade, politizando assim os conflitos presentes no processo de decisão no âmbito das organizações, inclusive nas organizações públicas.

Santos e colaboradores (2006) compreendem que os dois polos conceituais, da administração e da política, não são antagônicos e/ou excludentes e, em certa medida, se complementam na discussão sobre o conceito de gestão.

Assim, agregando na discussão sobre gestão desses dois campos teóricos, tem-se um esquema (Figura 3) denominado Triângulo de Governo, proposto por Matus (1993).

Figura 3 – Triângulo de Governo



Fonte: Adaptado de MATUS (1993).

O modelo triangular proposto por Matus (1993) privilegia tanto categorias normativas (existência de projetos de governo) e categorias administrativas (capacidade técnica de direção e planejamento) quanto categorias políticas (governabilidade do sistema), sendo que a capacidade de governar pode ser verificada com a articulação destas três dimensões, mutuamente condicionadas (GUIMARÃES et al, 2004; MATUS, 1993).

Assim, essas dimensões contemplam as seguintes ideias (MATUS, 1993; SANTOS et al., 2006):

- **Projeto de governo**: revela a articulação dinâmica entre a existência de projetos claros, com ações capazes de conduzirem o sistema ao alcance de seus objetivos; necessidade de ter direção, e um conjunto de leis que oriente e sustente as decisões;
- **Governabilidade do sistema**: traduz a necessidade de construir fortes alianças, ou seja, que se reduza a resistência ao projeto de governo;
- **Capacidade de governo**: caracteriza-se por manter e mobilizar recursos operacionais, técnicos e humanos para a consecução do projeto; perícia para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta.

Considerando as definições apresentadas anteriormente, Marin e colaboradores (2003) interpretam que o gestor dirige um processo para alcançar objetivos (projeto), utilizando-se de capital intelectual, político ou financeiro acumulado pelas equipes de trabalho (capacidade de governo), superando obstáculos, buscando controlar as variáveis decisivas para sua execução (governabilidade).

A interdependência entre as três dimensões fica clara ao gestor, que atua em ambientes onde a realidade social é extremamente dinâmica e onde está sujeito a situações de incerteza e de imprevisibilidade. Neste sentido, gerenciar é uma prática que requer visão ampliada dos problemas e da realidade que se pretende transformar (ROVER; LEITE, 2015).

Assim, Guimarães e colaboradores, 2004 entenderam que tal capacidade de governar se aproxima, tanto do ponto de vista conceitual como operacional da capacidade de gestão.

Além disso, foram considerados outros aspectos relativos à imagem-objeto dos novos modelos de gestão pública que são, por sua vez, baseados nas teses do Novo Gerencialismo Público, que (GUIMARÃES et al., 2004, p.1646):

> Além dos princípios da flexibilidade e da maior autonomia decisória, esses novos modelos de gestão também perseguem uma maior capacidade de sustentar resultados, no sentido da construção de estratégias de gestão que possam assegurar a continuidade dos resultados obtidos e favorecer maior confiabilidade à organização.

Nessa mesma perspectiva, o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) conceituaram gestão como “um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados” e capacidade de gestão como “a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão” (BARRETO; GUIMARÃES, 2010, p. 1208). E assim como no modelo criado por Matus (1993) que está fundamentado em três vertentes, agregou-se ao conceito que a decisão é o elemento central que perpassa o processo de gestão, se revelando em três dimensões (GUIMARÃES et al, 2004; GUIMARÃES et al.; 2015):

- **Organizacional**: evidencia o formato do processo decisório (quem e como se decide); diz respeito aos aspectos relacionados à capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente;
- **Operacional**: (capacidade de executar) que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos;
- **Sustentabilidade**: (capacidade de sustentar resultados) que revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados de gestão; aspectos relacionados com a institucionalização de mecanismos e estratégias que ampliem e/ou consolidem apoios e alianças capazes de favorecer a sustentabilidade das decisões e dos resultados pretendidos pela gestão.

2.3.2 Gestão da Assistência Farmacêutica

A gestão da AF vem avançando timidamente desde a implantação do SUS, e de forma geral, entende-se que o desenvolvimento deste campo de atividade na AF está em pleno curso (ROVER; LEITE, 2015).

Fato que corrobora com essa afirmação, é que desde a publicação da Lei Orgânica da Saúde, que deu bases para operacionalização e construção do SUS, já se apresentava a necessidade de formulação de políticas em AF. No entanto, a PNM e PNAF foram publicadas 08 e 14 anos mais tarde, respectivamente, evidenciando o lento processo no estabelecimento de diretrizes importantes que fundamentam a gestão da AF (BRASIL, 2001, 2004a, 2011a; ROVER; LEITE, 2015).

Com a publicação da PNM, gerou-se a necessidade de desenvolvimento da gestão da AF no nível estadual e municipal, sendo que até os dias de hoje, está se buscando construir e aprimorar a atividade de gestão, considerando que esta ainda está isolada do contexto da saúde e encontra-se pouco institucionalizada (LEITE; GUIMARÃES, 2016; ROVER; LEITE, 2015).

A dificuldade de institucionalização da gestão da AF também se deve ao reduzido financiamento para estruturação e organização de serviços farmacêuticos, considerando que até a publicação do Pacto para Saúde (2006), que definiu a responsabilidade Estadual de estruturação da AF, e a publicação da Portaria nº 204/2007, onde ampliou-se a possibilidade de estruturação de serviços (bloco de gestão), os recursos financeiros se restringiam à compra de medicamentos (BRASIL, 2007, 2011a).

Para Leite e Guimarães (2016, p. 42) fazer gestão da AF é:

> Alinhar todo o saber e fazer tecnicamente qualificado do farmacêutico com o saber e o fazer político e social de um gestor em um sistema de saúde. É conduzir as etapas de forma que se alcancem os resultados esperados pelo sistema de saúde.

Estudos de revisão de literatura sobre gestão da AF, realizados por Moratelli e Inácio (2010), constataram que a maior parte dos trabalhos vinculam o conceito de gestão principalmente a princípios organizacionais e burocráticos, voltados à logística de medicamentos.

O ciclo da AF proposto por Marin e colaboradores (2003), foi um importante marco teórico de estratégias e conjunto de ações para gestão da AF, mas a gestão não deve ser restringida as atividades operacionais logísticas do medicamento. O ciclo da AF fechado hermeticamente impossibilita o envolvimento de questões sociais e políticas, gestão partilhada e autonomia decisória, que precisam ser consideradas ao se fazer gestão (MENDES, 2013).

É possível identificar na trajetória de construção da AF no SUS o predomínio de uma concepção minimalista da gestão da AF, focado em uma visão tecnicista, delimitada ao cuidado do produto medicamento, e quando muito, ao seu destino, em detrimento de iniciativas de gestão de natureza estratégica e política que visem o uso racional do medicamento (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; ROVER; LEITE, 2015). Segundo Leite e Guimarães (2016) e considerando a PNAF o medicamento deve ser o insumo essencial e não o foco dos serviços.

Para Rover e Leite (2015, p. 49) a tarefa de gestão é ainda mais difícil na AF, porque trata-se de uma área que “ora é entendida como apoio ao sistema de saúde, como fornecedora de produtos, ora como atividade de atenção à saúde, ora como gerenciamento de uma política”, e as atividades executadas por ela podem “ser reconhecidas como atividades-meio, dificultando o reconhecimento do produto final da ação (a saúde da população)”.

Ainda, segundo alguns autores, para que o gerenciamento seja qualificado e possa ser plenamente desenvolvido, a AF deve possuir/utilizar (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; BRASIL, 2011a; LEITE; GUIMARÃES, 2016; MARIN et al., 2003; PINTO; CIPRIANO; CHAVES, 2009; ROVER; LEITE, 2015):

- Estrutura organizacional formalizada no organograma da Secretaria de Saúde;
- Missão e atribuições de cada atividade operativa;
- Atividades operacionais padronizadas e divulgadas para todos os colaboradores envolvidos;
- Fluxo administrativo ágil, simplificado e racional dos processos;
- Estratégias de incorporação e/ou reposição de RH com agilidade;
- Mecanismos que estimulem maior produtividade, qualidade e comprometimento de funcionários, mesmo diante da dificuldade de aplicar uma política salarial diferenciada e flexível no SUS;
- Caráter sistêmico, conhecendo o contexto da situação em que está inserida, se envolvendo em estratégias multiprofissionais;
- Planejamento das ações para organizar e estruturar atividades, ter um direcionamento claro, com objetivo de modificar uma dada realidade;
- Ferramentas de gestão que auxiliem na sistematização das práticas de gestão;
- Articulação e negociação com outras instâncias da organização e com gestores de outros entes federativos, visando pactuação de ações de relevância para AF e construindo parcerias (alianças), fortalecendo a consecução do projeto;
- Política definida, indicando rumos e linhas estratégicas e definindo prioridades de ações no âmbito de sua atuação;

- Autonomia para tomar decisões e implantar ações e diretrizes que entenda serem necessárias;
- Liderança motivada, que estimule a participação, reforce o sentimento de identidade social do grupo como organização, favoreça o processo de articulação, influencie pessoas a trabalharem em equipe por um objetivo comum;
- Capacidade de integrar os produtos, os serviços e o fazer coletivo: a disponibilização e o uso dos medicamentos, os resultados logísticos e os clínicos sociais.

Problemas de gestão podem implicar em grandes desperdícios no SUS, considerando que os medicamentos representam cerca de 20% dos gastos totais em saúde (BRASIL, 2011a; MACHLINE, 2008; MARIN et al., 2003).

A AF ainda não está totalmente inserida nos instrumentos de planejamento do SUS, há necessidade de inclusão de mais ações para organização de serviços farmacêuticos nos Planos de Saúde, visando a garantia de maior desenvolvimento desta área, impulsionando a revisão de processos e rotinas de trabalho, descentralização de tarefas, bem como a capacitação de equipes de trabalho para as funções de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação em saúde (BRASIL, 2006c; 2011a, 2015b).

2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Para aumentar a possibilidade de alcance dos objetivos propostos e evitar o desperdício de esforços e recursos, é necessário que os gestores de determinada organização realizem além do planejamento (diagnóstico, definição de objetivo/meta, e plano/cronograma de atividades), que estabeleçam critérios de acompanhamento e avaliação, estabelecendo instrumentos que possibilite a detecção do quanto se avançou para o alcance dos resultados (BRASIL, 2006c; MARIN et al., 2003);

O acompanhamento e avaliação, porém, possuem distintas definições. O “acompanhamento” são ações desenvolvidas, de forma rotineira, para identificar se as atividades estão sendo realizadas conforme planejado, permitindo verificar a existência de mudanças (mas não as suas razões), bem como permitindo intervenção, com ações corretivas durante a implementação ou curso do serviço ou

do projeto. A “avaliação” se refere à realização de um julgamento de valor para identificar o quanto os resultados e impactos pretendidos estão sendo atingidos e os porquês (MARIN et al., 2003; TAMAKI et al., 2012).

A Lei Orgânica da Saúde atribui a atividade de avaliação de ações e serviços de saúde como responsabilidade comum entre gestores da União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (BRASIL, 1990). Assim, os instrumentos de gestão do SUS devem ser orientados pelas necessidades de saúde da população, e considerando a avaliação em saúde (BRASIL, 2015b).

A avaliação de desempenho na gestão de empresas privadas ganhou importância ao longo do século XX, inicialmente com foco em redução de custos e em seguida agregou-se a preocupação com a qualidade do processo, e isso foi transportado também às instituições públicas, que passaram a ser cobradas por aumento de produtividade, melhoria na qualidade dos serviços e eficácia organizacional (CALVO; HENRIQUE, 2006).

As avaliações da gestão em saúde ganharam visibilidade, em suas várias dimensões e níveis de complexidade, a partir dos anos 1999-2000 (PAIM; TEIXEIRA 2006). Segundo Guimarães e colaboradores (2015, p.19), os modelos de avaliação da gestão de serviços de saúde tomou folego nesta época, em decorrência do Plano de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, inspirado pelo Novo Gerencialismo Público, com a consolidação das parcerias público-privadas, das organizações sociais e, mais recentemente, com a criação de fundações estatais. Porém, a avaliação, como suporte da tomada de decisão, ainda não está plenamente institucionalizada no âmbito das organizações de saúde no Brasil (TANAKA; MELO, 2008).

As agendas dos governos de diferentes países vêm sendo ocupadas com a discussão dos desafios e oportunidades da avaliação de políticas públicas. No Brasil, considerando a natureza do SUS, permeada por noções de democracia e universalidade, a avaliação (como ferramenta de gestão) deve ser discutida, não somente em decorrência das exigências das diversas agências financiadoras e dos benefícios que pode trazer para os que decidem, mas também do imperativo de prestar contas para os cidadãos que convivem com as decisões (GUIMARÃES et al.; 2015; TAMAKI et al., 2012).

Essas discussões são validadas, considerando que os gestores da saúde têm se confrontado no seu cotidiano com diversos desafios, dentre eles “o uso das informações como recursos primordiais para tomada de decisão”, que proporcionam um novo ponto de vista para interpretação de eventos e fenômenos, dando visibilidade a significados antes invisíveis, bem como tornam as ações, mais inteligentes, eficientes e eficazes (PINHEIRO et al., 2016, p. 3).

A avaliação, por ser um “processo técnico-administrativo e político de julgamento do valor ou mérito de algo, para subsidiar a tomada de decisão no cotidiano” é um instrumento de gestão que produz informações capazes de apoiar intervenções de forma oportuna (TANAKA; MELO, 2008, p. 119).

Essas informações produzidas, a partir de uma avaliação, devem permitir medir e comparar o que se faz com ações similares ou esperadas, manifestar demandas de operações e estratégias para implementá-las (TANAKA; MELO, 2001; 2008). Essa característica da avaliação (forma de utilização dos resultados) é a que a distingue de um mero diagnóstico (TANAKA; MELO, 2001; 2008).

Ainda, aquele que toma a decisão, deve ser capaz de sustentá-las, sendo essa uma capacidade política importante para que os resultados encontrados na avaliação possam subsidiar novas intervenções de forma efetiva (TANAKA; MELO, 2008).

Contandriopoulos e colaboradores (1997) definem intervenções como um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos), organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.

Assim, a avaliação é considerada como positiva quando é capaz de contribuir para a identificação de problemas e proposição de alternativas para o enfrentamento dos mesmos, melhorar a qualidade de decisões, garantir a maximização da consecução dos objetivos definidos pelas políticas e programas, bem como agilizar e facilitar as mudanças pretendidas pelos gestores (FARIA, 2005; FERREIRA, 2004; SANTOS et al., 2006).

A área de avaliação em saúde passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica (NOVAES, 2000). É um conceito que muda de acordo com o contexto, estando em constante evolução, e incorporando novas

perspectivas, tornando a avaliação, através do tempo, mais complexa em informações e sofisticada quanto aos seus propósitos (GUIMARÃES et al., 2015).

Para que a avaliação ganhe a inteligibilidade é necessária a definição do objeto e o sujeito da avaliação, posição do avaliador, propósitos, objetivos, modos de proceder (metodologia predominante), forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade da avaliação, e tipo de juízo formulado (GUIMARÃES et al., 2004; NOVAES, 2000).

Quanto a posição do avaliador, este pode ser interno, envolvido diretamente no processo, ou externo ao programa avaliado (TANAKA; MELO, 2008). Para Contandriopoulos (2006), quando a avaliação é conduzida por atores internos, a mesma deve ser realizada de forma participativa, democrática e não hierarquizada, visando afastar possíveis distorções.

A avaliação pode ter como objetivo a identificação de questões que precisam ser aprimoradas, as que precisam ser mantidas e as que precisam ser priorizadas, para o alcance da imagem-objetivo, bem como detectar fatores que facilitam ou impedem que os resultados esperados sejam atendidos (GUIMARÃES et al.; 2015). Para Matus (1983), a imagem-objetivo é a situação futura ideal ou desejada, que marca o direcionamento das estratégias a serem implantadas.

Para Novaes (2000), com a combinação das características de cada um dos critérios da avaliação em saúde pode-se identificar três grandes tipos de pesquisa de avaliação: investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão, conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 – Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados

Critérios	Investigação avaliatória	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização e Compreensão	Caracterização e Quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo, experimental, quase experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumento para gestão
Juízo formulado em relação à temporalidade	Hipóteses Pontual/replicado	Recomendações Corrente/pontual	Normas Integrado/contínuo

Fonte: Novaes (2000, p. 549).

Ainda, para o autor, a avaliação de programas em saúde tem como foco a análise de programas, como processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados. São considerados programas tanto aquelas propostas com um macro objetivo, como a implantação de formas de atenção à população, e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como as atividades desenvolvidas em serviços de saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela (NOVAES, 2000).

Quando se trata de serviços assistenciais de saúde, a corrente de avaliação mais conhecida é a avaliação e garantia da qualidade, representada por trabalhos clássicos de Donabedian (SCHRAIBER et al., 1999). Donabedian (1980, 1990) desenvolveu os pressupostos conceituais da chamada avaliação da qualidade, que estabelece a tríade “estrutura-processo-resultado”. Para o autor os três aspectos que compõe essa avaliação representam:

- **Estrutura:** são as características estáveis da assistência à saúde - RH, físicos ou financeiros para organização dos serviços.
- **Processo:** atividades desenvolvidas entre os profissionais e os pacientes.

- **Resultado:** Entende-se como a mudança no estado atual e futuro da saúde do paciente que possa ser atribuída assistência prestada. O grau de satisfação do paciente e sua comunidade.

Sete atributos devem ser considerados ao se falar de qualidade em saúde, a saber, eficácia (o melhor que se pode fazer, nas condições mais favoráveis), efetividade (melhoria na saúde alcançável na prática cotidiana), eficiência (melhoria alcançada com o menor custo possível), otimização (relação entre o custo e benefício mais favorável), aceitabilidade (adaptação do cuidado em saúde aos desejos, expectativas e valores do paciente e sua família), legitimidade (conformidade do cuidado prestado com as preferências da comunidade ou sociedade), equidade (determinação do que é justo ou razoável na distribuição do cuidado entre os membros da população) (DONABEDIAN, 1980, 1990).

Para Tanaka e Melo (2001, p. 19), o indicador é uma variável ou atributo, que é "capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar", válido para o contexto especifico do que se está avaliando. Jannuzzi (2001) conceitua "indicador" um elemento que indica condição, característica, atributo ou medida numérica que, ao registrar, compilar e analisar facilita que conceitos mais complexos se tornem mensuráveis.

Os indicadores (instrumentos de aferição na avaliação), são utilizados para identificar, a qualquer momento, o desempenho de processos ou impacto dos processos, sendo úteis para diagnosticar deficiências, fornecer feedback comparando com o desempenho padrão, tomar e apoiar decisões (CIPRIANO; CARVALHO; PINTO, 2009).

Comumente o indicador é representado como uma variável numérica, podendo ser número absoluto ou uma relação entre dois eventos ou uma qualidade do evento, sendo estabelecido pela sua utilidade, descrição, padrão, fontes, método, periodicidade de coleta dos dados e cálculo (BRASIL, 2011a; TANAKA; MELO, 2001).

Também precisam ser factíveis e que expressem valor compartilhado por todos os envolvidos, ou seja, devem fazer sentido na perspectiva dos atores envolvidos, para que as interpretações tenham relevância tanto na produção de resultados, como no desenvolvimento de processos de aprendizagem (GUIMARÃES et al., 2004; TAMAKI et al., 2012).

Considerando que a característica da avaliação é estar centrada na análise de tendência dos indicadores, e menos na precisão absoluta e contínua da informação, a utilização dos indicadores deve ser entendida como um exercício permanente (contínuo), marcada por revisões e adaptações permanentes em conformidade com o contexto, visando o aperfeiçoamento da capacidade de aferir aquilo que se pretende (SANTOS et al. 2006; TANAKA; MELO, 2001).

Para chegar ao juízo de valor, pressuposto da avaliação, é necessário realizar análise dos resultados do indicador coletado comparando-os com parâmetros definidos. Assim, ao escolher o indicador, o avaliador deve definir claramente os referenciais que serão adotados para comparação, estabelecendo um ótimo esperado e outras gradações (SANTOS et al. 2006; TANAKA; MELO, 2001).

Segundo Tanaka e Melo (2001, p. 25) os parâmetros podem estar baseados:

- Na situação inicial que se quer modificar (situação-problema).
- No objetivo da avaliação, que seria retratado nas metas quantitativas ou mudanças na qualidade dos serviços prestados.
- No conhecimento científico prévio, que pode ser definido como um padrão técnico identificado na literatura e ajustado ao texto local.

Ao definir os parâmetros, é necessário levar em consideração os recursos disponíveis e/ou passíveis de serem mobilizados, bem como compartilhá-los com o maior número de atores envolvidos, de forma que os resultados sejam comparados com uma referência factível de ser alcançada, bem como permitam dar sentido a um conjunto de dados e informações, de forma que ultrapasse a condição de apenas descrever a situação avaliada (SANTOS et al. 2006; TANAKA; MELO, 2001).

Para construção dos indicadores, é necessário que exista coleta de dados (TANAKA; MELO, 2001). Esses dados coletados podem ser denominados primários, quando são obtidos diretamente pelo avaliador, por meio de investigações, entrevistas, documentos, observações, ou secundários, quando são obtidos por meio de consulta a banco de dados ou relatórios, publicados e conduzidos por outras pessoas ou instituições (BARRETO; CALVO, 2016).

Segundo Cipriano, Carvalho e Pinto (2009) para que os indicadores sejam úteis ao processo de decisão, precisam respeitar os seguintes atributos:

- Simplicidade – simplicidade e clareza na relação matemática fará que o indicador apresente menos distorções;
- Inteligibilidade – seja facilmente entendido pelos usuários e analistas;

- Rastreabilidade – conhecimento e controle de variáveis;
- Estabilidade – captação de eventos bem definidos;
- Sensibilidade – capta pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;
- Validade – quando o evento estudado é medido com fidelidade;
- Objetividade – não depende da interpretação do observador;
- Baixo custo para obtenção – utilização de dados que são facilmente obtidos.

A avaliação somente se completa e servirá para subsídio a tomada de decisões e intervenções concretas, quanto os resultadosretornam adequadamente para os atores envolvidos, financiadores e público em geral (MARIN et al., 2003; TANAKA; MELO, 2001).

O avaliador ao fazer a retroalimentação (*feedback*) dos resultados deve atentar-se em destacar os pontos relevantes e o bom desempenho, bem como apresentar as fragilidades e oportunidades de melhoria identificadas, apontando também as possibilidades de correção de rumo (MARIN et al., 2003).

Para Faria (2005) muitos são os fatores que podem interferir a utilização dos resultados da avaliação pelos gestores, na tomada de decisão, tais como:

> Existência de crenças e interesses conflitantes na organização que gerencia o programa; ocorrência de conflitos de interesses entre as distintas unidades do programa; mudanças no pessoal encarregado, quando, por exemplo, os novatos têm prioridades diferentes daquelas vigentes na época do início da avaliação; eventual inflexibilidade das regras e dos padrões operacionais da organização encarregada, que pode impedir a adoção das recomendações feitas quando da avaliação; e mudanças nas condições externas, tais como cortes orçamentários e alterações no ambiente político, que podem tornar impossível para a organização responder à necessidade de mudança revelada pelos avaliadores.

Com muita frequência a avaliação é tomada pelos profissionais como constrangedoras, quando não persecutória e punitiva, por mais que os teóricos afirmem que o mais importante é analisar o erro e não o culpado (SCHRAIBER et al., 1999).

Segundo Malik (1992) há uma crença disseminada de que é mais fácil trabalhar com qualidade no setor privado do que no público, considerando a relativa

impunidade dos trabalhadores deste setor, o que corrobora com o fato de a avaliação ter uma conotação punitiva em muitas organizações.

Assim, a avaliação deve ser entendida como uma ferramenta no processo de planejamento em gestão, que deve ser entendido como um processo de aprendizagem/correção/aprendizagem, permitindo com que fragilidades encontradas sejam consideradas como oportunidades de correção permanente da trajetória (MARIN et al., 2003).

Muitos estudos demostram que os processos avaliativos tinham um acentuado viés *top-down*, sendo encarados como ferramentas de planejamento destinada, em via de regra, por formuladores de políticas e gerentes de alto escalão (FARIA, 2005). Porém segundo Tanaka e Melo (2001, p. 14) “a avaliação deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas e, por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações”.

A implementação da avaliação, a partir de definições de qualidade de fato negociadas entre profissionais executores do serviço e a gerência, pode ser um mecanismo de resgate da profissionalização, do orgulho e da valorização do trabalho (SCHRAIBER et al., 1999. p. 237).

O custo da não qualidade nos serviços é sempre alto, pois envolve o desperdício, o ‘retrabalho’, e a falta de confiabilidade (MARIN et al., 2003). A avaliação em saúde propicia informações quanto a qualidade dos serviços aos seus gestores, requeridas para a definição de estratégias de intervenção (TAMAKI et al., 2012).

Ainda existe grande quantidade de informações registradas nos serviços de saúde, que não são utilizadas para a análise e planejamento pelo gestor, com intuito de definir prioridades e para reorientação de práticas. Assim, “a utilização desse potencial inexplorado deve ser uma meta nos processos de elaboração de instrumentos para o Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS” (TAMAKI et al., 2012, p. 841).

2.4.1 Avaliação em Assistência Farmacêutica

A necessidade de realização de estudos avaliativos na AF tem sido evidenciada e priorizada pelo MS nos últimos anos, inclusive, no campo do CEAF, conforme pontuado na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2011c, p. 63):

> 24.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS
>
> 24.2.1 Desenvolvimento de instrumentos e indicadores de avaliação de processos de organização e gestão da assistência farmacêutica.
>
> 24.2.2 Estudos de avaliação da eficácia e efetividade da atenção farmacêutica.
>
> 24.2.3 Avaliação da eficácia, eficiência e efetividade do programa de medicamentos excepcionais.

Para Leite e Guimarães (2016), a avaliação da AF é restrita, pois se espera como resultado na AF o próprio produto, e não os serviços farmacêuticos.

A avaliação continuada da AF é uma estratégia para solidificar a gestão desta área no SUS, porém, a deficiência no registro de informações dos serviços prestados ainda é uma realidade, dificultando a sua utilização em instrumentos gerenciais (BRASIL, 2011a; MENDES, 2013).

Reconhecendo que o conhecimento de problemas auxilia na definição de prioridades e dos mecanismos de intervenção, há necessidade prioritária de investimento em sistemas de informações gerenciais na AF, que apresentem a realidade dos serviços, disponibilizando indicadores seletivos e específicos, para auxílio na formulação de políticas e ampliação da possibilidade de avaliação dos dados, de forma que subsidie e qualifique a tomada de decisão dos gestores nesta área (BRASIL, 2011a; MARIN et al., 2003).

Os artigos encontrados na literatura, sobre avaliação da AF, são voltados para atividades técnico-operacionais, pautadas por parâmetros normativos, limitados à descrição de serviços, sem emissão de juízo de valor sobre os resultados encontrados, podendo ser caracterizadas como um autodiagnóstico (BARRETO; CALVO, 2016; SANTOS, 2011).

As avaliações da AF comumente encontradas, quando estão baseados na tríade proposta por Donabedian, empregam somente elementos relacionados à estrutura e processo, e voltadas ao ciclo do medicamento, tais como verificação de condições de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, avaliação

de prescrições médicas e acesso aos medicamentos (BARRETO; CALVO, 2016; SANTOS, 2011).

Considerando a necessidade de construção de um referencial de avaliação de gestão ampliado, o NEPAF, destacou-se, por seu ineditismo e por sua contribuição metodológica, ao realizar um estudo que avaliou a gestão descentralizada da AF em municípios baianos (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; ROVER; FARIAS, 2015).

O NEPAF utilizou-se dos conceitos e do modelo de avaliação da capacidade de gestão das organizações sociais, construído pelo grupo de pesquisa Descentralização e Gestão de Políticas Públicas da Estada de Administração da UFBA – publicado por Guimarães e colaboradores (2004) e Santos e colaboradores (2006), para construir um protocolo de indicadores que pudesse ser aplicado para avaliação da gestão em AF no âmbito municipal (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; GUIMARÃES et al.; 2015).

Este protocolo de indicadores desenvolvido pelo NEPAF posteriormente foi adaptado para a realidade de municípios catarinenses por Manzini (2013) e aplicado por Mendes (2013) para avaliação da capacidade de gestão da AF básica em seis municípios de Santa Catarina.

Considerando as experiências de avaliação da gestão da AF em municípios, no âmbito da atenção básica; considerando a recente implantação do CEAF, e que poucos estudos foram feitos a este componente, o Grupo de Pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos” da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) realizou um estudo para avaliação da capacidade de gestão do CEAF em Santa Catarina (ROVER et al., 2017a).

2.4.2 Avaliação da Capacidade de Gestão do CEAF – a construção do modelo.

Nesse tópico será abordado o modelo construído por Rover (2016), inspirado no conceito de capacidade de gestão e suas dimensões proposto por Guimarães e colaboradores (2004) e Santos e colaborares (2006), para elaboração de um protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF nos estados e validado no Estado de Santa Catarina.

Visando aprofundar os conhecimentos sobre a gestão do componente no nível estadual e fornecer elementos adicionais para a proposição dos modelos teórico e lógico, que seriam utilizados como base para o desenvolvimento de um protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão estadual do CEAF, Rover (2016), realizaram estudos exploratórios sobre o componente, desenvolvidos em dois momentos:

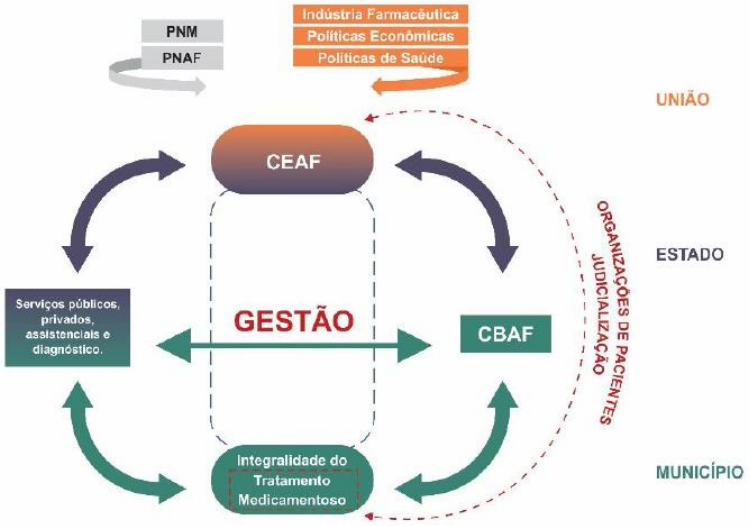
- O primeiro explorava o CEAF e a gestão deste componente nos estados brasileiros, envolvendo gestores nos níveis nacional e estadual, por meio de entrevista e aplicação de questionários, respectivamente. Ainda, para análise das informações foram adicionados dados complementares, como número de habitantes, Produto Interno Bruto (PIB), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) de cada um dos estados participantes.
- O segundo explorava o CEAF e a gestão deste componente com atores envolvidos em Santa Catarina, a saber, médicos, farmacêuticos e os usuários, utilizando a técnica de grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

Com base nos resultados dos estudos exploratórios, e no referencial teórico da pesquisa, Rover e colaboradores (2016) propuseram o modelo lógico, esquema visual que apresentou a capacidade de gestão do programa e os resultados esperados do mesmo, e o modelo teórico que extrapola o programa, no sentido da compreensão de outros fatores (de forma geral) que podem interferir nos efeitos desejados, apresentados na Figura 4 e 5, respectivamente.

Figura 4 – Modelo Lógico: capacidade de gestão do CEAF - estadual

Fonte: ROVER et al. (2016).

Figura 5 – Modelo Teórico: capacidade de gestão do CEAF - estadual



Fonte: ROVER et al. (2016).

Os modelos lógico e teórico foram validados em oficina de consenso, utilizando a metodologia de comitê tradicional, com o grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, da UFSC, juntamente com farmacêuticos que trabalham com o CEAF no estado (ROVER et al., 2017a).

Segundo Rover (2016, p. 149), o modelo lógico tem como base o conceito de capacidade de gestão, anteriormente citado, e representa:

> A faculdade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, envolvendo aspectos técnicos, políticos e sociais, os quais devem estar

articulados para o alcance e sustentabilidade do objetivo: garantir a integralidade do tratamento medicamentoso.

Ainda, a autora apresenta exemplos dos aspectos técnicos, políticos e sociais que foram considerados no desenvolvimento do modelo, descritos no Quadro 5.

O protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão estadual do CEAF foi desenvolvido por Rover e colaboradores (2017a), fundamentados nos estudos exploratórios, referencial teórico e modelos lógico e teórico desenvolvidos.

Este protocolo é dividido em três dimensões: organizacional, operacional e sustentabilidade, e apresenta indicadores, perguntas, medidas, parâmetros e fontes de informação (ROVER et al., 2017a).

Quadro 5 – Exemplos de aspectos técnicos, políticos e sociais contemplados no desenvolvimento do modelo lógico

Técnicos	Políticos	Sociais
1- Questões logísticas (como a aquisição, o armazenamento e a distribuição); 2- Serviços clínicos farmacêuticos (como a dispensação e o monitoramento); 3- Planejamento e a avaliação das ações.	1- Descentralização; 2- Pactuações; 3- Apoio aos municípios; 4- Relação com as outras áreas.	1- Participação dos atores envolvidos; 2- Controle social; 3- Impactos sociais do acesso das pessoas aos tratamentos necessários.

Fonte: Rover (2016, p. 150)

Os Quadros 6, 7 e 8 apresentam os indicadores, os dados relativos ao que é medido em cada indicador e a pontuação dos indicadores e da dimensão no protocolo (ROVER et al., 2017a), para as dimensões organizacional, operacional e sustentabilidade, respectivamente.

Quadro 6 – Indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF estadual - dimensão organizacional

INDICADORES	O QUE É MEDIDO NESTE INDICADOR?	PONTOS
Participação	Participação da gestão em Órgãos de participação social e existência de instâncias que permitam a participação dos atores envolvidos.	10
Transparência	Divulgação de informações sobre as faltas de medicamentos e dos preços praticados na compra dos medicamentos.	10
Planejamento	Inclusão de ações do CEAF no PES, PPA e no Relatório de Gestão. Existência de reuniões de planejamento específicas do CEAF.	10
Monitoramento e avaliação das ações	Existência de indicadores e a utilização do monitoramento destes para o planejamento das ações.	10
Parcerias	Parcerias com outras instituições para o desenvolvimento de atividades do CEAF.	10
Regulamentação	Existência de fluxos regulamentados para a avaliação das solicitações e diretrizes sobre os processos de trabalho nas unidades.	10
Institucionalização	Existência de uma instância institucionalizada responsável por todas as atividades do CEAF.	10
Acesso descentralizado	Atendimento dos usuários em seus municípios de residência.	10
PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO ORGANIZACIONAL		**80**

Fonte: Rover e colaboradores (2017a, p.21).

Quadro 7 – Indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF estadual - dimensão operacional

INDICADORES	O QUE É MEDIDO NESTE INDICADOR?	PONTOS
Comunicação	Comunicação entre as unidades.	10
Complementariedade	Preocupação com o atendimento das linhas de cuidados.	10
Condições normativas	Unidades com condições legais e sanitárias para o exercício das atividades.	10
Infraestrutura	Existência de investimentos e condições mínimas de infraestrutura nas unidades.	10
Serviços de referência/polos de aplicação	Existência de SR nas diversas regiões do estado.	10
Sistemas de informação	Existência de sistemas de informação para o desenvolvimento das atividades.	10
Recursos humanos	Disponibilidade de RH e preocupação com a capacitação contínua.	10
Financiamento	Capacidade de aplicar as estratégias para a manutenção do equilíbrio financeiro e disponibilidade de recursos.	10
Gestão da logística	Existência de mecanismos que qualificam a programação e a aquisição de medicamentos.	10
Boas práticas em logística	Existência de mecanismos que qualificam a distribuição e o controle de estoque dos medicamentos.	10
Disponibilidade de medicamentos	Preocupação com o atendimento oportuno dos usuários.	10
PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO OPERACIONAL		**110**

Fonte: Rover e colaboradores (2017a, p.22).

Quadro 8 – Indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF estadual - dimensão sustentabilidade

INDICADORES	O QUE É MEDIDO NESTE INDICADOR?	PONTOS
Controle social	Inclusão do CEAF nas pautas do Conselho Estadual de Saúde.	10
Perfil do gestor	Condição de existência do cargo de coordenador da assistência farmacêutica, formalmente instituído, responsável pela gestão do CEAF e a qualificação do gestor.	10
Acessibilidade	Prazo para atendimento dos usuários, existência de demanda judicial e de mecanismos para evitar as ações.	10
Relação entre serviços	Ações de acompanhamento das unidades; repasse periódico de orientações e relação da gestão com os outros setores da rede de atenção à saúde.	10
Aspectos clínicos	Existência do monitoramento dos tratamentos e a realização do primeiro atendimento pelo farmacêutico.	10
Relação com os usuários	Preocupação da gestão com a satisfação dos usuários, através de avaliações e ouvidoria.	10
PONTUAÇÃO DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE		**60**

Fonte: Rover e colaboradores (2017a, p.22).

O protocolo de indicadores proposto foi validado de forma participativa através de uma oficina de consenso, com pesquisadores da área, farmacêuticos envolvidos com o CEAF, gestores da AF de seis outros estados, gestores municipais da AF e representante da gestão nacional do CEAF (ROVER et al., 2017a).

Por fim, para a coleta de dados de informações necessárias junto aos gestores estaduais do CEAF e farmacêuticos das unidades regionais e almoxarifado central, foram elaborados instrumentos de coleta de dados (questionário com questões abertas e fechadas e formulário – *check list*), bem como definidas as diretrizes para pesquisa de campo, visando a aplicação dos indicadores (ROVER et al., 2017a).

Para atribuição de um juízo de valor, cada indicador, baseado em seus parâmetros, foram convertidos em cores, facilitando a visualização dos resultados obtidos. Tendo como modelo o trabalho desenvolvido pelo NEPAF (BARRETO; GUIMARÃES, 2010) o qual utilizou como referência a sinalização adotada no trânsito: verde (situação positiva); amarela (situação de cuidado) e vermelha (situação de perigo). Rover e colaboradores (2017a) incluíram a cor laranja na situação intermediária, entre o amarelo e o vermelho, significando uma situação de alerta, conforme apresentado no Quadro 9.

Quadro 9 – Critérios de julgamentos, considerando as faixas de pontuação dos indicadores, a escala de cores e o seu significado

Cor	Pontuação*	O que indica
	76 a 100% dos pontos	Manter/Avançar - representa os indicadores que estão de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir
	50 a 75% dos pontos	Cuidado - sinaliza os indicadores que apresentaram avanços, porém precisam ser aperfeiçoados
	25 a 49% dos pontos	Alerta - evidencia os indicadores que precisam melhorar
	0 a 24% dos pontos	Urgente - sinaliza os indicadores que precisam ser priorizados

*Calculadas a partir da pontuação máxima do indicador

Fonte: Rover e colaboradores (2017a, p.26).

Posteriormente com a somatória da pontuação dos indicadores obtém-se a pontuação obtida por dimensão, a qual também foi atribuída cores (Quadro 10), como forma de sintetizar os dados (ROVER et al., 2017a).

Quadro 10 – Critérios de julgamentos, considerando as faixas de pontuação das dimensões, a escala de cores e o seu significado

Cor	Pontuação*	O que indica
	76 a 100% dos pontos	Que a situação encontrada na dimensão vai de acordo com o preconizado para a capacidade de gestão do CEAF
	50 a 75% dos pontos	Que há avanços na situação encontrada, mas é preciso o aprimoramento da capacidade de gestão
	25 a 49% dos pontos	Que é preciso melhorar a capacidade de gestão.
	0 a 24% dos pontos	Que a situação encontrada é crítica e compromete a capacidade de gestão do CEAF, sinalizando uma prioridade para a gestão.

*Calculadas a partir da pontuação máxima da dimensão

Fonte: Rover e colaboradores (2017a, p.26).

Segundo Rover e colaboradores (2017a), a escala de avaliação deve ser desenvolvida para subsidiar a tomada de decisão pelos gestores, e pode ser modificada ao longo do tempo ou em diferentes situações.

Ainda, segundo a autora, a análise do protocolo permite (ROVER et al., 2017a):

- Identificar as dimensões e os indicadores que obtiveram piores e melhores resultados;
- Promover discussões internas com a equipe sobre os determinantes e os condicionantes de determinadas variáveis;
- Definir estratégias para superação dos constrangimentos identificados e/ou para manutenção das condições favoráveis.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo em relação às dimensões organizacional, operacional e de sustentabilidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar e validar o modelo teórico, o “protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF em âmbito estadual” e formulários de coleta de dados propostos por Rover (2016), considerando a realidade do Estado de São Paulo.
- Aplicar os instrumentos (formulários de coleta de dados e protocolo de indicadores) adaptados e validados.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Considerando a tipologia proposta por Novaes (2000), esta pesquisa se caracteriza como uma investigação avaliativa, pois visa a produção de conhecimento. Porém, também possui características de uma avaliação para gestão, uma vez que a metodologia adotada prevê o retorno da avaliação para discussão entre os gestores, o que servirá de subsídio para aprimoramentos do objeto avaliado.

Segundo Novaes (2000, p. 550-551) na investigação avaliativa a/o:

- Posição do avaliador –

  > Geralmente desenvolvidas sob a coordenação de instituições acadêmicas, por iniciativa delas próprias, ou a partir de solicitações de instâncias públicas com elevado poder sobre a implementação ou reorientação de macro políticas (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros órgãos), [...] (não implicando a não-participação de avaliadores internos no processo) [...].

- Enfoque priorizado da pesquisa – "identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas";
- Metodologia dominante – "natureza quantitativa, mas com crescente participação das formas de natureza qualitativa, ambas, porém orientadas para a busca da objetividade e de uma possibilidade de generalização do observado";
- Contexto – "controle sobre o contexto em que se desenvolve a pesquisa e na proposição de desenhos gerais metodológicos experimentais ou, mais frequentemente, quasi-experimentais";
- Utilização da informação – "a informação produzida, que se deseja ser um conhecimento, deverá ser utilizada para a demonstração dos pressupostos iniciais que orientaram todo o processo";
- Juízo formulado – "como resultado das pesquisas de avaliação estará relacionado a esses mesmos pressupostos, ou hipóteses";

- Temporalidade – “são elas habitualmente de natureza pontual, podendo eventualmente ser replicadas, temporal ou espacialmente, para efeito comparativo”.

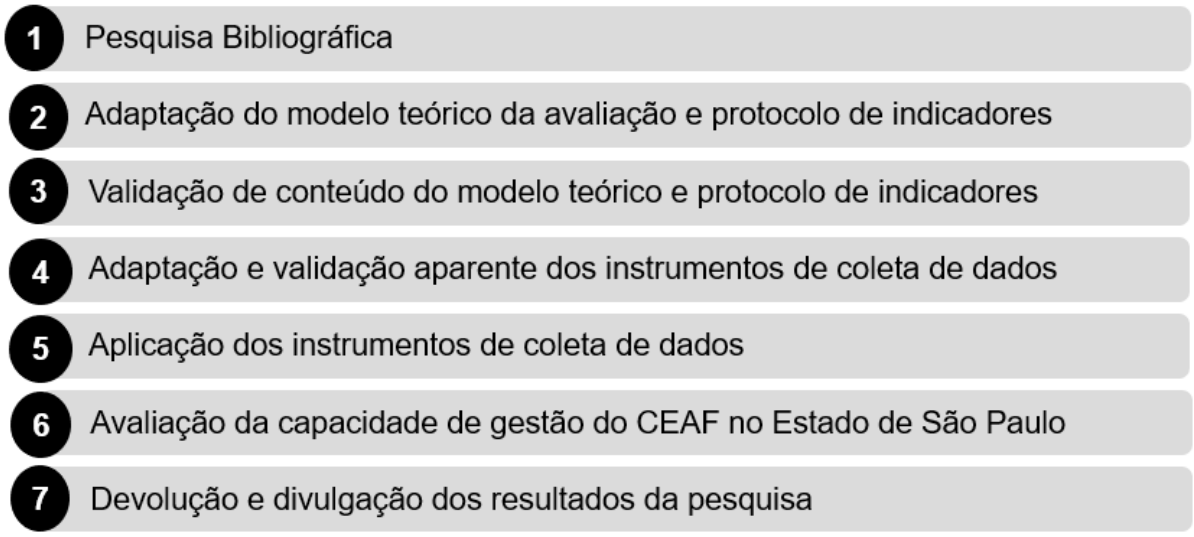
Para Contandriopoulos et al. (1997, p.31) a pesquisa avaliativa “trata de analisar a pertinência e os fundamentos teóricos (análise estratégica), os objetivos (análise da intervenção), a produtividade, os efeitos (análise de efetividade) e o redirecionamento de uma intervenção e o contexto (análise de implantação) no qual ela se situa”.

A pesquisa avaliativa se caracteriza por uma modalidade de pesquisa social ainda em desenvolvimento, que vem sido constituída a partir de conhecimentos e diálogos entre diferentes áreas do saber (educação, psicologia, saúde pública, sociologia, ciências políticas, dentre outras), e requer o uso adequado de procedimentos e/ou técnicas, que devem ser empregadas com rigor e tratamento científico. A aplicação deste tipo de pesquisa no âmbito da gestão das políticas públicas, com métodos e técnicas científicas, é relativamente recente (CARRARO, 2011).

Os estudos de avaliação devem ser “conduzidos com certa maleabilidade e pluralismo metodológico, triangulação de abordagens investigativas e complementaridade de técnicas quantitativas e qualitativas” (JANNUZZI, 2011, p. 251). Assim, segundo Marconi e Lakatos (2009), as técnicas de pesquisa a serem utilizadas devem estar relacionadas com o problema a ser estudado, e a escolha delas deverá considerar a natureza da pesquisa, do fenômeno, do objeto de pesquisa, dos recursos financeiros e humanos disponíveis no campo da investigação, nunca utilizando apenas uma técnica, mas sim da combinação de duas ou mais delas concomitantemente.

Neste estudo foram utilizadas técnicas quantitativas e qualitativas em cada uma das etapas executadas (figura 6), como serão detalhadas no item 5.5 deste capítulo.

Figura 6 – Etapas de desenvolvimento da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCF-USP (CEP/FCF/USP), sob o Parecer nº 1.744.740, em 26 de setembro de 2016 (Anexo A).

Os sujeitos que aceitaram participar do estudo foram previamente informados em relação aos objetivos e natureza da pesquisa, e assinaram o Termo de Compromisso (TC) ou Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), aprovado pelo CEP/FCF/USP, juntamente com o coordenador da pesquisa, seguindo as normas estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/12, que regulamenta a pesquisa em seres humanos (Apêndices A e B).

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O projeto foi desenvolvido na SES/SP, em seu âmbito central (sede da SES/SP) e regional (Almoxarifado Central e FME da SES/SP).

4.4 SUJEITOS DE PESQUISA

Nesta pesquisa foram envolvidos os sujeitos que, direta ou indiretamente, estão envolvidos com a gestão do CEAF no Estado de São Paulo. A figura 7 exemplifica o momento, a quantidade, a atuação dos sujeitos envolvidos (quando da participação da pesquisa) e os instrumentos éticos utilizados.

Figura 7 – Sujeitos envolvidos nas etapas de desenvolvimento da pesquisa

ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	SUJEITOS DE PESQUISA		
	Quantidade	Atuação	Instrumento ético utilizado
Pesquisa Bibliográfica	—	—	—
Adaptação do modelo teórico da avaliação e protocolo de indicadores	01	Diretor Técnico dos Componentes da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo	Termo de Compromisso (Apêndice A)
Validação de conteúdo do modelo teórico e protocolo de indicadores	12	Profissionais com amplo conhecimento e experiência na AF do Estado de São Paulo, atuantes no ensino, na pesquisa, na gestão e/ou na assistência, com envolvimento direto ou indireto no CEAF (Vínculo Estadual e Municipal)	
Adaptação e validação aparente dos instrumentos de coleta de dados	05	Amostra da população alvo para preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, farmacêuticos atuantes nas Farmácias de Medicamentos Especializados (03), Almoxarifado Central (01) e gestor do CEAF – nível central (01) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo	Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B)
Aplicação dos instrumentos de coleta de dados	40	Farmacêuticos atuantes nas Farmácias de Medicamentos Especializados (37), Almoxarifado Central (01), Diretor Técnico dos Componentes da Assistência Farmacêutica (01) e gestor do CEAF (01) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo	
Avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo	—	—	—
Devolução e divulgação dos resultados da pesquisa	—	—	—

Fonte: Elaborado pela autora.

Por decisão dos gestores da SES/SP, a coleta de informações desta pesquisa não avançou no âmbito das farmácias municipais (que também colaboram com parte da execução do CEAF – solicitação, renovação da continuidade do tratamento e dispensação) devido ao fato destas unidades não participarem de todas as atividades de execução do CEAF, e das atividades que executam não estarem formalmente instituídas no Estado (pactuadas). Porém, foram incluídos na validação de conteúdo do modelo teórico e protocolo de indicadores especialistas atuantes na AF municipal, de forma que o instrumento de avaliação esteja validado também para aplicação neste âmbito, podendo a SES/SP contemplar, quando viável, as farmácias municipais.

Os sujeitos de pesquisa para validação do modelo teórico e protocolo de indicadores foram selecionados por intencionalidade, baseado nos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Critérios de inclusão

a) Profissionais com amplo conhecimento e experiência na AF do Estado de São Paulo, atuantes no ensino, na pesquisa, na gestão e/ou na assistência, com envolvimento direto ou indireto no CEAF;
b) Assinatura do Termo de Compromisso (Apêndice A), pelo Sujeito de Pesquisa;
c) Disponibilidade de participação nas duas fases do estudo, validação dos instrumentos on-line e comparecimento na oficina de consenso (presencial).

- Critérios de exclusão

a) Não assinatura do Termo de Compromisso (Apêndice A) pelo Sujeito de Pesquisa;
b) Indisponibilidade de participação das nas duas fases do estudo.

Os sujeitos de pesquisa envolvidos na validação aparente dos formulários de coleta de dados e na etapa de aplicação dos mesmos, foram selecionados por intencionalidade, baseado nos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Critérios de inclusão

a) Profissionais responsáveis (ou corresponsáveis) pelas FME e Almoxarifado Central da SES/SP e gestor (nível central) dos Componentes da AF e do CEAF da SES/SP;
b) Assinatura do Termo de Compromisso (Apêndice A), pelo Sujeito de Pesquisa;
c) Disponibilidade de resposta do formulário de coleta de dados.

- Critérios de exclusão

a) Não assinatura do Termo de Compromisso (Apêndice A) pelo Sujeito de Pesquisa;
b) Indisponibilidade de resposta do formulário de coleta de dados.

4.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Foram adaptados e validados os instrumentos de pesquisa desenvolvidos por Rover (2016), a saber, “Modelo teórico da capacidade de gestão do CEAF em âmbito Estadual”, “Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no âmbito estadual” e instrumentos de coletas de dados ao contexto do Estado de São Paulo.

4.6 ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em sete etapas, conforme demonstrado na Figura 6, no item 4.1 deste capítulo. O detalhamento destas etapas é apresentado a seguir.

4.6.1 Pesquisa bibliográfica

Foi realizada a busca em bases de dados disponíveis na internet (Portal de Busca Integrada SIBI USP, Biblioteca Virtual em Saúde e Embase), acervos de bibliotecas, Portais do MS e SES/SP e sites para busca livre, visando à obtenção de materiais publicados e não publicados.

Foram empregadas as palavras-chave “Sistema Único de Saúde”, “Assistência Farmacêutica”, “Gestão em Saúde”, “Avaliação em Saúde” e “Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”, sendo consideradas as produções escritas em português, inglês e espanhol, sem restrição de período.

Os resultados foram apresentados no referencial teórico da dissertação, dando suporte teórico na condução da pesquisa.

4.6.2 Adaptação do modelo teórico da avaliação e protocolo de indicadores

A avaliação, sob ótica do método científico, “implica invariavelmente medir e emitir um julgamento de valor sobre um objeto determinado, com base em um modelo teórico” (MATIDA; CAMACHO, 2004, p. 39).

Considerando que:

- O modelo teórico proposto por Rover e colaboradores (2016) foi elaborado sob o contexto geral do programa, não contemplando especificidades da forma de organização de um Estado específico.
- O pressuposto para o detalhamento da teoria do programa (construção do modelo teórico) é o fato de que existem outras variáveis, daquelas contempladas no modelo lógico, que podem interferir ou desvirtuar a relação linear de causa e efeito, tais como aspectos culturais, econômicos, sociais, funcionais, climáticos, epidemiológicos, entre outros (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010);
- Os indicadores adotados para avaliação de um determinado objeto devem ter sua validade conceitual, devendo conseguir informar sobre os aspectos que constituem o modelo teórico (TAMAKI et al., 2012).
- "Os indicadores devem buscar abarcar o amplo espectro de dimensões que possam ser identificadas como essenciais no modelo teórico construído e utilizado" (TAMAKI et al., 2012, p. 843).

Fez-se necessária a adaptação e validação do modelo teórico considerando as variáveis funcionais do CEAF no Estado de São Paulo.

A adaptação do protocolo de indicadores também foi necessária visto que o indicador só é valido no contexto específico no qual se processa a avaliação (SANTOS et al. 2006).

Os indicadores foram adaptados quanto a sua pergunta, medida, pontuação parâmetros, fonte de coleta de dados e peso, levando em consideração os critérios pontuados por Tanaka e Melo (2001) para seleção de indicadores:

- Estar acessível ou ser obtido no curto prazo e sem demandar muito trabalho;
- Ter sua utilidade reconhecida por outros atores envolvidos na avaliação.

Para realizar a adaptação do protocolo de indicadores foram utilizados como fundamentos:

- Referencial teórico;
- Modelo lógico proposto por Rover e colaboradores (2016) – considerando que este expõe não só funcionamento do programa, mas também como se dá a articulação entre os seus elementos, permitindo

definir o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados (MANZINI; FARIAS, 2015); e

- Modelo teórico proposto por Rover e colaboradores (2016) adaptado ao contexto do Estado de São Paulo.

Tanto a adaptação do modelo teórico quanto a adaptação do protocolo de indicadores foi realizada pela pesquisadora, em conjunto com o diretor técnico dos Componentes da Assistência da SES/SP.

4.6.3 Validação de conteúdo do modelo teórico e protocolo de indicadores

Para a validação de conteúdo do modelo teórico e protocolo de indicadores adaptados à realidade de São Paulo, foram utilizadas técnicas para a obtenção de consenso entre 12 especialistas (sujeitos de pesquisa) em AF no Estado de São Paulo. Os critérios para seleção destes especialistas foram apresentados no item 5.4 deste capítulo.

- **Técnicas de consenso**

As técnicas de consenso são importantes pois tem por objetivo a tomada de decisão de maneira democrática (ESHER et al., 2012), porém, cada uma das técnicas possui vantagens e desvantagens (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005). Assim, neste estudo foram utilizadas duas técnicas, a saber, Técnica de Grupo Nominal (TGN) e Técnica de Comitê Tradicional, visando a superação das limitações encontradas em cada uma delas.

Segundo Manzini e Farias (2015), é importante que o mediador conheça as potencialidades e limitações de cada uma das técnicas, para que consiga administrar os possíveis conflitos.

A TGN também conhecida como painel de especialistas (CAMPOS et al., 2010) foi desenvolvida na década de 1960, nos Estados Unidos, e ao longo dos anos tem sido utilizada em diversos setores, inclusive na área de Saúde, para gerar consenso nas tomadas de decisões e aumentar a produtividade do grupo de especialistas, servindo como instrumento no agrupamento de ideias (JONES; HUNTER, 1995; CASSIANI; RODRIGUES, 1996). Essa técnica não prioriza o debate, mas, sim, a

consulta a diferentes visões, de forma individual (voto preliminar das respostas), em primeiro lugar, e, depois, coletivamente (CASSIANI; RODRIGUES, 1996). Recomenda-se para composição do grupo de 9 a 12 participantes, dependendo do escopo da pesquisa e da disponibilidade dos participantes (JONES; HUNTER, 1995).

São vantagens da TGN a participação dos especialistas sem constrangimento, agrupando ideias individuais (com igualdade de participação) para aumentar o potencial para a tomada de decisão, porém, uma de suas limitações é o fato de não permitir a discussão de diferentes questões no mesmo momento (CASSIANI; RODRIGUES, 1996; MANZINI; FARIAS, 2015).

Para Manzini e Farias (2015), não é indicado a utilização desta técnica para geração de ideias ou para aprofundar análise sobre um tema.

A Técnica de Comitê Tradicional "é uma discussão aberta, com especialistas, sobre um tema determinado". Uma técnica que "promove o confronto de ideias" (MANZINI; FARIAS, 2015, p. 78). Porém, nesta técnica os participantes podem ser inibidos ou constrangidos, com a presença de alguma autoridade na discussão, deixando de participar ativamente com sua opinião, sendo esta uma desvantagem (MANZINI; FARIAS, 2015).

- **Validação de conteúdo**

A validação de conteúdo, do modelo teórico e do protocolo de indicadores, foi realizada em duas fases, utilizando as seguintes técnicas e possuindo as seguintes características:

  - Fase I – TGN – etapa *On-line*:

Na primeira fase, os especialistas receberam via digital, o modelo teórico e o protocolo de indicadores adaptados, bem como fundamentos teóricos que levaram à elaboração do protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF em âmbito estadual.

Os documentos acima descritos foram organizados em formulários e disponibilizado através de um endereço eletrônico aos especialistas, contando com o suporte do aplicativo do Google® - Google Forms. O aplicativo também compila as respostas automaticamente, organiza em banco de dados (que pode ser exportado

para uma planilha Excel®) e apresenta ferramentas estatísticas que possibilitam a análise dos dados coletados, facilitando e agilizando a avaliação dos resultados (MATHIAS; SAKAI, 2013).

Devido ao grande volume de conteúdo, os formulários elaborados foram divididos em quatro partes (Quadro 11), de forma que os especialistas pudessem preenchê-los em etapas e no momento mais apropriado.

Quadro 11 – Formulários enviados para avaliação pelos especialistas na fase I da TGN

Formulário	Conteúdo	Link disponibilizado
Etapa I	Termo de compromisso, informações sobre os especialistas, fundamentos teóricos e práticos, validação do modelo teórico da Capacidade de Gestão do CEAF no Estado de São Paulo	https://goo.gl/forms/FcjIscLKgdh7uOVY2
Etapa II	Validação do protocolo de indicadores para avaliação da Capacidade de Gestão do CEAF à realidade do Estado de São Paulo - Dimensão ORGANIZACIONAL	https://goo.gl/forms/tPCgIgMPhiFpSUYn1
Etapa III	Validação do protocolo de indicadores para avaliação da Capacidade de Gestão do CEAF à realidade do Estado de São Paulo - Dimensão OPERACIONAL	https://goo.gl/forms/an9x39hGT3EJ50Ch1
Etapa IV	Validação do protocolo de indicadores para avaliação da Capacidade de Gestão do CEAF à realidade do Estado de São Paulo - Dimensão SUSTENTABILIDADE	https://goo.gl/forms/hCkyd7Nf7ncD6aZI3

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao preencherem o 1º formulário os especialistas analisaram o modelo teórico adaptado à realidade de São Paulo, quanto à sua “pertinência”. Este critério avaliou se o modelo teórico refletia adequadamente a qualidade do fenômeno estudado (PRINGLE; WILSON; GROL, 2002).

No 2º, 3º e 4º formulários os especialistas avaliaram a qualidade dos indicadores adaptados à realidade de São Paulo quanto a sua pergunta, medida, parâmetro, fonte de dados e pontuação, utilizando os atributos: “clareza”, avaliava se o indicador podia ser facilmente explicado e entendido, ou seja, de fácil compreensão; “validade/efetividade”, avaliava a capacidade de medir o que se pretendia; “relevância”, avaliava a importância do indicador; e

“acessibilidade/mensurabilidade”, se os dados necessários para preencher o indicador estavam disponíveis ou se são fáceis de conseguir (RIPSA, 2008; PRINGLE; WILSON; GROL, 2002).

Para pontuação, foi utilizada uma escala tipo Likert de cinco pontos, com objetivo de aumentar a precisão da avaliação, considerando a quantidade e o nível de entendimento dos respondentes, quantidade de atributos a serem avaliados e complexidade da avaliação. Ascategorias de respostas variaram de “discordo totalmente” – 1 ponto, a “concordo totalmente” – 5 pontos (VIEIRA; DALMORO, 2008).

Ainda, foram inseridos campos abertos para justificativa (quanto a nota do especialista fosse inferior a 3 pontos) e para propostas de melhoria (independente do ponto atribuído) tanto para avaliação do modelo teórico quanto para avaliação do protocolo de indicadores.

Os especialistas tiveram 20 dias para análise do modelo teórico e do protocolo de indicadores.

Os dados foram tabulados utilizando o software Microsoft Excel®, sendo posteriormente calculada a média de pontos atribuídos para cada atributo de cada um dos indicadores e do modelo lógico, sendo considerados aprovados os que apresentaram média de 4 ou 5 pontos para todos os atributos. Os indicadores que em média tiveram pontuação igual ou inferior a 3,9, em qualquer um dos atributos, foram levados para discussão na oficina de consenso (fase II).

As sugestões de melhoria propostas pelos especialistas para aperfeiçoamento do modelo teórico e indicadores, independente da pontuação recebida, foram avaliadas, e quando pertinentes foram aceitas e incorporadas. As sugestões de melhoria pertinentes e que impactavam significativamente o modelo ou indicador, independente de já ter sido aprovado na fase I, foram levadas para discussão na fase II.

- Fase II – Técnica de Comitê Tradicional – Oficina presencial:

A segunda fase da validação de conteúdo consistiu na realização de uma oficina presencial, utilizando-se da técnica de consenso “Comitê Tradicional”. A oficina foi realizada na FARMUSP e teve duração de 8h.

A oficina presencial foi e conduzida pelas pesquisadoras e equipe de colaboradores de pesquisa, contando com ajuda da equipe da FARMUSP na organização.

No primeiro momento da oficina, foram revisados os conceitos teóricos que fundamentaram a construção do protocolo de indicadores por Rover et al. (2017a), e apresentadas às etapas para validação do mesmo, a fim de poder ser utilizado no Estado de São Paulo.

No segundo momento, foram prioritariamente apresentados aos especialistas os indicadores não validados, ou seja, aqueles que obtiveram média igual ou inferior a 3,9 e os indicadores que foram aprovados, mas que receberam sugestões de melhoria impactantes no conteúdo.

Os especialistas discutiram as questões apresentadas, até obtenção de consenso quanto à permanência (com ou sem ajustes) ou exclusão do indicador. A equipe de pesquisa intermediou a dinâmica da oficina, para que os tempos de discussão fossem distribuídos de forma equânime.

No terceiro momento, para garantir que não exista ingerência do avaliador na emissão de juízo de valor, e consequentemente, na tomada de decisão pelos gestores, "direcionando a decisão tomada a partir de uma perspectiva individual" (TANAKA; MELO, 2008, p. 119), foram rediscutidos os parâmetros e os pesos de todos os indicadores, independente de sua aprovação, com os especialistas, possibilitando ajustes e adaptações contextualizadas (GUIMARÃES et al.; 2015).

A oficina foi gravada na íntegra e relatada por escrito por um membro da equipe de pesquisa, tais instrumentos subsidiaram as alterações necessárias no modelo teórico e protocolo de indicadores.

Os especialistas receberam, após todos os ajustes, a versão validada do "Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo".

4.6.4 Adaptação e validação aparente dos instrumentos de coleta de dados

A adaptação dos instrumentos de coleta de dados proposto por Rover (2016) foi realizada pela pesquisadora, tendo como subsídio o "Protocolo de indicadores

para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo" validado na etapa anterior, de forma que fossem objetivos e precisos na busca de dados para preenchimento do protocolo adaptado.

Os instrumentos de coleta de dados que foram adaptados são:

(A) Formulário de coleta de dados com o GESTOR (gestor do CEAF nível central);

(B) Formulário de coleta de dados com FARMÁCIAS (farmacêuticos que executam o CEAF em nível regional);

(C) Formulário de coleta de dados com ALMOXARIFADO CENTRAL (farmacêutico responsável pelo almoxarifado central que tem interface com medicamentos do CEAF).

O instrumento de coleta de dados (A) foi elaborado em software Microsoft Word®, e os instrumentos (B) e (C) foram organizados em formulários no aplicativo do Google® - Google Forms, para facilitar a distribuição para a rede de farmácias do Estado de São Paulo e almoxarifado central no momento da coleta de dados.

Após adaptação, os instrumentos foram apresentados à equipe gestora do CEAF da SES/SP, que avaliou o conteúdo e emitiu o aval para o início da validação aparente e posterior coleta de dados.

- **Validação aparente dos instrumentos de coleta de dados**

Segundo Ferretti-Rebustini (2016)[2], a validação de face, também conhecida como validação aparente, consiste em verificar junto à população alvo, se o instrumento está claro, se é facilmente compreendido, se a aparência (layout) do documento facilita seu preenchimento, entre outras percepções quanto ao instrumento.

A estratégia da validação aparente foi discutida pela pesquisadora e a equipe gestora do CEAF da SES/SP, onde definiu-se:

- Validação com o gestor do CEAF (nível central) – a ser realizado pelo assessor responsável pelo CEAF na SES/SP;
- Validação com o farmacêutico responsável de 3 FME – sendo uma na capital de São Paulo de grande porte (gestão por OSS); uma na Grande

[2] Informação fornecida por Ferretti-Rebustini durante aula teórica de Métodos Psicométricos na Pesquisa em Saúde - USP, São Paulo, 2016.

São Paulo de pequeno porte (gestão direta); e outra no interior de São Paulo de grande porte (gestão por OSS);

- Validação com o farmacêutico responsável do Almoxarifado Central da SES/SP.

Considerando que Rover (2016) em sua pesquisa já havia validado seus formulários para coleta de dados à distância, a validação aparente dos formulários de coleta de dados adaptado foi realizada na forma de preenchimento supervisionado, ou seja, o entrevistado ia preenchendo o formulário de forma autônoma e apenas quando possuía dúvidas, recorria ao pesquisador. O preenchimento supervisionado foi realizado de forma presencial (com o gestor do CEAF na SES/SP) e por telefone (com os farmacêuticos das FME e Almoxarifado Central).

Os farmacêuticos que aceitaram participar da validação aparente foram previamente informados em relação aos objetivos e à natureza da pesquisa, e assinaram o TCLE.

Durante o preenchimento supervisionado foi verificado a clareza e compreensão do instrumento, no momento em que o pesquisador percebia a dificuldade de preenchimento ou era questionado sobre algo; e após o preenchimento, como parte integrante da pesquisa, o entrevistado era questionado quanto à facilidade de preenchimento do documento, considerando o seu *layout,* e outras percepções as quais gostaria de comentar.

A entrevista presencial e as ligações telefônicas, onde foram realizados os preenchimentos supervisionados, foram previamente agendadas, gravadas na integra, e as opiniões, dificuldades e/ou percepções dos entrevistados foram registradas em um relatório.

Após a validação aparente, todas as ligações e relatórios foram avaliados, permitindo o aperfeiçoamento dos formulários de coleta de dados.

Durante a validação aparente com as FME e Almoxarifado Central foi contabilizado o tempo necessário para preenchimento dos formulários de coleta de dados, sendo gastos em média 14 e 7 minutos respectivamente.

4.6.5 Aplicação dos instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no Estado de São Paulo entre dezembro/2017 a janeiro/2018 e contemplou todas as áreas que participam da gestão/execução do CEAF vinculados à SES/SP, em seu âmbito central (entrevista com o diretor do CEAF) e regional (Almoxarifado Central e 37 FME).

A aplicação dos instrumentos de coleta foi previamente aprovada pelo coordenador de saúde da CAF (responsável pela gestão técnica das FME e Almoxarifado Central), pelo coordenador de saúde da Coordenadoria de Regiões de Saúde (responsável pela gestão administrativa dos DRS, responsáveis pelas FME) da SES/SP e pelo gerente do Almoxarifado Central da SES (responsável pela gestão administrativa do mesmo).

O formulário de coleta de dados com o GESTOR foi enviado por e-mail ao gestor dos Componentes da AF e CEAF da SES/SP e os formulários de coleta de dados das FARMÁCIAS E ALMOXARIFADO CENTRAL foram disponibilizados através de um endereço eletrônico, contando com o suporte do aplicativo do Google® - Google Forms.

Os atores, que aceitaram participar da pesquisa, foram previamente informados em relação aos objetivos e à natureza de pesquisa, assinando o TCLE (Apêndice B).

Os formulários ficaram disponíveis para preenchimento por 15 dias para as FME e Almoxarifado Central e 30 dias ao gestor em nível central (devido ao volume elevado de informações a serem levantadas).

4.6.6 Avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo

Com as informações coletadas junto ao gestor dos Componentes da AF, farmácias e almoxarifado central da SES/SP foi possível o preenchimento do protocolo de indicadores validado.

A avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo foi fundamentada na análise crítica dos resultados obtidos, com a aplicação do protocolo de indicadores, analisando as fragilidades e as potencialidades do desenvolvimento da gestão estadual do CEAF.

A atribuição de um juízo de valor de cada indicador e para cada dimensão foi baseada nos parâmetros validados pela equipe de especialistas, e foram convertidos em cores, facilitando a visualização dos resultados obtidos (ROVER et al., 2017a), conforme apresentado no referencial teórico (Quadro 9 e 10).

4.6.7 Devolução e divulgação dos resultados da pesquisa

Segundo Tanaka e Melo (2001) “uma avaliação não servirá para subsidiar a tomada de decisões e intervenção concreta sobre o que foi avaliado, se seus resultados não forem comunicados adequadamente”.

Assim, considerando a forma ideal de apresentação de resultados de pesquisas avaliativas, foi realizada uma reunião, com audiências de atores relevantes na gestão do CEAF no Estado de São Paulo para exposição e discussão dos resultados, com posterior entrega do relatório final à CAF (TANAKA; MELO, 2001).

No relatório final entregue aos gestores foram apresentados os principais resultados obtidos com a avaliação (sumário executivo), introdução; abordagem e técnicas utilizadas; resultados e análise; conclusão e recomendações (TANAKA; MELO, 2001).

4.7 TRATAMENTO DOS DADOS

As informações coletadas foram reportadas aos programas Microsoft Excel® 2010 e Microsoft Word® 2010, para facilitar a sistematização das repostas e montagem do banco de dados.

Os dados coletados durante a TGN foram codificados numericamente de forma aleatória, a fim de garantir o sigilo e o respeito aos procedimentos éticos em pesquisa (CIPRIANO, 2004).

A oficina de consenso (Técnica de Comitê Tradicional) foi gravada e transcrita na íntegra por meio de processador de texto, cujos conteúdos foram submetidos a um trabalho de análise e decomposição, selecionando as ideias centrais.

Os dados coletados no estudo de campo foram analisados a partir do levantamento das frequências das respostas ao questionário.

Todos os dados obtidos, que subsidiou o preenchimento do protocolo de indicadores e emissão do juízo de valor, foram tratados (Quadro 12) e apresentados de forma consolidada (CIPRIANO, 2004).

Quadro 12 – Tratamento dos dados na pesquisa de campo

Tipo de tratamento dos dados	Tipo de pergunta do questionário de pesquisa	Processo de tratamento para melhor visualização, comparação e análise dos dados
Quantitativo	Fechadas	• Construção de banco de dados; • Elaboração de quadros, tabelas e gráficos; • Execução de cálculos de somatória, porcentagem, e média, desvio padrão.
Qualitativo	Abertas	• Agrupamento por categorias-chave.

Fonte: Adaptado de Cipriano (2004)

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram coletados nas diversas etapas de desenvolvimento da pesquisa, respondendo aos objetivos específicos, que permitiram a obtenção da avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo sob as dimensões organizacional, operacional e de sustentabilidade.

5.1 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO MODELO TEÓRICO E PROTOCOLO DE INDICADORES

A adaptação e validação do modelo teórico e “Protocolo de Indicadores para Avaliação da Capacidade de Gestão do CEAF em Âmbito Estadual”, propostos por Rover (2016), foi realizada de forma participativa. A caracterização dos sujeitos envolvidos nestas etapas é apresentada no Quadro 13.

Dos 12 especialistas convidados para validação de conteúdo, apenas 11 aceitaram o convite para participação da pesquisa, sendo que destes, 10 participaram efetivamente das duas fases (on-line e oficina presencial), um especialista interrompeu sua participação após a Fase I (etapa on-line). Porém, não houve prejuízo à pesquisa, considerando que a recomendação da literatura para a realização da TGN é de 9 a 12 participantes (JONES; HUNTER, 1995).

Quadro 13 – Caracterização dos farmacêuticos especialistas envolvidos nas diferentes etapas de pesquisa

Adaptação do Modelo Teórico e Protocolo de Indicadores*								
Nº	Sexo	Idade	Atuação em AF				Atuação direta no CEAF	Experiências de destaque, que motivaram o convite de participação no Estudo
			Âmbito	Área	Tempo (anos)	Local		
1	Feminino	45	Estadual	Gestão, Ensino, Pesquisa e Assistencial	Acima de 05 anos	Capital e Interior do Estado	Sim	Execução do CEAF na Farmácia de Medicamentos Especializados (FME) no interior do Estado por 08 anos; gestão do CEAF (nível central) no Estado de São Paulo por 08 anos; e gestão dos Componentes da AF no Estado de São Paulo (nível central) por 2 anos.

Validação de Conteúdo do Modelo Teórico e Protocolo de Indicadores*								
Nº	Sexo	Idade	Atuação em AF				Atuação direta no CEAF	Experiências de destaque, que motivaram o convite de participação no Estudo
			Âmbito	Área	Tempo (anos)	Local		
1	Feminino	30	Estadual	Gestão, Ensino e Pesquisa	Acima de 05 anos	Capital	Sim	Gestão do CEAF (nível central) no Estado de São Paulo.
2	Feminino	32	Estadual	Gestão	De 03 a 05 anos	Capital	Sim	Gestão do CEAF (nível central) no Estado de São Paulo.
3	Feminino	32	Estadual	Gestão	Acima de 05 anos	Capital	Sim	Coordenação de 04 FME do Estado de São Paulo, sendo as 02 maiores da Capital, a maior do interior e uma na região metropolitana do Estado.
4	Masculino	42	Estadual	Gestão e Assistencial	Acima de 05 anos	Litoral Paulista	Sim	Execução do CEAF em nível regional – FME no Litoral Paulista, atendimento presencial e redistribuição de medicamentos aos municípios.
5	Masculino	41	Estadual	Gestão e Assistencial	Acima de 05 anos	Interior do Estado	Sim	Execução do CEAF em nível regional – FME no interior de São Paulo com ênfase de atendimentos de pacientes oriundos de Serviço de Referência Hospitalar.
6	Feminino	44	Estadual	Gestão	Acima de 05 anos	Região Metropolitana	Não	Gestão da AF Estadual em nível regional e interface com municípios
7	Feminino	53	Estadual	Gestão	Acima de 05 anos	Interior do Estado	Não	Gestão da AF Estadual em nível regional e interface com municípios
8	Feminino	57	Municipal	Gestão	Acima de 05 anos	Capital	Não	Gestão da AF em nível municipal
9	Masculino	36	Municipal	Gestão, Ensino e Pesquisa	Acima de 05 anos	Região Metropolitana	Sim	Gestão em AF com ênfase na gestão do CEAF (nível central) no município
10	Masculino	31	Estadual	Pesquisa	De 03 a 05 anos	Capital	Não	Experiência em pesquisa – AF e métodos psicométricos
11	Feminino	33	Estadual	Ensino e Pesquisa	Acima de 05 anos	Capital	Não	Experiência em pesquisa – AF

* Dados informados quando da participação da pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora.

- **Adaptação e validação de conteúdo do modelo teórico da avaliação**

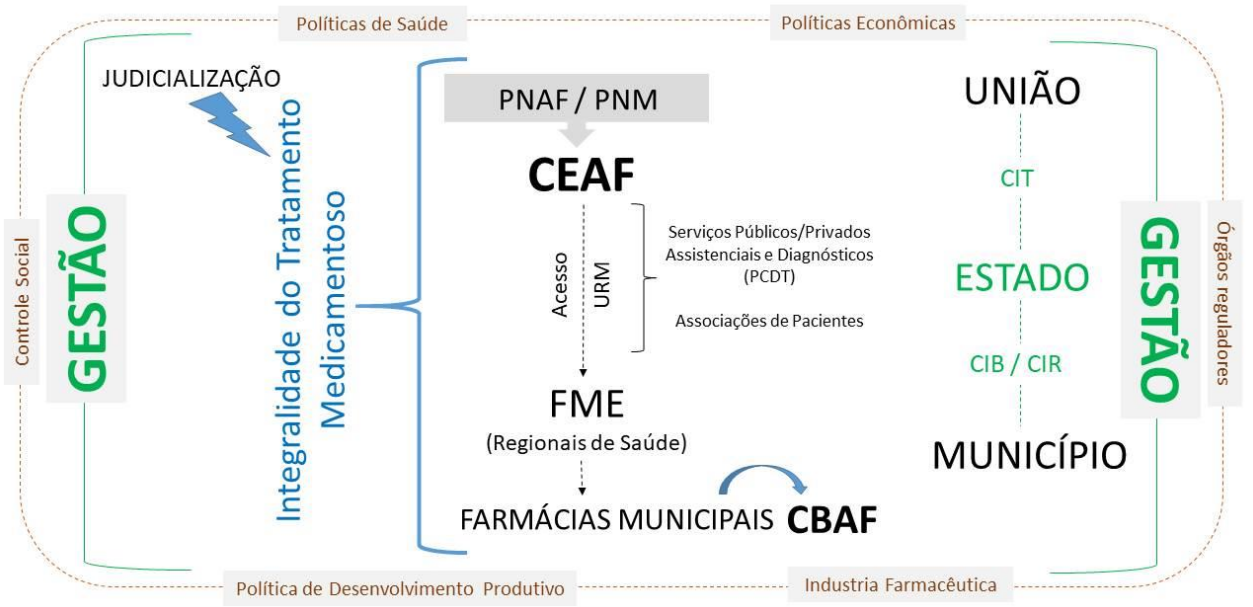
Os especialistas validaram o modelo teórico quanto à sua “pertinência” (média de 4,5 pontos) na primeira fase de validação, porém, independente da pontuação recebida, foram incorporadas todas as sugestões pertinentes em busca do aperfeiçoamento do modelo.

No total, após Fase I (etapa on-line), foram incorporadas 06 de 13 sugestões, sendo que das 06 sugestões: 03 mudavam conceitos do modelo; 01 acrescentava informações ao modelo; e 02 aprimorava o modelo quando a ortografia e referências (sem mudança de escopo).

Na Fase II (oficina presencial) o modelo teórico foi apresentado, já com as modificações propostas na fase anterior, e foi aprovado (consenso unânime) sem nenhuma modificação.

O modelo teórico adaptado e validado, que representa a realidade de São Paulo, é apresentado na Figura 8.

Figura 8 – Modelo Teórico: capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo



Legenda: CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica; CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; CIB – Comissão Intergestores Bipartite; CIR – Comissão Intergestores Regionais; CIT – Comissão Intergestores Tripartite; FME – Farmácia de Medicamentos Especializados; PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica; PNM – Política Nacional de Medicamentos; URM – Uso Racional de Medicamentos.

Fonte: Adaptado de ROVER et al. (2016).

Considerando que modelo teórico representa as características do contexto que influenciam a capacidade de gestão (ROVER et al, 2016). Destacam-se abaixo as características do contexto do Estado de São Paulo na gestão do CEAF:

- O relacionamento entre os três entes federados, no âmbito do CEAF, está pautado no financiamento e execução do componente, sendo a União responsável para publicação de políticas norteadoras do CEAF, o Estado responsável pela execução do componente, e o Municípios responsáveis pela complementação da linha de cuidado por meio do CBAF. Ainda, no Estado de São Paulo, alguns municípios contribuem com a descentralização do acesso ao medicamento do CEAF, realizando as etapas de solicitação, renovação da continuidade do tratamento e dispensação dos medicamentos.
- O relacionamento da gestão estadual do CEAF entre União e Municípios é mediado pelas instâncias colegiadas de gestão do SUS (CIT, CIB e CIR), em suas respectivas Câmaras/Grupos Técnico de AF.
- Para execução do CEAF, o Estado de São Paulo baseia-se em políticas norteadoras, visando o Uso Racional de Medicamentos (URM).
- Com objetivo de qualificar/ampliar/descentralizar o acesso aos medicamentos do CEAF para a população, a SES/SP utiliza-se de estratégias, tais como: dispor de no mínimo uma FME por DRS (para atendimento de pacientes de forma presencial e entrega de medicamentos em domicílios); guia de orientações sobre medicamentos (documento norteador que padroniza o entendimento dos PCDT, quanto aos exames necessários para solicitação e renovação da dispensação de medicamentos nos serviços assistenciais do Estado); ampliação de contato junto às associações de pacientes; estabelecimento de parcerias com serviços de referência; centros de aplicação de medicamentos e municípios para atendimento de pacientes, mantendo um relacionamento próximo com serviços assistenciais e de diagnósticos.
- Mesmo diante da existência de linhas de cuidado, definidas pelos PCDT publicados pelo MS, visando à garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, ainda assim, a população reivindica, por meio de ações judicias, a garantia de medicamentos para tratamento de

doenças contempladas no CEAF, seja em casos de omissão estatal, quanto para casos de solicitação de tecnologia diferente daquelas padronizadas.

- Ainda, considera-se no contexto, para realizar a gestão do CEAF no Estado de São Paulo, as políticas de saúde, políticas econômicas, políticas de desenvolvimento produtivo e indústrias farmacêuticas, que também exercem influências sobre os pacientes, prescritores, organizações sociais e na definição de políticas.
- As ações da gestão do CEAF no Estado de São Paulo são monitoradas pela pelas Comissões Intergestores (CIR e CIB), CES (controle social), bem como por órgãos controladores, tais como vigilância sanitária, Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e Controladoria-Geral da União (CGU).

Situações foram pautadas pelos especialistas, como as escassas pautas referentes ao CEAF nas CIR(s), considerando a pouca capacidade resolutiva que a equipe de gestão regional da AF do Estado (farmacêuticos diretores dos NAF dos DRS) possui, evidenciando a necessidade de menor centralização das decisões e organização da gestão do CEAF pela CAF (nível central), ampliando o empoderamento de gestão do CEAF nas regionais de saúde.

Considerando que é na CIR que são deliberadas questões importantes, levando em conta a realidade sanitária da região, visando a otimização dos recursos físicos e financeiros, é de grande importância que o CEAF seja pauta frequente nas câmaras técnicas permanentes para assessoramento, apoio e análise técnica da CIR, de forma que possam ser pactuados critérios de acessibilidade nas regiões, responsabilidades individuais e solitárias entre os entes federativos em relação ao CEAF, entre outras questões de relevância na organização do CEAF em nível regional, de forma que a cogestão do CEAF seja fortalecida neste âmbito (BRASIL, 2011g, 2015b).

O MS define cogestão como “a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão)” (BRASIL, 2009c, p. 24). Desta forma, entende-se importante que a gestão estadual do CEAF (nível central) amplie os sujeitos envolvidos na gestão, construindo

condições políticas e institucionais efetivas que viabilizem e sustentem essa forma de gestão.

Outra questão pontuada por especialistas quanto ao modelo teórico, foi o fato da gestão estadual ainda estar muito focada na premissa “acesso” do que para o URM. Assim, as políticas norteadoras da gestão estadual do CEAF devem contemplar questões de segurança, clínicas e farmacoeconômicas para aperfeiçoamento contínuo do URM no âmbito do componente.

- **Adaptação e validação de conteúdo do protocolo de indicadores**

No Apêndice C é apresentado o protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF adaptado e validado para aplicação no Estado de São Paulo.

As alterações realizadas no protocolo de indicadores quanto ao nome, descrição, número de medidas e pontuação dos indicadores por dimensão ORGANIZACIONAL, OPERACIONAL e SUSTENTABILIDADE são apresentadas nos quadros 14, 15 e 16, respectivamente.

Quanto às alterações das medidas que levam à pontuação do indicador, são apresentadas nos quadros 17, 18 e 19, respectivamente.

As alterações dos critérios de julgamento para emissão do juízo de valor por indicadores são apresentadas nos quadros 20 e 21, respectivamente.

Quadro 14 – Alterações realizadas no protocolo de indicadores quanto ao nome, descrição, número de medidas e pontuação dos indicadores por dimensão ORGANIZACIONAL

Versão Original - Rover et al. (2017a)				Principais alterações	Versão Validada para São Paulo			
Indicador	**O que é medido no indicador**	**Número de Medidas**	**Pontuação**	**Adaptação/Validação**	**Indicador**	**O que é medido no indicador**	**Número de Medidas**	**Pontuação**
1. Participação	Participação da gestão em Órgãos de participação social e existência de instâncias que permitam a participação dos atores envolvidos.	2	10	—	1. Participação	Participação da gestão em Órgãos de participação social e existência de instâncias que permitam a participação dos atores envolvidos.	2	10
2. Transparência	Divulgação de informações sobre as faltas de medicamentos e dos preços praticados na compra dos medicamentos.	2	10	—	2. Transparência	Divulgação de informações sobre as faltas de medicamentos e dos preços praticados na compra dos medicamentos.	2	10
3. Planejamento	Inclusão de ações do CEAF no PES, PPA e no Relatório de Gestão. Existência de reuniões de planejamento específicas do CEAF.	2	10	Com o ajuste de medidas, a descrição do indicador foi resumida.	3. Planejamento	Inclusão de ações do CEAF no PES. Existência de reuniões de planejamento específicas do CEAF.	2	10
4. Monitoramento e avaliação das ações	Existência de indicadores e a utilização do monitoramento destes para o planejamento das ações.	1	10	—	4. Monitoramento e avaliação das ações	Existência de indicadores e a utilização do monitoramento destes para o planejamento das ações.	1	10
5. Parcerias	Parcerias com outras instituições para o desenvolvimento de atividades do CEAF.	1	10	—	5. Parcerias	Parcerias com outras instituições para o desenvolvimento de atividades do CEAF.	1	10
6. Regulamentação	Existência de fluxos regulamentados para a avaliação das solicitações e diretrizes sobre os processos de trabalho nas unidades.	2	10	—	6. Regulamentação	Existência de fluxos regulamentados para a avaliação das solicitações e diretrizes sobre os processos de trabalho nas unidades.	2	10
7. Institucionalização	Existência de uma instância institucionalizada responsável por todas as atividades do CEAF.	1	10	—	7. Institucionalização	Existência de uma instância institucionalizada responsável por todas as atividades do CEAF.	1	10
8. Acesso descentralizado	Atendimento dos usuários em seus municípios de residência.	1	10	—	8. Acesso descentralizado	Atendimento dos usuários em seus municípios de residência.	1	10
TOTAL = 8	**—**	**12**	**80**	**—**	**8**	**—**	**12**	**80**

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 15 – Alterações realizadas no protocolo de indicadores quanto ao nome, descrição, número de medidas e pontuação dos indicadores por dimensão OPERACIONAL.

Versão Original - Rover et al. (2017a)				Principais alterações	Versão Validada para São Paulo			
Indicador	**O que é medido no indicador**	**Número de Medidas**	**Pontuação**	**Adaptação/Validação**	**Indicador**	**O que é medido no indicador**	**Número de Medidas**	**Pontuação**
1. Comunicação	Comunicação entre as unidades.	1	10	–	1. Comunicação	Comunicação entre as unidades.	1	10
2. Complementariedade	Preocupação com o atendimento das linhas de cuidados.	2	10	–	2. Complementariedade	Preocupação com o atendimento das linhas de cuidados.	2	10
3. Condições normativas	Unidades com condições legais e sanitárias para o exercício das atividades.	3	10	Subdivisão das medidas para dar maior objetividade e clareza às perguntas	3. Condições normativas	Unidades com condições legais e sanitárias para o exercício das atividades.	6	10
4. Infraestrutura	Existência de investimentos e condições mínimas de infraestrutura nas unidades.	2	10	–	4. Infraestrutura	Existência de investimentos e condições mínimas de infraestrutura nas unidades.	2	10
5. Serviços de referência/polos de aplicação	Existência de SR nas diversas regiões do estado.	1	10	–	5. Serviços de referência/polos de aplicação	Existência de SR nas diversas regiões do estado.	1	10
6.Sistemas de informação	Existência de sistemas de informação para o desenvolvimento das atividades.	3	10	–	6.Sistemas de informação	Existência de sistemas de informação para o desenvolvimento das atividades.	3	10
7. Recursos humanos	Disponibilidade de RH e preocupação com a capacitação contínua.	2	10	Exclusão de uma medida por subjetividade na coleta de dados no Estado	7. Recursos humanos	Disponibilidade de RH e preocupação com a capacitação contínua.	1	10
8. Financiamento	Capacidade de aplicar as estratégias para a manutenção do equilíbrio financeiro e disponibilidade de recursos.	3	10	Inclusão de nova medida e alocação de uma medida para o indicador "Programação / aquisição de medicamentos"	8. Financiamento	Capacidade de aplicar as estratégias para a manutenção do equilíbrio financeiro e disponibilidade de recursos.	3	10

Quadro 15 – Alterações realizadas no protocolo de indicadores quanto ao nome, descrição, número de medidas e pontuação dos indicadores por dimensão OPERACIONAL (cont.).

Versão Original - Rover et al. (2017a)				Principais alterações	Versão Validada para São Paulo			
Indicador	**O que é medido no indicador**	**Número de Medidas**	**Pontuação**	**Adaptação/Validação**	**Indicador**	**O que é medido no indicador**	**Número de Medidas**	**Pontuação**
9. Gestão da logística	Existência de mecanismos que qualificam a programação e a aquisição de medicamentos.	3	10	Modificação do nome do indicador para dar maior clareza ao que seria medido e remanejamento de 1 medida (que foi subdividida) alocada no indicador financiamento por maior compatibilidade ao indicador que mede a capacidade de gestão quanto a aquisição de medicamentos.	9. Programação / aquisição de medicamentos	Existência de mecanismos que qualificam a programação e a aquisição de medicamentos.	5	10
10. Boas práticas em logística	Existência de mecanismos que qualificam a distribuição e o controle de estoque dos medicamentos.	3	10	Subdivisão de uma medida para dar maior objetividade e clareza à pergunta	10. Boas práticas em logística	Existência de mecanismos que qualificam a distribuição e o controle de estoque dos medicamentos.	4	10
11. Disponibilidade de medicamentos	Preocupação com o atendimento oportuno dos usuários.	3	10	Subdivisão de uma medida para dar maior objetividade e clareza à pergunta	11. Disponibilidade de medicamentos	Preocupação com o atendimento oportuno dos usuários.	4	10
TOTAL = 11	**—**	**26**	**110**	**—**	**11**	**—**	**32**	**110**

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 16 – Alterações realizadas no protocolo de indicadores quanto ao nome, descrição, número de medidas e pontuação dos indicadores por dimensão SUSTENTABILIDADE.

Versão Original - Rover et al. (2017a)				Principais alterações	Versão Validada para São Paulo			
Indicador	**O que é medido no indicador**	**Número de Medidas**	**Pontuação**	**Adaptação/Validação**	**Indicador**	**O que é medido no indicador**	**Número de Medidas**	**Pontuação**
1. Controle social	Inclusão do CEAF nas pautas do Conselho Estadual de Saúde.	1	10	—	1. Controle social	Inclusão do CEAF nas pautas do Conselho Estadual de Saúde.	1	10
2. Perfil do gestor	Condição de existência do cargo de coordenador da assistência farmacêutica, formalmente instituído, responsável pela gestão do CEAF e a qualificação do gestor.	2	10	—	2. Perfil do gestor	Condição de existência do cargo de coordenador da assistência farmacêutica, formalmente instituído, responsável pela gestão do CEAF e a qualificação do gestor.	2	10
3. Acessibilidade	Prazo para atendimento dos usuários, existência de demanda judicial e de mecanismos para evitar as ações.	2	10	Inclusão de nova medida já utilizada pelo Estado de São Paulo.	3. Acessibilidade	Prazo para atendimento dos usuários, existência de demanda judicial e de mecanismos para evitar as ações.	3	10
4. Relação entre serviços	Ações de acompanhamento das unidades; repasse periódico de orientações e relação da gestão com os outros setores da rede de atenção à saúde.	2	10	—	4. Relação entre serviços	Ações de acompanhamento das unidades; repasse periódico de orientações e relação da gestão com os outros setores da rede de atenção à saúde.	2	10
5. Aspectos clínicos	Existência do monitoramento dos tratamentos e a realização do primeiro atendimento pelo farmacêutico.	2	10	—	5. Aspectos clínicos	Existência do monitoramento dos tratamentos e a realização do primeiro atendimento pelo farmacêutico.	2	10
6. Relação com os usuários	Preocupação da gestão com a satisfação dos usuários, através de avaliações e ouvidoria.	2	10	—	6. Relação com os usuários	Preocupação da gestão com a satisfação dos usuários, através de avaliações e ouvidoria.	2	10
TOTAL = 6	—	**11**	**60**	—	**6**	—	**12**	**60**

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 17 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão ORGANIZACIONAL.

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
				Pontuação Fase I						
Indicador	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**	**Pergunta do Indicador**	C	VE	R	AM	**Alterações realizadas validadas na Fase II**	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**
1. Participação	1.1 A gestão estadual do CEAF participa do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite, da Comissão Intergestores Regional, da Conferencia Estadual de Saúde e das Reuniões para a elaboração do PES?	5	1.1 A gestão estadual do CEAF participa do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite, da Comissão Intergestores Regional, da Conferencia Estadual de Saúde e das Reuniões para a elaboração do PES?	4,8	4,2	4,6	4,6	• Adicionado temporalidade ao indicador; • Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Ampliação do parâmetro para pontuação.	1.1 A gestão estadual do CEAF participou no último ano do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite, da Conferencia Estadual de Saúde e das Reuniões para a elaboração/monitoramento do Plano Estadual de Saúde (PES)?	5
	1.2 A gestão estadual desenvolve estratégias ou cria instâncias para a participação dos envolvidos no CEAF (pacientes, prescritores, farmacêuticos...) na formulação de políticas e diretrizes do CEAF? Quais são?	5	1.2 A gestão estadual desenvolve estratégias ou cria instâncias para a participação dos envolvidos no CEAF (pacientes, prescritores, farmacêuticos, entre outros) na formulação de políticas e diretrizes do CEAF?	4,5	4,1	4,5	4,4	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Adicionado temporalidade ao indicador.	1.2 A gestão estadual desenvolveu estratégias ou criou instâncias para a participação dos envolvidos no CEAF (pacientes, prescritores, farmacêuticos, entre outros) na formulação de políticas e diretrizes do CEAF no último ano?	5
2. Transparência	2.1 Há divulgação da lista de medicamentos em falta (e motivo) para a população? Quais são estas estratégias?	5	2.1 Há divulgação da lista de medicamentos em falta (e motivo) para a população?	4,2	4,1	4,9	4,5	• Ampliação do parâmetro para pontuação.	2.1 Há divulgação da lista de medicamentos em falta e motivo para a população?	5
	2.2 Há divulgação dos preços praticados pelo Estado na compra dos medicamentos do CEAF para a população? Quais são estas estratégias?	5	2.2 Há divulgação dos preços praticados pelo Estado na compra dos medicamentos do CEAF para a população?	4,5	4,1	4,6	4,4	• Adicionado temporalidade ao indicador; • Alteração da medida; • Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade.	2.2 No último ano houve divulgação dos preços praticados pelo Estado na compra dos medicamentos (grupo 1B e 2) do CEAF para a população?	5

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados

Quadro 17 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão ORGANIZACIONAL (cont.).

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
				Pontuação Fase I						
Indicador	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**	**Pergunta do Indicador**	C	VE	R	AM	**Alterações realizadas validadas na Fase II**	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**
3. Planejamento	3.1 Existe no PES e consequentemente na PPA e no Relatório de Gestão ações específicas relacionadas ao CEAF?	5	3.1 Existem no PES e consequentemente no PPA e no Relatório de Gestão ações específicas relacionadas ao CEAF?	4,6	4,4	4,6	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade.	3.1 Existem no Plano Estadual de Saúde (PES) ações específicas relacionadas a Assistência Farmacêutica que envolvem questões do CEAF?	5
	3.2 Há reuniões de planejamento estratégico específico para o desenvolvimento das ações relacionadas ao CEAF? Qual a frequência destas reuniões?	5	3.2 Há reuniões de planejamento estratégico específico para o desenvolvimento das ações relacionadas ao CEAF? Qual a frequência destas reuniões?	4,4	4,5	4,4	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Ampliação do parâmetro para pontuação; • Alteração de fonte de coleta de dados.	3.2 Qual a frequência de realização de reuniões de planejamento estratégico específico para o desenvolvimento das ações relacionadas ao CEAF?	5
4. Monitoramento e avaliação das ações	4.1 Há indicadores para o monitoramento das ações relacionadas ao componente? Estes indicadores são utilizados para o planejamento das ações?	10	4.1 Há indicadores para o monitoramento das ações relacionadas ao Componente? Estes indicadores são utilizados para o planejamento das ações?	4,2	4,5	4,7	4,7	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Redução do parâmetro para pontuação.	4.1 Os indicadores para o monitoramento das ações relacionadas ao CEAF são utilizados para o planejamento das ações?	10
5. Parcerias	5.1 Existem parcerias com outras instituições para desconcentrar o atendimento (solicitação, dispensação, renovação...)? Se sim, que tipos de parcerias são estabelecidas?	10	5.1 Existem parcerias com outras instituições para desconcentrar o atendimento (solicitação, dispensação, renovação)?	4,7	4,5	4,5	4,6	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Ampliação do parâmetro para pontuação;	5.1 Existem parcerias com outras instituições para desconcentrar o atendimento aos pacientes (solicitação, dispensação, renovação)?	10
6. Regulamentação	6.1 Há fluxo estabelecido (documentado) para avaliação das solicitações de medicamentos no estado? Os profissionais responsáveis pela avaliação são oficialmente nomeados?	5	6.1 Há fluxo estabelecido (documentado) para avaliação das solicitações de medicamentos no Estado? Os profissionais responsáveis pela avaliação são oficialmente nomeados?	4,4	4,7	4,8	4,8	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Ampliação do parâmetro para pontuação; • Alteração de fonte de coleta de dados.	6.1 Há fluxo estabelecido (documentado) para avaliação das solicitações de medicamentos do CEAF no Estado?	5

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados

Quadro 17 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão ORGANIZACIONAL (cont.).

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
				Pontuação Fase I						
Indicador	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**	**Pergunta do Indicador**	C	VE	R	AM	**Alterações realizadas validadas na Fase II**	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**
6. Regulamentação	6.2 Há diretrizes de abrangência estadual estabelecidos (documentadas) dos processos de trabalho nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	5	6.2 Há diretrizes de abrangência Estadual estabelecidos (documentadas) dos processos de trabalho nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	4,5	4,4	4,6	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Ampliação do parâmetro para pontuação; • Alteração de fonte de coleta de dados.	6.2 Há diretrizes estabelecidas (documentadas) dos processos de trabalho, por etapa de execução, nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF, de abrangência Estadual?	5
7. Institucionalização	7.1 Existe na estrutura administrativa da SES uma instância institucionalizada relacionada a AF cujas competências envolvam todas as atividades do CEAF?	10	7.1 Existe na estrutura administrativa da SES uma instância institucionalizada relacionada a AF cujas competências envolvam todas as atividades do CEAF?	4,7	4,8	4,6	4,7	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade.	7.1 Existe na estrutura administrativa da SES uma instância institucionalizada relacionada a Assistência Farmacêutica cujas competências envolvam todas as vertentes de gestão do CEAF (questões técnicas e administrativas)?	10
8. Acesso descentralizado	8.1 As atividades do CEAF relacionadas ao atendimento dos usuários estão desconcentradas de modo a atender os pacientes no seu próprio município de residência (unidades estaduais e/ou municipais) (solicitações, renovações, dispensações)?	10	8.1 As atividades do CEAF relacionadas ao atendimento dos usuários (solicitações, renovações, dispensações) estão desconcentradas de modo a atender os pacientes no seu próprio município de residência (unidades estaduais e/ou municipais)?	4,5	4,7	4,8	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade.	8.1 As atividades do CEAF relacionadas ao atendimento dos usuários (solicitações, renovações, dispensações) estão desconcentrados/ descentralizados de modo a atendê-los no seu próprio município de residência (unidades estaduais e/ou municipais)?	10

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 18 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão OPERACIONAL.

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
				Pontuação Fase I						
Indicador	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**	**Pergunta do Indicador**	C	VE	R	AM	**Alterações realizadas validadas na Fase II**	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**
1. Comunicação	1.1 Os profissionais das unidades que desenvolvem atividades do CEAF conseguem se comunicar com a gestão regional/central em tempo hábil de resolver os problemas?	10	1.1 Os profissionais das unidades que desenvolvem atividades do CEAF conseguem se comunicar com a gestão regional/central em tempo hábil de resolver os problemas?	4,5	4,5	4,7	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Ampliação do parâmetro para pontuação; • Ampliação da fonte de coleta de dados.	1.1 Os farmacêuticos que desenvolvem atividades do CEAF conseguem se comunicar com a gestão da Assistência Farmacêutica central (CAF) em tempo hábil de resolver os problemas?	10
2. Complementariedade	2.1 Qual a porcentagem de medicamentos da primeira linha de cuidado estão pactuados na CIB? (CBAF)	5	2.1 A gestão estadual realiza o monitoramento da lista de medicamentos disponibilizados pelos municípios, garantindo que os medicamentos da primeira linha de cuidado estão sendo fornecido?	3,7	4,0	4,4	3,6	**MEDIDA REPROVADA EXCLUSÃO DA MEDIDA POR FALTA DE CONSENSO**	—	
	—	—	—	—	—	—	—	**INCLUSÃO DE NOVA PERGUNTA / MEDIDA / PARAMÊTRO**	2.1 Existe pactuação de medicamentos chave (elenco mínimo do grupo 3 do CEAF) para a primeira linha de cuidado?	5
	2.2 Está regulamentada a produção de APAC para o grupo 2?	5	2.2 Está regulamentada a produção de APAC para o grupo 2?	4,2	4,5	4,4	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade.	2.2 É realizada a formalização de APAC na dispensação dos medicamentos do Grupo 2?	5
3. Condições normativas	3.1 A gestão estadual do CEAF publicou nos últimos 4 anos alguma orientação para o gerenciamento dos resíduos para as unidades (PGRSS)?	4	3.1 A gestão estadual do CEAF publicou nos últimos 4 anos alguma orientação para o gerenciamento dos resíduos para as unidades (PGRSS)?	4,7	4,7	4,5	4,7	**EXCLUSÃO DA MEDIDA POR POUCA SENSIBILIDADE**	—	
	—	—	—	—	—	—	—	**INCLUSÃO DE NOVA PERGUNTA / MEDIDA / PARAMÊTRO**	3.4 A gestão estadual monitora a atualização do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) das unidades que movimentam medicamentos do CEAF?	2
	—	—	—	—	—	—	—	**INCLUSÃO DE NOVA PERGUNTA / MEDIDA / PARAMÊTRO**	3.3 As unidades que movimentam medicamentos do CEAF possuem um Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) atualizado?	1

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados; células vermelhas = ausência de consenso.

Quadro 18 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão OPERACIONAL (cont.).

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
Indicador	Pergunta do Indicador	Pontuação da Medida	Pergunta do Indicador	Pontuação Fase I				Alterações realizadas validadas na Fase II	Pergunta do Indicador	Pontuação da Medida
				C	VE	R	AM			
3. Condições normativas	3.2 As unidades (unidades, regionais, SR e CAF) possuem alvará sanitário atualizado? A gestão estadual monitora a atualização? Como? (validação)	3	3.2 As unidades que movimentam medicamentos do CEAF possuem alvará sanitário atualizado? A gestão estadual monitora a atualização?	4,6	4,4	4,8	4,3	• Subdivisão e ajuste da escrita da medida para maior clareza e objetividade; • Aumento da pontuação da medida; • Alteração do parâmetro para pontuação; • Ampliação da fonte de coleta de dados.	3.1 As unidades que movimentam medicamentos do CEAF possuem alvará sanitário atualizado?	2
									3.2 A gestão estadual monitora a atualização do alvará sanitário das unidades que movimentam medicamentos do CEAF?	2
	3.3 As unidades (unidades dispensadoras e CAF) possuem certidão de regularidade atualizada? A gestão estadual monitora a atualização? Como? (validação)	3	3.3 As unidades que movimentam medicamentos do CEAF possuem certidão de regularidade técnica (CRF) atualizada? A gestão estadual monitora a atualização?	4,7	4,4	4,8	4,4	• Subdivisão e ajuste da escrita da medida para maior clareza e objetividade; • Alteração do parâmetro para pontuação; • Ampliação da fonte de coleta de dados.	3.5 As unidades que movimentam medicamentos do CEAF possuem certidão de regularidade técnica (CRF) atualizada?	1
									3.6 A gestão estadual monitora a atualização da certidão de regularidade técnica (CRF) das unidades que movimentam medicamentos do CEAF?	2
4. Infraestrutura	4.1 Houve nos últimos 4 anos investimentos (da gestão estadual) em infraestrutura dos serviços relacionados ao CEAF? Em quantas unidades houve investimentos (validação)	5	4.1 Houve nos últimos 4 anos investimentos (da gestão estadual) em infraestrutura dos serviços relacionados ao CEAF? Em quantas unidades houveram investimentos?	4,4	4,2	4,5	4,5	**EXCLUSÃO DA MEDIDA POR POUCA SENSIBILIDADE**	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	**INCLUSÃO DE NOVA PERGUNTA / MEDIDA / PARAMÊTRO**	4.1 Está contemplado no Plano Plurianual (PPA) vigente investimento para infraestrutura de farmácias (que inclua às que dispensam medicamentos do CEAF)?	5
	4.2 Há condições mínimas de infraestrutura nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	5	4.2 Há condições mínimas de infraestrutura nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	3,9	4,3	4,7	4,3	**MEDIDA REPROVADA** • Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração do parâmetro para pontuação.	4.2 Há condições suficientes de infraestrutura nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF e almoxarifado central para atendimento da demanda?	5

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados; células vermelhas = ausência de consenso.

Quadro 18 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão OPERACIONAL (cont.).

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
				Pontuação Fase I						
Indicador	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**	**Pergunta do Indicador**	C	VE	R	AM	**Alterações realizadas validadas na Fase II**	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**
5. Serviços de referência/polos de aplicação	5.1 Há SR e/ou polos de aplicação de medicamentos no estado (considera-se SR as unidades que ofertam serviços de saúde especializados e continuados a grupos específicos, como por exemplo, o monitoramento de tratamentos e a aplicação de medicamentos)? Estes estão localizados em várias regiões de forma a atender a população de todo estado?	10	5.1 Pacientes que utilizam medicamentos que necessitam de infusão assistida são atendidos em Serviços de Referência (SR) e/ou polos de aplicação de medicamentos no estado?	4,5	4,5	4,4	4,5	**PROPOSTA ADAPTADA OBTEVE UMA MEDIDA REPROVADA, O QUE GEROU REVISÃO DE TODAS AS MEDIDAS DO INDICADOR, RETORNANDO A PROPOSTA ORIGINAL** • Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Alteração do parâmetro para pontuação; • Alteração da fonte de coleta de dados.	5.1 Há Serviços de Referência (SR) e/ou pólos de aplicação de medicamentos no Estado, de forma regionalizada?	10
			5.2 Há pelo menos um Serviço de Referência (SR) e/ou polos de aplicação de medicamentos por Departamento Regional de Saúde (DRS)?	4,5	4,2	4,5	4,5			
			5.3 Pacientes que utilizam medicamentos que necessitam de infusão, e não são atendidos em Serviço de Referência e/ou polos de aplicação de medicamentos no estado, tem o seu tratamento monitorado pela unidade dispensadora?	3,6	3,5	3,8	4,0			
6.Sistemas de informação	6.1 Há sistemas informatizados no CEAF?	3	6.1 O(s) sistema(s) informatizado abrange todas as atividades necessárias para execução do CEAF?	4,4	4,3	4,7	4,3	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Ampliação do parâmetro para pontuação; • Aumento da pontuação da medida.	6.1 O(s) sistema(s) informatizado abrange(m) todas as atividades necessárias para execução do CEAF?	4
	6.2 Estes sistemas alimentam a base nacional?	3	6.2 Estes sistemas alimentam a base nacional?	4,5	4,7	4,7	4,7	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade.	6.2 O(s) sistema(s) utilizado(s) para registro das atividades do CEAF alimenta(m) a base de dados nacional?	3
	6.3 Algum destes sistemas interopera com outros sistemas da rede de atenção à saúde? Qual?	4	6.3 O(s) sistema(s) interopera com outros sistemas do âmbito municipal (prescrição, prontuário, dispensação CBAF)?	4,6	4,7	4,7	4,7	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Diminuição da pontuação da medida.	6.3 O(s) sistema(s) interopera(m) com outros sistemas do âmbito municipal (ex. prescrição, prontuário, dispensação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica)?	3

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados; células vermelhas = ausência de consenso.

Quadro 18 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão OPERACIONAL (cont.).

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
Indicador	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação Fase I**				**Alterações realizadas validadas na Fase II**	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**
				C	VE	R	AM			
7. Recursos humanos	7.1 Há farmacêuticos em número (RH) suficiente para o desenvolvimentos das atividades relativas ao CEAF?	5	7.1 Há farmacêuticos em número suficiente para o desenvolvimentos das atividades relativas ao CEAF?	4,5	4,2	4,8	4,5	**EXCLUSÃO DA MEDIDA POR SUBJETIVIDADE NA COLETA DE DADOS NO ESTADO**	—	—
	7.2 Há atividades de capacitação dos RH envolvidos no componente (que inclua o RH de todas as unidades que desenvolvem atividades do CEAF)? Com que frequência?	5	7.2 Há atividades de capacitação dos RH envolvidos no CEAF? Com que frequência?	4,2	4,4	4,6	4,6	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Alteração do parâmetro para pontuação; • Alteração da fonte de coleta de dados; • Aumento da pontuação da medida.	7.1 Com que frequência a Gestão Estadual (nível central) oferece atividades de capacitação dos RH envolvidos no CEAF (farmacêuticos e não farmacêuticos)?	10
8. Financiamento	8.1 O estado consegue praticar as desonerações dos tributos? E aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço?	3	**MEDIDA REALOCADA PARA O INDICADOR "PROGRAMAÇÃO / AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS"**	—	—	—	—	—	—	—
	8.2 O estado tem planejamento orçamentário e disponibilidade financeira capaz de suprir as necessidades de aquisição própria para o CEAF?	5	8.1 O estado tem planejamento orçamentário e disponibilidade financeira capaz de suprir as necessidades de aquisição própria para o CEAF?	4,5	4,5	4,7	4,4	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Diminuição da pontuação da medida.	8.1 O estado tem planejamento orçamentário e disponibilidade financeira capaz de suprir as necessidades de aquisição para o CEAF (grupo 2)?	4
	8.3 Há recursos perdidos por APAC glosadas no último ano? Se sim, qual é o percentual de APAC glosadas em relação ao total?	2	8.2 Há recursos perdidos por APAC glosadas no último ano? Se sim, qual é o percentual de APAC glosadas em relação ao total?	3,9	4,4	4,3	4,4	**MEDIDA REPROVADA** • Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Aumento da pontuação da medida.	8.2 Qual o percentual de faturamentos - Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) glosadas em relação ao total de APAC geradas pela gestão Estadual do CEAF no Estado?	3
	—	—	—	—	—	—	—	**INCLUSÃO DE NOVA PERGUNTA / MEDIDA / PARAMÊTRO**	8.3 A gestão estadual monitora o repasse de recursos federais, referente ao grupo 1B, em relação aos faturamentos gerados?	3

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados; células vermelhas = ausência de consenso.

Quadro 18 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão OPERACIONAL (cont.).

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
				Pontuação Fase I						
Indicador	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**	**Pergunta do Indicador**	C	VE	R	AM	**Alterações realizadas validadas na Fase II**	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**
9. Programação / aquisição de medicamentos	9.1 Existe instrumento/método definido e aplicado no processo de programação? Qual é o instrumento/método?	3	9.1 Existe instrumento/método definido e aplicado no processo de programação?	4,3	4,4	4,5	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Diminuição da pontuação da medida.	9.1 Existe instrumento/método estabelecido para o processo de programação de medicamentos do CEAF (de compra centralizada pelo Ministério da Saúde e de compra pela Gestão Estadual)?	2
	MEDIDA REALOCADA DO INDICADOR FINANCIAMENTO "8.1 O estado consegue praticar as desonerações dos tributos? E aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço?"	—	9.2 O estado consegue praticar as desonerações dos tributos?	4,3	4,4	4,5	4,4	• Subdivisão da medida e ajuste de escrita para maior clareza e objetividade.	9.2 O Estado consegue praticar as desonerações dos tributos (ICMS) na aquisição dos medicamentos do CEAF?	2
		—	9.3 O estado consegue aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço?	4,3	4,5	4,5	4,5		9.3 O Estado consegue aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço na aquisição dos medicamentos do CEAF?	2
	9.2 Há mecanismos de punição, estabelecidos em editais e/ou contratos, para os fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos? Se sim, são aplicados	3	9.4 Há mecanismos de punição, estabelecidos em editais e/ou contratos, para os fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos? Se sim, são aplicados?	4,3	4,5	4,7	4,5	• Diminuição da pontuação da medida.	9.4 Há mecanismos de punição, estabelecidos em editais e/ou contratos, para os fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos? Se sim, são aplicados?	2
	9.3 A gestão estadual desenvolve estratégias para enfrentar problemas no processo de aquisição de medicamentos do CEAF?	4	9.5 A gestão estadual desenvolve estratégias para enfrentar problemas no processo de aquisição de medicamentos do CEAF?	4,5	4,4	4,6	4,5	• Diminuição da pontuação da medida.	9.5 A gestão estadual desenvolve estratégias para enfrentar problemas no processo de aquisição de medicamentos do CEAF?	2
10. Boas práticas em logística	10.1 O estado possui normas que atendam as boas praticas de transporte de medicamentos?	2	10.1 O estado possui normas que atendam as boas práticas de transporte de medicamentos?	4,4	4,5	4,6	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Alteração do parâmetro para pontuação.	10.1 A Gestão Estadual fornece diretrizes visando às boas práticas de transporte de medicamentos para as unidades que desenvolvem atividades do CEAF ?	2

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados; células vermelhas = ausência de consenso.

Quadro 18 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão OPERACIONAL (cont.).

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
				Pontuação Fase I						
Indicador	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**	**Pergunta do Indicador**	C	VE	R	AM	**Alterações realizadas validadas na Fase II**	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**
10. Boas práticas em logística	10.2 Existe um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos para as unidades?	3	10.2 Existe um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos para as unidades e fluxo extra cronograma?	4,5	4,3	4,5	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade.	10.2 Existe um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos para as unidades e fluxo extra cronograma?	3
	10.3 Há controle de estoque periódico nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	5	10.3 Há inventário físico periódico nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	4,4	4,6	4,7	4,6	• Subdivisão da medida e ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração do parâmetro para pontuação.	10.3 Há inventário físico periódico no almoxarifado central que realiza logística de medicamentos do CEAF?	2
									10.4 Há inventário físico periódico nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	3
11. Disponibilidade de medicamentos	11.1 Houve falta de medicamentos para atendimento dos usuários no último semestre? Quais foram os motivos? Há estoque estratégico?	4	11.1 Houve falta de medicamentos para atendimento dos usuários no último semestre? Quais foram os motivos?	4,0	4,3	4,8	4,6	• Subdivisão da medida e ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade (11.1); • Alteração do parâmetro para pontuação.(11.2); • Aumento da pontuação da medida.	11.1 Houve falta de medicamentos dos grupos 1B e 2 com desabastecimento superior a um mês consecutivo no último ano?	3
			11.2 O Estado prevê estoque estratégico nas unidades?	4,6	4,5	4,5	4,6		11.2 O Estado prevê estoque estratégico nas unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF ou almoxarifado central?	2
	11.2 Há avaliação para a seleção de medicamentos do CEAF por linha de cuidado para a elaboração do elenco estadual? Este processo está regulamentado?	2	11.3 Há avaliação para a seleção de medicamentos do CEAF por linha de cuidado para a elaboração do elenco estadual? Este processo está regulamentado?	4,1	4,4	4,3	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Alteração do parâmetro para pontuação; • Ampliação da fonte de coleta de dados.	11.3 Há avaliação por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para seleção de medicamentos do CEAF por linha de cuidado, visando a elaboração/atualização do elenco estadual? Em quantas reuniões de CFT houve pauta do CEAF no último ano?	2
	11.3 Há atrasos na dispensação de medicamentos por falta de RH e/ou deficiências de infraestrutura para atendimento dos usuários (havendo disponibilidade de medicamentos)? Em quantas unidades isso ocorre?	4	11.4 Há atrasos na dispensação de medicamentos por falta de RH e/ou deficiências de infraestrutura para atendimento dos usuários (havendo disponibilidade de medicamentos)?	4,5	4,5	4,9	4,6	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Ampliação do parâmetro para pontuação; • Diminuição da pontuação da medida.	11.4 Há atrasos na dispensação de medicamentos por falta de RH e/ou deficiências de infraestrutura para atendimento dos usuários (havendo disponibilidade de medicamentos)?	3

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados; células vermelhas = ausência de consenso.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 19 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão SUSTENTABILIDADE.

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
Indicador	Pergunta do Indicador	Pontuação da Medida	Pergunta do Indicador	Pontuação Fase I				Alterações realizadas validadas na Fase II	Pergunta do Indicador	Pontuação da Medida
				C	VE	R	AM			
1. Controle social	1.1 No último ano, questões relativas ao CEAF foram pautadas junto ao CES? Quais foram estas pautas?	10	1.1 No último ano, questões relativas ao CEAF foram pautadas junto ao CES?	4,5	4,5	4,5	4,6	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade.	1.1 No último ano, questões relativas ao CEAF foram pautadas junto ao Concelho Estadual de Saúde (CES)?	10
2. Perfil do gestor	2.1 Existe o cargo de coordenador/diretor/gerente da AF formalmente instituído e este é responsável pela gestão do CEAF?	5	2.1 Existe o cargo de coordenador/diretor/gerente da AF formalmente instituído e este é responsável pela gestão do CEAF?	4,5	4,5	4,5	4,6	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração do parâmetro para pontuação.	2.1 Existe o cargo de coordenador/diretor/gerente da Assistência Farmacêutica (AF) formalmente instituído e este é responsável pela gestão integral do CEAF (técnica e administrativamente)?	5
	2.2 O coordenador tem formação na área de gestão e experiência em AF? (Qualificação)	5	2.2 O coordenador tem formação na área de gestão e experiência em AF?	4,5	4,5	4,6	4,6	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade.	2.2 O coordenador/diretor/gerente da Assistência Farmacêutica (AF) tem formação na área de gestão e experiência AF?	5
3. Acessibilidade	3.1. Há demanda judicial no estado para medicamentos padronizados pelo CEAF, de pacientes que cumprem os critérios de inclusão dos PCDT? Qual é o percentual destas em relação ao total das ações judiciais de medicamentos? A gestão estadual possui algum mecanismo/estratégia para evitar estas ações?	5	3.1. Há demanda judicial no estado para medicamentos padronizados pelo CEAF, de pacientes que cumprem os critérios de inclusão dos PCDT? Qual é o percentual destas em relação ao total das ações judiciais de medicamentos? A gestão estadual possui algum mecanismo/estratégia para evitar estas ações?	3,5	3,8	4,5	3,8	**MEDIDA REPROVADA EXCLUSÃO DA MEDIDA POR FALTA DE CONSENSO**	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	**INCLUSÃO DE NOVA PERGUNTA / MEDIDA / PARAMÊTRO**	3.1 Qual é o percentual de pacientes que buscam o AcessaSUS e que são elegíveis ao CEAF?	3

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados; células vermelhas = ausência de consenso.

Quadro 19 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão SUSTENTABILIDADE (cont.).

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
Indicador	Pergunta do Indicador	Pontuação da Medida	Pergunta do Indicador	Pontuação Fase I				Alterações realizadas validadas na Fase II	Pergunta do Indicador	Pontuação da Medida
				C	VE	R	AM			
3. Acessibilidade	3.2 Qual o tempo decorrido, em dias, entre abertura do processo até a primeira dispensação? (Se tiver diferenças entre os medicamentos fazer a média dos dias)	5	3.2 Qual o tempo decorrido, em dias, entre abertura do processo até a primeira dispensação? (Se tiver diferenças entre os medicamentos fazer a média dos dias)	4,2	4,2	4,4	4,4	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Alteração do parâmetro para pontuação; • Diminuição da pontuação da medida.	3.2 Qual o tempo decorrido (média em dias) entre abertura do processo até a primeira dispensação das 10 doenças mais frequentes no estado?	4
	—	—	—	—	—	—	—	**INCLUSÃO DE NOVA PERGUNTA / MEDIDA / PARAMÊTRO**	3.3 O paciente cadastrado no CEAF está sendo atendido (ano)?	3
4. Relação entre serviços	4.1 No último mês quais foram as orientações repassadas às unidades (estaduais e municipais) que desenvolvem atividades do CEAF? E quais foram as ações de acompanhamento da gestão sobre as ações desenvolvidas por estas unidades? (Considerar apenas as orientações proativas e não respostas a questionamentos)	5	4.1 No último mês quais foram repassadas orientações às unidades que desenvolvem atividades do CEAF? O gestor do CEAF (nível central) realiza ações de acompanhamento sobre as ações desenvolvidas por unidades que desenvolvem atividades do CEAF (nível regional)? (Considerar apenas as orientações proativas e não respostas a questionamentos)	4,4	4,3	4,5	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida.	4.1 No último mês foram repassadas orientações, quanto à execução do CEAF, às unidades que desenvolvem atividades do CEAF? O gestor do CEAF (nível central) realiza ações de acompanhamento sobre as atividades de execução do CEAF desenvolvidas por unidades de nível regional?	5
	4.2 A gestão estadual realiza levantamentos a respeito da demanda relacionada ao CEAF de consultas e exames frente a capacidade do estado? Discute essa demanda com os outros setores da rede? Como utiliza estes dados?	5	4.2 A gestão estadual realiza levantamentos a respeito da demanda relacionada ao CEAF de consultas e exames frente a capacidade do estado? Discute essa demanda com os outros setores da rede?	4,4	4,4	4,5	4,4	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Alteração do parâmetro para pontuação.	4.2 A gestão estadual discute demandas do CEAF (consultas, exame, absenteísmo, atenção básica) com outros serviços da rede de atenção a saúde?	5

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados; células vermelhas = ausência de consenso.

Quadro 19 – Avaliações e alterações das medidas que levam à pontuação do indicador – dimensão SUSTENTABILIDADE (cont.).

Versão Original - Rover (2016)			Versão Adaptada	Validação de Conteúdo					Versão Validada para São Paulo	
				Pontuação Fase I						
Indicador	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**	**Pergunta do Indicador**	C	VE	R	AM	**Alterações realizadas validadas na Fase II**	**Pergunta do Indicador**	**Pontuação da Medida**
5. Aspectos clínicos	5.1 A primeira dispensação de medicamentos é realizada pelo farmacêutico?	5	5.1 A primeira dispensação de medicamentos é realizada pelo farmacêutico?	4,4	4,0	4,2	4,5	• Alteração da medida; • Alteração do parâmetro para pontuação.	5.1 A primeira dispensação de medicamentos é realizada pelo farmacêutico?	5
	5.2 Existe registro de monitoramento dos tratamentos de acordo do PCDT nas unidades de dispensação?	5	5.2 Existe registro de monitoramento dos tratamentos de acordo do PCDT nas unidades de dispensação?	3,9	4,4	4,5	4,2	**MEDIDA REPROVADA EXCLUSÃO DA MEDIDA POR FALTA DE CONSENSO**	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	**INCLUSÃO DE NOVA PERGUNTA / MEDIDA / PARAMÊTRO**	5.2 As condições clínicas à serem monitoradas para dispensação dos medicamentos estabelecidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são registradas de forma padronizada e sistematizada no Estado?	5
6. Relação com os usuários	6.1 Foram realizadas pesquisas de satisfação com os usuários do CEAF nos últimos dois anos?	5	6.1 Foram realizadas pesquisas de satisfação com os usuários do CEAF nos últimos dois anos?	4,4	4,3	4,2	4,5	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração da medida; • Alteração do parâmetro para pontuação.	6.1 Foram realizadas pesquisas de satisfação (formal) com os usuários do CEAF no último ano nas unidades dispensadora? As unidades utilizam os dados obtidos pela pesquisa de satisfação para aprimorar seus processos de trabalho?	5
	6.2 Há ouvidoria? Há preocupação da gestão em estabelecer um fluxo de utilização dos dados obtidos pela ouvidoria?	5	6.2 Há ouvidoria? Há preocupação da gestão em estabelecer um fluxo de utilização dos dados obtidos pela ouvidoria?	4,4	4,2	4,5	4,4	• Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade; • Alteração do parâmetro para pontuação.	6.2 Há ouvidoria que permita manifestação do paciente quanto aos serviços prestados pela gestão estadual do CEAF? A gestão utiliza os dados obtidos pela ouvidoria para questões de planejamento?	5

Legenda: C = Clareza; VE = validade/efetividade; R = relevância; AM = acessibilidade/mensurabilidade; letras vermelhas = ajustes realizados; células vermelhas = ausência de consenso.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 20 – Alterações do quadro de critérios de julgamento para emissão do juízo de valor por indicador.

Versão Original - ROVER et al. (2017a)			Principais alterações	Versão Validada para São Paulo		
Cor	**Pontuação***	**O que indica**	**Adaptação/ Validação**	**Cor**	**Pontuação***	**O que indica**
	76 a 100% dos pontos	Manter/Avançar - representa os indicadores que estão de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir	Ajuste da margem de pontuação		75 a 100% dos pontos	Manter/Avançar - representa os indicadores que estão de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir
	50 a 75% dos pontos	Cuidado - sinaliza os indicadores que apresentaram avanços, porém precisam ser aperfeiçoados	Ajuste da margem de pontuação		50 a 74% dos pontos	Cuidado - sinaliza os indicadores que apresentaram avanços, porém precisam ser aperfeiçoados
	25 a 49% dos pontos	Alerta - evidencia os indicadores que precisam melhorar	—		25 a 49% dos pontos	Alerta - evidencia os indicadores que precisam melhorar
	0 a 24% dos pontos	Urgente - sinaliza os indicadores que precisam ser priorizados	—		0 a 24% dos pontos	Urgente - sinaliza os indicadores que precisam ser priorizados
*Calculadas a partir da pontuação máxima do indicador			—	*Calculadas a partir da pontuação máxima do indicador		

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 21 – Alterações do quadro de critérios de julgamento para emissão do juízo de valor por dimensão.

Versão Original - ROVER et al. (2017a)			Principais alterações	Versão Validada para São Paulo		
Cor	**Pontuação***	**O que indica**	**Adaptação/ Validação**	**Cor**	**Pontuação***	**O que indica**
	76 a 100% dos pontos	Que a situação encontrada na dimensão vai de acordo com o preconizado para a capacidade de gestão do CEAF	Ajuste da margem de pontuação		75 a 100% dos pontos	Que a situação encontrada na dimensão vai de acordo com o preconizado para a capacidade de gestão do CEAF
	50 a 75% dos pontos	Que há avanços na situação encontrada, mas é preciso o aprimoramento da capacidade de gestão	Ajuste da margem de pontuação		50 a 74% dos pontos	Que há avanços na situação encontrada, mas é preciso o aprimoramento da capacidade de gestão
	25 a 49% dos pontos	Que é preciso melhorar a capacidade de gestão.	—		25 a 49% dos pontos	Que é preciso melhorar a capacidade de gestão.
	0 a 24% dos pontos	Que a situação encontrada é crítica e compromete a capacidade de gestão do CEAF, sinalizando uma prioridade para a gestão.	—		0 a 24% dos pontos	Que a situação encontrada é crítica e compromete a capacidade de gestão do CEAF, sinalizando uma prioridade para a gestão.
*Calculadas a partir da pontuação máxima da dimensão				*Calculadas a partir da pontuação máxima da dimensão		

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando os quadros 14, 15 e 16, percebe-se que poucas alterações foram feitas quanto ao nome, descrição, número de medidas e pontuação dos indicadores. Na dimensão organizacional, mantiveram-se o mesmo número de indicadores, medidas e pontuação, existindo apenas um ajuste da descrição do indicador de planejamento, que teve necessidade de ser resumida por conta do ajuste de uma medida.

Na dimensão operacional houve a necessidade de alteração do nome de um indicador, tendo em vista que no Estado de São Paulo a expressão “gestão da logística”, indica ações de gestão na área operacional dos almoxarifados que recebem, controlam, organizam e distribuem medicamentos, desta forma, para maior clareza foi substituído pelo nome “9. Programação / aquisição de medicamentos”, porém, não foi alterada a essência do indicador, que avalia a existência de mecanismos que qualificam a programação e aquisição de medicamentos. Nenhuma descrição do indicador foi alterada nesta dimensão.

Ainda na dimensão operacional, a versão validada para o Estado de São Paulo, apresentou 06 medidas a mais que o protocolo original. Durante as etapas de adaptação e validação pelos especialistas, foi identificado que mais de uma medida por pergunta do indicador, poderia dificultar o entendimento e coleta de dados na aplicação do protocolo de indicadores, resultando então em subdivisão da medida em duas perguntas diferentes, com os devidos ajustes de pontuação do indicador, para que não houvesse alteração na pontuação final da dimensão.

Na dimensão sustentabilidade, não houve mudanças de nome e descrição dos indicadores. Foi incluída uma medida para o indicador “Acessibilidade”, por ser uma avaliação já implantada no Estado de São Paulo, porém, com os devidos ajustes de pontuação nas medidas, a dimensão sustentabilidade permaneceu com a mesma pontuação da versão original.

Assim, de forma macro, o protocolo de indicadores apresentou poucas alterações, mantendo as 03 dimensões propostas, com o mesmo número e foco de indicadores, bem como pontuações por dimensão, totalizando uma pontuação máxima de 250 pontos, conforme apresentado no Quadro 22. Desta forma, considerando as mínimas alterações estruturais do instrumento, é possível comparar seus resultados com os da avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado

de Santa Catarina, onde foi aplicada a versão original desenvolvida por ROVER (2016).

Manzini (2013) ressalta que é de suma importância a adequação do protocolo de indicadores, de forma participativa e que reflita o contexto local. A autora complementa que as oficinas de consenso, além de permitirem as mudanças do protocolo, possibilitaram ganhos para a AF com as discussões que foram geradas durante o trabalho realizado, o que foi constatado com as adaptações realizadas também no presente trabalho.

Quadro 22 – Comparação do número de indicadores, medidas e pontuação do protocolo de indicadores original versus versão validada para São Paulo.

Protocolo de Indicadores	Versão Original (ROVER et al., 2017a)	Versão Validada para São Paulo
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL		
Nº de indicadores	8	8
Nº de medidas	12	12
Pontuação	80	80
DIMENSÃO OPERACIONAL		
Nº de indicadores	11	11
Nº de medidas	26	32
Pontuação	110	110
DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE		
Nº de indicadores	6	6
Nº de medidas	11	12
Pontuação	60	60
TOTAL		
Nº de indicadores	25	25
Nº de medidas	49	56
Pontuação	250	250

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação às avaliação e alterações das medidas que compõe o indicador, conforme apresentado nos quadros 17, 18 e 19, houve maior necessidade de adaptação para expressar com maior fidedignidade a realidade do Estado de São Paulo.

Foram identificados 137 ajustes que resultaram em 56 medidas, categorizados como “temporalidade” – delimitação da medida em um determinado período de tempo; “escrita da pergunta” – ajustes de escrita da pergunta da medida visando a melhor compreensão e clareza do que está sendo medido e/ou ajustes de

semântica; “parâmetro” – alteração, ampliação ou redução dos parâmetros utilizados para atribuir pontuação à medida; “medida” – ajustes ou alteração da medida do indicador; “coleta de dados” – alteração, ampliação ou redução das fontes de coleta de dados a serem consultadas para aplicação da medida; “pontuação da medida” – ampliação ou diminuição de pontos atribuídos à medida.

Ainda, houve realocação de uma medida do indicador “financiamento” para o indicador “Programação/Aquisição de medicamentos”. A medida realocada visa avaliar a capacidade do Estado em praticar a desoneração de tributos ou aplicar o coeficiente de adequação de preços no momento da aquisição, desta forma, no momento da adaptação, foi entendido que essa ação no Estado de São Paulo implica mais na capacidade de adquirir o medicamento com descontos, otimizando os recursos, do que efetivamente capacidade de garantir o financiamento para o CEAF.

Dos 137 ajustes realizados no protocolo de indicadores, 84 foram realizados na dimensão operacional (média de 3,5 alterações por indicador), 28 na dimensão organizacional (média de 7,6 alterações por indicador) e 25 na dimensão sustentabilidade (média de 4,2 alterações por indicador). O tipo de ajuste de maior prevalência entre as medidas foi o de “Ajuste de escrita para maior clareza e objetividade”.

Na adaptação dos indicadores, elaborados pelo NEPAF/UFBA, para avaliação da gestão da atenção básica em municípios catarinenses, Manzini (2013), identificou que a dimensão “sustentabilidade” foi a que menos sofreu alterações, sugerindo que este fato seja explicado pela formação mais tecnicista imposta e pela prática restrita de gestão que o profissional de hoje está inserido, fazendo com que os farmacêuticos participantes da oficina tivessem menos argumentos para exclusão e alterações de medida e parâmetros. Embora nenhuma das medidas do protocolo original ficarem isenta de ajustes, o fato de o maior número de alterações terem sido realizadas na dimensão operacional, corrobora com a perspectiva evidenciada por Manzini (2013).

Houveram 06 medidas excluídas (04 medidas da dimensão operacional - indicadores de complementariedade, condições normativas, infraestrutura e recursos humanos e 02 medidas na dimensão sustentabilidade - indicadores de acessibilidade e aspectos clínicos).

A medida excluída do indicador “complementariedade” tratava de avaliar a capacidade do Estado em garantir a complementariedade do CEAF (elenco de medicamentos do grupo 3) no CBAF, por meio de pactuações na CIB, considerando que a responsabilidade de aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação destes medicamentos é das Secretarias de Saúde Municipais (BRASIL, 2017b).

Essa medida foi amplamente discutida pelos especialistas, os quais relataram que seria difícil pactuar uma lista por município (proposto na adaptação do instrumento), considerando que alguns municípios do Estado de São Paulo ainda não possuem sequer uma Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) oficializada, ainda foi discutido que seria uma meta distante de ser alcançada, pois gerenciar a pactuação de 645 listas diferentes e acompanhar suas atualizações com eficiência seria um desafio para a gestão estadual neste momento.

Para substituir esta medida, foi sugerido o monitoramento da lista básica de medicamentos do CBAF que o Estado de São Paulo compra e distribui para a maioria dos municípios do Estado, aqueles que são aderentes ao Programa Dose Certa, porém, as discussões não prosperaram visto que este programa tem por objetivo ajudar o município na compra de itens que os mesmos tem dificuldade de aquisição, e cada município tem a liberdade de escolher o item que deseja receber do Estado, ou seja, monitorar a lista do Programa Dose Certa não iria garantir a complementariedade do tratamento medicamentoso aos pacientes do CEAF (por não contemplar todos os municípios e pelo fato do município ter autonomia de escolher os itens que deseja receber da lista). Ainda, especialistas argumentaram o fato de que com essa avaliação estaríamos transferindo a responsabilidade de adquirir itens que complementam os tratamentos estabelecidos no PCDT ao Estado, sendo que esta deve ser do município, e a essência do indicador proposto por Rover e colaboradores (2017a) visa avaliar a capacidade do Estado em manter estratégias que garantam a complementariedade dos medicamentos da primeira linha de cuidado no CEAF.

Assim, foi incluído um novo indicador que avalia capacidade da gestão do CEAF em influenciar que a primeira linha de cuidado seja efetivamente atendida, visando à integralidade do tratamento dos pacientes. Desta forma, chegou-se no consenso de que a gestão estadual poderia pactuar na CIB os medicamentos chave

que precisam ser contemplados na primeira linha de cuidado, ou seja, medicamentos chave que precisam constar nas (REMUME) de todos os municípios de São Paulo, conforme já realizado no Estado de Santa Catarina - deliberação CIB 501/2013 (ROVER et al., 2017b).

A segunda medida excluída foi a do indicador de condições normativas (que tratava de publicação de orientações, pela gestão estadual do CEAF, para gerenciamento de resíduos nas unidades que executam CEAF), que por mais que tenha sido aprovada na oficina online, foi amplamente discutida na oficina presencial. Entendeu-se que apenas fornecer orientações é frágil para avaliação da capacidade de gestão do CEAF na implementação e monitoramento de condições normativas. Assim, por consenso foram incluídas 02 novas medidas neste indicador, avaliando se a gestão estadual monitora a atualização do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) das unidades que movimentam medicamentos do CEAF e se se estas unidades possuem um PGRSS atualizado, seguindo o modelo das outras medidas existentes no mesmo indicador.

O indicador infraestrutura também teve uma medida excluída, que avaliava se nos últimos 4 anos houve investimento (da gestão estadual) em infraestrutura dos serviços relacionados ao CEAF, e se sim, quantas unidades foram impactadas com este investimento. Esta medida também foi aprovada na fase de validação online, porém, com as discussões presenciais, os especialistas entenderam que antes de “ter o investimento” propriamente dito, a gestão estadual do CEAF devia se preocupar em contemplar a necessidade de investimento em infraestrutura nos seus planos de saúde, e consequentemente o financiamento estaria previsto no PPA, instrumento de gestão que “estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes,...” (BRASIL, 2002b, p.11). Assim, foi consenso na validação do instrumento que, preocupando-se em garantir financiamento para infraestrutura nos instrumentos de gestão, o investimento nas unidades que dispensam medicamentos do CEAF seria facilitado e o gestor estadual do CEAF teria maior empoderamento para tomar decisões e efetivamente executar aprimoramentos de infraestrutura nestas unidades.

A última medida excluída na dimensão operacional foi a medida que avaliava se o número de farmacêuticos nas unidades que dispensam medicamentos do

CEAF era suficiente para desenvolver as atividades relativas ao componente, no indicador de Recursos Humanos. Essa medida também foi aprovada na fase online, porém, nas discussões presenciais, foi consenso do grupo que existia um problema de subjetividade no indicador proposto no protocolo original, o qual avaliava a percepção do farmacêutico responsável pelo preenchimento quando a “suficiência ou não” de RH qualificado na unidade, sem existir nenhum parâmetro prévio do que significa a palavra “suficiente” na avaliação.

Rover (2016), visando reduzir esta fragilidade em próximas avaliações, coletou a opinião dos farmacêuticos das unidades que dispensam medicamentos do CEAF, no formulário de coleta de dados, de quantos farmacêuticos seriam suficientes para atendimento de 1.000 pacientes atendidos no CEAF, tendo como resultado em média 03 farmacêuticos. Mas considerando que este parâmetro foi elaborado apenas sob a perspectiva de farmacêuticos do Estado de Santa Catarina, que possui uma realidade local e características organizacionais diferentes do Estado de São Paulo, optou-se por excluir a medida, até que sejam publicados estudos que consigam mensurar um número de farmacêuticos ideal por pacientes, para atendimento ambulatorial, e até mesmo para atendimento específico ao CEAF, tendo por base uma avaliação dos processos de trabalho, requisitos sanitários, entre outros parâmetros objetivos.

Os dois indicadores da dimensão sustentabilidade que tiveram medidas excluídas foram o de acessibilidade e o de aspectos clínicos.

A medida de acessibilidade que foi excluída refere-se ao número de ações judiciais de medicamentos padronizados no CEAF, em que as características dos pacientes cumpram os critérios de inclusão dos PCDT, e se existe no Estado estratégias para evitar essas ações judiciais.

Esta medida foi reprovada na fase *online* nos seguintes atributos: clareza, validade/efetividade e acessibilidade/mensurabilidade, porém, o que impactou no consenso dos especialistas para exclusão foi à dificuldade de coleta de dados (acessibilidade/mensurabilidade), considerando que os dados não estão sistematizados para que seja possível comparar o quanto de demandas que poderiam ser atendidas pelo CEAF e estão sendo judicializadas. Em relação a segunda pergunta da medida, quanto à existência de estratégias para evitar ações

judiciais, foi consenso entre os especialistas que essa medida não avalia a capacidade de gestão do CEAF quanto a acesso.

Assim, para substituir o indicador excluído, foi incluído novo indicador que avalia o percentual de pacientes que buscam o programa “AcessaSUS” do Estado de São Paulo, programa este que visa triar a necessidade dos pacientes que ainda não encontraram o acesso aos seus medicamentos no SUS, bem como recebe demandas administrativas via Ministério Público e Defensoria Pública antes de entrarem com Ação Judicial (TJSP, 2018). Por meio de relatórios sistematizados, é possível identificar o número de pacientes que buscaram o programa e que tinham critérios para receberem seus medicamentos pelo CEAF. Até o momento, o programa está implantado apenas no Município de São Paulo, e por consenso dos especialistas, decidiu-se utilizar estes dados como uma amostra do Estado de São Paulo, considerando que o maior número de pacientes que buscam acesso aos medicamentos do CEAF é deste município. Na medida em que o programa “AcessaSUS” for sendo implantado em outras regiões do Estado de São Paulo, a abrangência da coleta de dados também aumentará.

A medida excluída no indicador “aspectos clínicos” avaliava a existência ou não de registro de monitoramento dos tratamentos de acordo com os PCDT nas unidades de dispensação. Esta medida foi reprovada na fase *online* por falta de clareza, e por consenso na oficina presencial foi excluída por ser uma medida também muito subjetiva, podendo ser interpretada de forma diferente para cada um sujeito de pesquisa.

Assim, foi incluída uma nova medida que visa avaliar o número de PCDT que possuem suas condições clínicas registradas de forma padronizada e sistematizada no Estado de São Paulo, ou seja, para quantos PCDT existem parâmetros estabelecidos no sistema informatizado utilizado pelas FME da SES/SP, que monitorem as condições clínicas dos pacientes.

Ademais, foram incluídas outras duas medidas que os especialistas convidados entenderam não terem sido contempladas do protocolo avaliado, sendo a primeira incluída no indicador financiamento, que avalia se a gestão estadual do CEAF monitora os repasses de recursos federais, referentes aos faturamentos dos medicamentos do grupo 1B, atividade esta que impacta na disponibilidade de recurso correto e em tempo para aquisição dos medicamentos deste grupo.

A segunda medida incluída foi no indicador acessibilidade, que avalia se os pacientes cadastrados estão sendo atendidos durante o ano. Esta medida foi incluída no protocolo, pois já é utilizada pela SES/SP em seus relatórios de gestão e avalia se os pacientes já cadastrados no CEAF estão tendo acessibilidade aos seus medicamentos.

5.2 ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO APARENTE DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Considerando que não foram expressivas as mudanças da matriz avaliativa em relação ao protocolo de indicadores original, foi possível adaptar os formulários de coleta de dados utilizados por Rover (2016) para coleta de dados no Estado de Santa Catarina. Diferente da situação encontrada por Manzini (2013) na adaptação da matriz avaliativa desenvolvida pelo NEPAF, onde foi necessária a criação de novos instrumentos de coleta de dados.

Após a adaptação dos instrumentos de coleta de dados, estes foram submetidos à validação aparente por cinco profissionais farmacêuticos atuantes diretamente no CEAF, caracterizados no Quadro 23.

Quadro 23 – Caracterização dos farmacêuticos que participaram da validação aparente dos instrumentos de coleta de dados*

Nº	Sexo	Idade	Atuação no CEAF-SES/SP			
			Âmbito	Área	Tempo (anos)	Local / Tipo de Administração
1	Feminino	29	Estadual	Gestão nível central SES/SP	4 anos	Capital do Estado / Administração Direta
2	Feminino	34	Estadual	FME de Grande Porte	8 anos	Capital do Estado / Administração Indireta
3	Feminino	52	Estadual	FME de Pequeno Porte	14 anos	Grande São Paulo / Administração Direta
4	Feminino	41	Estadual	FME de Grande Porte	10 anos	Interior do Estado / Administração Indireta
5	Masculino	47	Estadual	Almoxarifado SES/FURP	21 anos	Grande São Paulo / Administração Direta

* Dados informados quando da participação da pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os documentos adaptados e validados foram os formulários de coleta de dados com o GESTOR (gestor do CEAF nível central), FARMÁCIAS (farmacêuticos que

executam o CEAF em nível regional) e ALMOXARIFADO CENTRAL (farmacêutico responsável pelo almoxarifado central que tem interface com medicamentos do CEAF).

Todas as mudanças propostas pelos sujeitos de pesquisa que participaram da validação aparente foram exclusivamente quanto à clareza e compreensão do instrumento, sendo utilizadas para aprimoramento dos formulários, os quais são apresentados em sua versão final nos Apêndices D, E e F respectivamente.

5.3 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO

A avaliação da capacidade de gestão do Estado de São Paulo consistiu na aplicação do protocolo de indicadores, através dos instrumentos para a coleta de dados elaborados, e a análise dos dados para a emissão do juízo de valor.

Na fase de aplicação dos instrumentos de coleta de dados houve participação de 36 dos 40 sujeitos convidados (Tabela 1), sendo a maioria (27 participantes) do sexo feminino, com idade entre 30-39 anos.

Tabela 1. Número de sujeitos de pesquisa convidados x participantes na etapa de aplicação de instrumento de coleta de dados

Instrumento de Coleta de Dados	Nº de sujeitos de pesquisa convidados	Nº de sujeitos de pesquisa participantes
Formulário de coleta de dados para o GESTOR (nível central)	2	2
Formulário de coleta de dados do ALMOXARIFADO CENTRAL	1	1
Formulário de coleta de dados para as FARMÁCIAS (que executam o CEAF em nível regional)	37	33
Total	40	36

Das 33 FME representadas na coleta de dados para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo 13 estão localizadas na região metropolitana de São Paulo (9 unidades da Capital e 4 na Grande São Paulo), 1 no litoral e 19 no interior do Estado (Figura 9).

Figura 9 – Número de FME representadas na coleta de dados para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo por DRS

Fonte: Adaptado de São Paulo (Estado) (2012a).

Percebe-se uma participação representativa dos farmacêuticos das FME, indicando o interesse das unidades Estaduais em estudos e avaliações que promovam o aprimoramento da AF.

Os dados obtidos na etapa de coleta de dados foram utilizados para responder cada um dos indicadores propostos por dimensão no protocolo adaptado e validado para o Estado de São Paulo. Os resultados do protocolo de indicadores estão apresentados no Quadro 24.

Quadro 24 – Resultados da avaliação com o juízo de valor por indicador e dimensão

INDICADORES	RESPOSTAS OBTIDAS POR MEDIDA	PONTOS OBTIDOS	COR DO INDICADOR	COR DA DIMENSÃO
Dimensão Organizacional				
1. Participação	Participou de 3 ou mais instâncias: Conselho Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, Reuniões para a elaboração/monitoramento do PES, Reuniões técnicas do CONASS.	7,5	75%	47%
	A gestão estadual desenvolveu estratégias ou criou instâncias para a participação dos envolvidos no CEAF: 1 estratégia com associação de pacientes.			
2. Transparência	Não há divulgação da lista de medicamentos em falta e motivo para a população	5,0	50%	
	Há divulgação dos preços praticados pelo Estado na compra dos medicamentos (grupo 1B e 2) do CEAF para a população por intermédio do Sistema informatizado Farmanet (online) Banco eletrônico de preços "Preços SP".			
3. Planejamento	Existem no Plano Estadual de Saúde (PES) ações específicas relacionadas à Assistência Farmacêutica que envolvem questões do CEAF	5,0	50%	
	Não realiza reuniões de planejamento estratégico			
4. Monitoramento e avaliação das ações	Os indicadores para o monitoramento das ações relacionadas ao CEAF são não são utilizados para o planejamento das ações ou não possui indicadores de monitoramento	0,0	0%	
5. Parcerias	Existem parcerias com outras instituições para desconcentrar o atendimento aos pacientes, sendo que algumas parcerias não são formalizadas	5,0	50%	
6. Regulamentação	Não há fluxo estabelecido (documentado) para avaliação das solicitações de medicamentos do CEAF no Estado	0,0	0%	
	Há diretrizes estabelecidas (documentadas) dos processos de trabalho, apenas para uma etapa de execução, nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF			
7. Institucionalização	Existe na estrutura administrativa da SES uma instância institucionalizada (e formalizada por meio de publicação) relacionada a Assistência Farmacêutica cujas competências envolvem apenas questões técnicas da gestão do CEAF. Questões Administrativas são tratadas por outra coordenadoria.	5,0	50%	
8. Acesso descentralizado	As atividades do CEAF relacionadas ao atendimento dos usuários (solicitações, renovações, dispensações) estão desconcentrados/descentralizados para 95% dos municípios do Estado, de modo a atendê-los no seu próprio município de residência (unidades estaduais e/ou municipais)	10,0	100%	
Pontuação da dimensão (100% = 80)		**37,5**		

Quadro 24 – Resultados da avaliação com o juízo de valor por indicador e dimensão (continuação)

INDICADORES	RESPOSTAS OBTIDAS POR MEDIDA	PONTOS OBTIDOS	COR DO INDICADOR	COR DA DIMENSÃO
Dimensão Operacional				
1. Comunicação	53% das unidades (FME e Almoxarifado Central) avaliam a comunicação com a equipe central como boa ou muito boa (notas 4 ou 5)	5,0	50%	58%
2. Complementariedade	Não existe pactuação de medicamentos chave (elenco mínimo do grupo 3 do CEAF) para a primeira linha de cuidado	5,0	50%	
	É realizada a formalização de APAC na dispensação dos medicamentos do Grupo 2			
3. Condições normativas	50% das unidades (FME e Almoxarifado Central) possuem alvará sanitário atualizado	1,8	18%	
	A gestão estadual não monitora a atualização do alvará sanitário das unidades que movimentam medicamentos do CEAF			
	44% das unidades (FME e Almoxarifado Central) possuem Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviço de Saúde (PGRSS) atualizado			
	A gestão estadual não monitora a atualização do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) das unidades que movimentam medicamentos do CEAF			
	68% das unidades (FME e Almoxarifado Central) possuem certidão de regularidade técnica junto ao Conselho Regional de Farmácia atualizada			
	A gestão estadual não monitora a atualização da certidão de regularidade técnica (CRF) das unidades que movimentam medicamentos do CEAF			
4. Infraestrutura	Não está contemplado no Plano Plurianual (PPA) vigente investimento para infraestrutura de farmácias (que inclua às que dispensam medicamentos do CEAF)	1,3	13%	
	35% das unidades (FME e Almoxarifado Central) afirmam possuir 75% ou mais dos itens necessários de infraestrutura			
5. Serviços de Referência (SR) /Polos de Aplicação de Medicamentos	64% das unidades afirmam possuir 75% ou mais dos Serviços de Referência ou Pólos de Aplicação de Medicamentos pesquisados	5,0	50%	
6. Sistemas de Informação	O(s) sistema(s) informatizado abrange(m) todas as atividades logísticas, cadastro de demandas de pacientes e gerenciais, exceto clínicas	5,0	50%	
	O(s) sistema(s) utilizado(s) para registro das atividades do CEAF alimenta(m) a base de dados nacional			
	O(s) sistema(s) não interopera(m) com outros sistemas do âmbito municipal (ex. prescrição, prontuário, dispensação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica)			
7. Recursos Humanos	Realiza capacitações 2 ou mais vezes ao ano para farmacêuticos e uma vez ao ano para profissionais não farmacêuticos que atuam no CEAF	5,0	50%	

Quadro 24 – Resultados da avaliação com o juízo de valor por indicador e dimensão (continuação)

INDICADORES	RESPOSTAS OBTIDAS POR MEDIDA	PONTOS OBTIDOS	COR DO INDICADOR	COR DA DIMENSÃO
Dimensão Operacional				
8. Financiamento	O estado tem planejamento orçamentário e disponibilidade financeira capaz de suprir as necessidades de aquisição para o CEAF	10,0	100%	58%
	A gestão Estadual do CEAF apresenta taxa de 0,21% de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) glosadas em relação ao total de APAC geradas pela gestão Estadual do CEAF no Estado			
	A gestão estadual monitora o repasse de recursos federais, referente ao grupo 1B, em relação aos faturamentos gerados			
9. Programação / Aquisição de Medicamentos	Existe instrumento/método estabelecido para o processo de programação de medicamentos do CEAF (de compra centralizada pelo Ministério da Saúde e de compra pela Gestão Estadual)	10,0	100%	
	O Estado sempre consegue praticar as desonerações dos tributos (ICMS) na aquisição dos medicamentos do CEAF			
	O Estado sempre consegue aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço na aquisição dos medicamentos do CEAF			
	Há mecanismos de punição, estabelecidos em editais e/ou contratos, para os fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos, e sempre são aplicados.			
	A gestão estadual desenvolve estratégias formais e informais para enfrentar problemas no processo de aquisição de medicamentos do CEAF			
10. Boas Práticas em Logística	A Gestão Estadual fornece diretrizes para o Almoxarifado Central visando às boas práticas de transporte de medicamentos para as unidades que desenvolvem atividades do CEAF	9,0	90%	
	Existe um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos para as unidades e fluxo extra cronograma			
	Almoxarifado Central realiza inventário físico periódico			
	94% das FME realiza inventário físico periódico			
11. Disponibilidade de Medicamentos	37,4% dos medicamentos do grupo 1B e 2 estiveram em falta por mais de um mês no último ano	6,5	65%	
	O Estado prevê estoque estratégico nas unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF ou almoxarifado central			
	Não existe avaliação por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para seleção de medicamentos do CEAF por linha de cuidado, visando a elaboração/atualização do elenco estadual			
	76% das FME não detectam atrasos na dispensação de medicamentos por falta de RH e/ou deficiências de infraestrutura para atendimento dos usuários (havendo disponibilidade de medicamentos)			
Pontuação da dimensão (100% = 110)		**63,5**		

Quadro 24 – Resultados da avaliação com o juízo de valor por indicador e dimensão (continuação)

INDICADORES	RESPOSTAS OBTIDAS POR MEDIDA	PONTOS OBTIDOS	COR DO INDICADOR	COR DA DIMENSÃO
Dimensão Sustentabilidade				
1. Controle Social	No último ano, questões relativas ao CEAF não foram pautadas junto ao Concelho Estadual de Saúde (CES). A equipe compareceu no CES apenas para esclarecimentos	0,0	0%	40%
2. Perfil do Gestor	Existe o cargo de coordenador/diretor/gerente da Assistência Farmacêutica formalmente instituído e este é responsável pela gestão integral do CEAF (técnica e administrativamente)	7,5	75%	
	O coordenador/diretor/gerente da Assistência Farmacêutica tem formação na área de gestão e experiência em Assistência Farmacêutica			
3 Acessibilidade	Apenas 3,5% dos pacientes que buscaram o AcessaSUS no último ano, eram elegíveis ao CEAF	9,0	90%	
	Em média, o tempo decorrido entre abertura do processo até a primeira dispensação das 10 doenças mais frequentes no estado é de 6 a 20 dias			
	91% dos pacientes cadastrados no último ano foram atendidos			
4. Relações entre serviços	Gestor (nível central): considera que repassa orientações, quanto à execução do CEAF e realiza ações de acompanhamento das unidades. FME: 91% relatam ter recebido orientações quanto a execução do CEAF pelo gestor central e apenas 9% relatam ter recebido visita técnica presencial de acompanhamento	3,5	35%	
	A gestão estadual não discute demandas do CEAF (consultas, exame, absenteísmo, atenção básica) com outros serviços da rede de atenção a saúde			
5. Aspectos Clínicos	Em apenas 21% das unidades a primeira dispensação (de todos os medicamentos ou para hepatite C e outras patologias específicas) ao paciente é realizado pelo farmacêutico	0,0	0%	
	0,7% dos aspectos clínicos tratados nos PCDT estão registrados em sistema informatizado			
6. Relação com os usuários	30% das FME realizaram pesquisa de satisfação com usuário no último ano	3,8	38%	
	27% das FME utilizam dados registrados na pesquisa de satisfação para aprimorar seus processos de trabalho			
	Há ouvidoria que permita manifestação do paciente quanto aos serviços prestados pela gestão estadual do CEAF, porém, a gestão utiliza os dados obtidos pela ouvidoria para questões de planejamento			
Pontuação da dimensão (100% = 60)		**23,8**		
Pontuação total do Protocolo (100% = 250)				**125**

Fonte: Adaptado de Rover e colaboradores (2017a).

De forma geral, a pontuação obtida pelo Estado de São Paulo foi mediana (metade da pontuação prevista no protocolo) em relação à capacidade de gestão do CEAF, tendo na dimensão OPERACIONAL apresentado avanços, mas ainda necessitando de aprimoramentos (sinal amarelo), enquanto que nas dimensões ORGANIZACIONAL e SUSTENTABILIDADE, encontram-se resultados de “alerta”, evidenciando que é preciso melhor capacidade de gestão (sinal laranja).

A avaliação do Estado de São Paulo se assemelha com a avaliação da capacidade de gestão do CEAF realizada no Estado de Santa Catarina quanto ao juízo de valor das dimensões operacional (sinal amarelo) e sustentabilidade (sinal laranja). O Estado de Santa Catarina teve avaliação um pouco mais positiva na dimensão organizacional onde apresentou avanços, mas ainda carece de ser aprimorada (sinal amarelo) (ROVER et al., 2017b).

A avaliação da capacidade de gestão do CEAF em São Paulo demostrou que os maiores esforços e avanços estão ainda voltados à dimensão operacional, ou seja, a gestão mais tecnicista, assim como demostrado na avaliação da gestão da AF básica em municípios baianos, realizada por Barreto e Guimarães (2010), onde também foi evidenciado que a gestão da AF nestes municípios ainda revelou-se reduzidas à sua dimensão operacional, apresentando avanços tímidos na dimensão organizacional e da sustentabilidade.

Mendes e Leite (2015), ao avaliarem a capacidade de gestão dos municípios catarinenses, também identificaram que dos seis municípios avaliados, quatro deles apresentaram melhores resultados na dimensão operacional. A dimensão sustentabilidade também foi bem avaliada, de forma geral, entre os municípios, mas o que contribuiu para esse bom resultado foram resultados positivos nos indicadores que tratam de estratégias de comunicação (mas que ainda não estavam institucionalizadas), não sendo uma forma real de sustentar as ações.

Assim, observe-se a importância do aprimoramento da gestão da AF, nos aspectos organizacionais e sustentabilidade, tanto na atenção básica quanto especializada.

O aprimoramento das práticas profissionais, formação e capacitação de farmacêuticos, bem como o reconhecimento do papel e da atuação destes profissionais na equipe da saúde, são desafios para garantia da integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica (VIEIRA, 2017).

Para Vieira (2017), a integralidade da AF - alcance dos serviços e garantia da integralidade - são questões que precisam de maiores debates e exigem dos governos o planejamento e execução de ações estruturantes.

Assim, a gestão inovadora (como um processo técnico, político e social) e condizente com os princípios do SUS deve permear a AF (LEITE et al., 2015), enquanto que a gestão compartilhada entre os entes federados (que envolvem o CBAF e CEAF) são bases para garantia da integralidade do tratamento medicamentoso (BRASIL, 2010).

Desta forma, são apresentadas a seguir algumas observações quanto aos resultados da avaliação realizada.

- **Dimensão Organizacional**

Ao avaliar a capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo, em relação à dimensão organizacional, identifica-se que tanto para o indicador **participação**, quanto o **acesso descentralizado**, o Estado alcança a imagem-objetivo avaliada, destacando-se positivamente com resultados que devem ser mantidos e aperfeiçoados.

Observa-se que a gestão estadual do CEAF tem **participação** ativa em grupos/câmaras técnicas do CONASS e CIB, e eventuais participações no CES e em reuniões para construção e manutenção da ferramenta de gestão de planejamento do SUS (PES), porém, assim como o Estado de Santa Catarina, também possui deficiências em envolver os participantes do CEAF (pacientes, prescritores, farmacêuticos, entre outros) na formulação de políticas e diretrizes do CEAF, São Paulo apresenta apenas uma iniciativa de participação da comunidade ao formular políticas do CEAF, ao realizar reuniões com associações de pacientes (ROVER et al., 2017a). Neste aspecto, o fato de a gestão estadual participar ativamente de instâncias bipartite e tripartite, bem como participar de comissões já estabelecidas no SUS que envolve a sociedade civil (CES) e grupos internos da SES/SP para elaboração e monitoramento do PES, mas demostrar poucas iniciativas para participação dos atores envolvidos no CEAF, aparenta uma participação muito mais por força de cumprimento de normas, do que efetivamente para construir um planejamento de políticas no CEAF de forma participativa.

Assim, ressalta-se a necessidade de criação de novas estratégias pelos gestores da SES/SP que fomentem a construção de políticas na execução do CEAF de forma mais participativa e transparente. Estas ações fortalecerão a democratização e possibilitam que as políticas sejam adaptadas as necessidades e realidades locais com a compreensão das influências e as diferentes perspectivas de indivíduos, grupos ou organizações envolvidos. (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; DUBOW et al., 2017).

Quanto ao **acesso descentralizado**, a SES/SP destaca-se por capilarizar o acesso aos medicamentos do CEAF a 95% dos municípios do Estado, sendo por FME ou farmácias municipais.

Os estados das regiões Sul e Sudeste apresentam um maior percentual de usuários atendidos pelo CEAF no Brasil (ROVER, 2016). Como o Estado de São Paulo possui uma população que representa 22% da população do Brasil, constituindo-se na terceira unidade administrativa mais populosa da América do Sul (SÃO PAULO (Estado), 2016c), entende-se essencial o acesso descentralizado ao CEAF neste estado, desconcentrando e personalizando o atendimento dos pacientes às realidades locais, e facilitando o acesso do paciente ao medicamento no seu município de residência.

Estudos realizados por Medeiros (2018) apresentaram que ainda é heterogênea a proporção entre a população atendida pelas FME da SES/SP e a população abrangida por região do DRS, variando de 0,4 (DRS 11 – Presidente Prudente) a 10,1 (DRS 4 – Baixada Santista), ou seja, por mais que existem muitas portas de acesso ao medicamento na maioria dos municípios, ainda assim existem proporções diferenciadas de acesso por região. Segundo Rover (2016), essas diferenças na proporção de atendimento de usuários podem estar relacionadas a diferenças contextuais, organização e funcionamento dos sistemas de saúde locais. Assim, o entendimento desta evidência é um tema potencial para futuros estudos no Estado de São Paulo.

A descentralização é uma aposta transformadora, que vem acontecendo de forma gradativa nos serviços de saúde do SUS, o que pode melhorar o acesso destes à população (SOLLA, 2010). Porém, Vieira-da-Silva e colaboradores (2007, p. 355), relatam que os problemas nos resultados de descentralização “têm sido relacionados com fatores sociais e políticos, particularmente quanto à estratégia e

aos conflitos decisórios". Assim, para fortalecimento do processo de descentralização é necessário que o adequado aporte de recursos financeiros seja realizado, que ocorram avanços institucionais e na capacidade de gestão nos três níveis de governo, além de maior permeabilidade das instituições de saúde aos valores democráticos (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Os resultados coletados dos indicadores de **transparência**, **planejamento**, **parcerias** e **institucionalização** no Estado de São Paulo indicam avanços, mas que estes aspectos precisam ser aperfeiçoados (amarelo – cuidado). Assim como no Estado de Santa Catarina, esse conjunto de indicadores com resultados medianos, demostra a fragilidade na capacidade de planejar e decidir de forma transparente (ROVER et al, 2017b).

Considerando um dos princípios orientadores do SUS - **transparência**, a CAF-SES/SP faz publicação dos preços praticados pelo estado na compra de todos os medicamentos adquiridos (tanto para o CEAF como para outros componentes e programas estaduais) em site próprio da SES/SP <http://www.farma.saude.sp.gov.br/>, onde apresenta todas as informações de registros de preço vigente, bem como alimenta banco eletrônico de preços "Preços SP" desde 2017 (fase em que o sistema estava em projeto piloto). Em 2018, com a publicação do Decreto nº 63.316 de 26 de março de 2018, o banco eletrônico de preços do Estado de São Paulo "Preços SP" passa a ser obrigatório, sendo considerado mais um mecanismo de transparência na gestão do CEAF (SÃO PAULO (Estado), 2018a, 2018b).

Porém, até o momento da avaliação, ainda não há divulgação da lista de medicamentos em falta e motivo para toda a população. Durante a coleta de dados os gestores informaram que possuem um mecanismo de comunicação junto a FME e municípios que apresentam os medicamentos em falta e justificativas semanalmente, porém, este instrumento não é divulgado diretamente a população. Assim, para aperfeiçoar a informações e dar maior transparência da gestão do CEAF junto à população, está sendo construído um portal on-line para que o paciente possa buscar de forma individual e personalizada a informação de abastecimento de seus medicamentos e respectivas justificativas em caso de faltas.

Em relação a questões de **planejamento** do CEAF, tem-se o PES de São Paulo, que reconhece a AF como parte integrante da Política Estadual de Saúde,

apresenta diretriz de aperfeiçoamento desta área, destacando objetivo, meta e indicador/produto, as quais indiretamente abrangem questões do CEAF. Porém, a gestão estadual, não realiza reuniões de planejamentos estratégicos que sistematize as situações-problemas do CEAF, defina as prioridades, objetivos e metas específicas, planos de ação e cronograma de implantação para cada prioridade estabelecida, bem como realização de monitoramentos contínuos que viabilize a avaliação da efetividade dos planos, conforme preconizado (BRASIL, 2006c).

Para que seja possível pensar a realidade e agir sobre ela, o planejamento na AF é fundamental, como por exemplo, para otimização de recursos (financeiros, humanos, etc.) (BRASIL, 2006c). Para Cipriano, Pinto e Chaves (2009) a escolha de um modelo ideal, capaz de organizar as ferramentas de gestão de maneira lógica e inter-relacionada é fundamental para obtenção de melhor desempenho nos serviços de AF.

Tratando-se de um componente de maior complexidade, crescimento e carga orçamentária, assim como no Estado de Santa Catarina, há necessidade de implantação de reuniões para planejamento estratégico, a fim de minimizar as fragilidades na tomadas de decisão pelo gestor em relação ao CEAF (ROVER, 2016).

Quanto às **parcerias** visando à desconcentração e atendimento dos pacientes, a gestão estadual do CEAF destaca-se por firmar parcerias com 742 instituições (federais, estaduais e municipais), porém, assim como já evidenciado por Medeiros (2018), carece de formalização, sendo apenas dois formalmente instituídas por meio de publicação pertinente, diferente da situação encontrada em Santa Catarina onde foi identificado que para atendimento de pacientes foi realizada parceria entre o estado e os municípios, e esta formalizada através de pactuação em CIB (ROVER et al., 2017b).

Para Mendes (2013), o estabelecimento de parcerias é uma forma de relacionar instituições, fortalecer vínculos e compromissos sustentáveis, porém, conforme evidenciado em depoimentos colhidos pela pesquisadora, “sua efetivação não é tão simples, uma vez que dependem do apoio dos gestores e da motivação e investimento dos profissionais”.

Destaca-se que as parcerias estabelecidas pela SES/SP, que contribuem com a gestão do CEAF, que por não serem oficialmente instituídas, criam vínculos menos

robustos, o que pode indicar maior fragilidade no compartilhamento no processo decisório e de responsabilidades, agravando ainda mais as dificuldades de relacionamento entre os parceiros, como apresentado anteriormente.

A AF do Estado de São Paulo é formalmente **instituída** por meio de decreto que cria e organiza, na Secretaria da Saúde, a CAF, porém, as competências desta coordenadoria restringem-se a gestão técnica do CEAF, ou seja, responsável pelas diretrizes técnicas e pelo abastecimento das unidades de dispensação do componente. Questões administrativas como exemplo, gestão de RH envolvidos, infraestrutura das unidades, formalização de convênios/contratos de gestão com OSS para gestão de farmácias, estão sob responsabilidade de outras coordenadorias da SES/SP, que dentre outros subsídios, utilizam-se de pareceres técnicos da CAF para tomadas de decisão. Assim, a gestão estadual do CEAF apresenta vantagens por ser amparada por uma CAF que formalmente está contemplada na estrutura administrativa da SES/SP, indicando maior capacidade em decidir, porém, a fragmentação da gestão técnica e administrativas do CEAF em diferentes coordenadorias fragiliza a atuação eficiente pelos gestores, que dependem de articulação e consenso com outros gestores na decisão e implantação de estratégias.

Para Landim e Guimarães (2016, p. 53), a institucionalização da AF na estrutura organizacional, com “definições de papeis, competências e responsabilidades, cuja representação formal deve constar no organograma e na matriz de competências e responsabilidades” são ferramentas necessárias para a gestão da AF. Porém, em São Paulo, onde as FME são subordinadas administrativamente por outra coordenadoria, pode ocorrer o que a autora relata como fragilidade na institucionalização. “Indefinições quanto ao papel, individual ou coletivo dos atores institucionais” podem gerar sobreposições das ações de gestão, sendo este um espaço fértil para conflitos e disputas, bem como “gerar um vácuo de poder com lacuna entre áreas, atividade e tarefas”, que pode acarretar, dentre outras complicações, a de apatia com relação a situações instaladas e desmotivação das áreas, comprometendo a realização plena das ações necessárias (LANDIM; GUIMARÃES, 2016, p. 53).

Dois indicadores, **Monitoramento e avaliação das ações** e **Regulamentação**, apresentam sinal de urgência nesta dimensão, ou seja, precisam ser priorizados

pela gestão estadual do CEAF quanto à implantação de estratégias, visando o alcance da imagem-objeto quanto a capacidade de decidir (dimensão organizacional).

A gestão do CEAF no Estado de São Paulo possui um indicador de abastecimento que semanalmente é avaliado, porém, estes dados ainda não são utilizados para questões de planejamento das ações. O **monitoramento e avaliação das ações** são fundamentais na produção de conhecimento, servindo como um direcionador de caminhos na busca pelo aprimoramento da gestão (MEDEIROS; ROMANO-LIEBER; TANAKA, 2017). Diante da escassez de produções científicas relacionadas à avaliação de políticas e serviços de AF no Brasil, Medeiros; Romano e Tanaka (2017, p. 21) propuseram um painel de indicadores para avaliação para AF no SUS no âmbito do Estado de São Paulo, que amparou o aperfeiçoamento da gestão dos Componentes da AF. Foram sugeridos 32 indicadores com o objetivo de monitorar "os produtos e resultados alcançados com a atuação conjunta do MS e Secretarias do Estado e Municípios", considerando as responsabilidades interfederativas da AF no Estado de São Paulo, segundo legislações e regras dos componentes da AF.

Assim, como identificado por Rover e colaboradores (2017b) no Estado de Santa Catarina, São Paulo tem a necessidade urgente de monitoramento e avaliação das ações do CEAF por meio de indicadores, para maior suporte do processo decisório. Porém, conforme destacado por Tanaka e Melo (2008), a cultura de avaliação para suporte à tomada de decisão pelos gestores do SUS ainda não está plenamente institucionalizada, sendo necessários progressos nas organizações de saúde neste aspecto.

Sugere-se que a gestão estadual inicie este processo utilizando-se de referenciais existentes, e aos poucos incorpore outros indicadores, sempre que for evidenciada a necessidade de compreender e modificar a situação atual da gestão do CEAF.

A **regulamentação** das ações desenvolvidas na execução do CEAF também se apresenta como prioritária ao gestor estadual. No momento da avaliação, existia procedimento regulamentado apenas para a etapa de solicitação e renovação da continuidade do tratamento, por intermédio do Guia de Orientação sobre medicamentos disponível no portal on-line da SES/SP desde 2015 (SÃO PAULO

(Estado), 2015c). Considerando que os documentos que regulamentam os procedimentos e fluxos de trabalho na AF são importantes ferramentas de organização e controle do serviço (MARIN et al., 2003), faz-se necessário a regulamentação das etapas de avaliação, autorização e dispensação de medicamentos do CEAF em São Paulo.

Para Rover (2016) as regulamentações são o primeiro passo para desenvolvimento de atividades homogêneas e institucionalizadas, e demonstram o "grau de interesse e o compromisso com o estabelecimento de fluxos e normas que legitimem e viabilizem a organização das atividades relacionadas ao CEAF".

Na somatória final da dimensão organizacional, obteve-se pontuação 37,5 de 80 – sinal de alerta (laranja), o que destaca a necessidade de priorização no Estado de São Paulo no que diz respeito aos aspectos relacionados à capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente, evidenciando que o processo decisório (quem e como se decide) precisa de aprimoramentos (GUIMARÃES et al, 2004; GUIMARÃES et al.; 2015).

- **Dimensão Operacional**

Na dimensão operacional, os indicadores de **financiamento**, **programação/aquisição de medicamentos** e **boas práticas em logística** foram avaliados como "de acordo" com a imagem-objetivo que se deseja construir, sendo os que os dois primeiros alcançaram a pontuação máxima.

Em relação ao **financiamento** de medicamentos do CEAF no Estado de São Paulo, identificaram-se resultados positivos, pois o gestor estadual faz planejamentos orçamentários anuais e tem disponibilidade financeira capaz de suprir as necessidades de aquisição dos medicamentos. Porém, neste aspecto, foi relatado pelo gestor estadual que as demandas judiciais e administrativas acabam deslocando recursos e comprometendo este equilíbrio, o que pode afetar a disponibilidade financeira. Segundo Medeiros (2018), do total gasto com saúde no Estado de São Paulo entre 2002 e 2016, 9,86% foi destinado à aquisição de medicamentos, e as leis orçamentárias anuais (período de 2012 a 2017) contemplaram recursos para aquisição, produção e distribuição de medicamentos equivalente a 8 a 12% do orçamento da SES/SP. Porém, tanto nas leis orçamentárias quanto nos demonstrativos de utilização dos medicamentos, os dados

são apresentados de forma macro “assistência farmacêutica”, não diferenciando se o planejamento/destino foi hospitalar ou ambulatorial.

Segundo Vieira (2017), as decisões judiciais, ao desconsiderar as políticas públicas e os princípios do SUS, tem grande potencial de aumentar a iniquidade no acesso às ações e serviços deste sistema. Desta forma, para que exista maior segurança da disponibilidade de orçamento ao CEAF, entende-se adequado que o gestor estadual institua um instrumento que garanta o percentual necessário de recursos anuais para cada programa de AF no Estado, tendo em vista que o planejamento orçamentário já é realizado por programa/componente.

Quanto aos recursos federais destinados à aquisição de medicamentos do CEAF, o gestor estadual destaca-se quanto ao faturamento dos medicamentos centralizados, com glosas inferiores a 0,3%. Vale ressaltar que o faturamento de medicamentos do CEAF em 2016 foi 81% superior ao ano de 2010 (MEDEIROS, 2018); o que indica capacidade de gestão da SES/SP em manter um bom faturamento mesmo diante de crescimentos frequentes de demanda ao qual é desafiado. Ainda, colaborando para a disponibilidade de recursos federais para a aquisição de medicamentos do grupo 1B, tem-se no Estado de São Paulo o monitoramento dos repasses nacionais fundo-a-fundo do componente, o que demostra a capacidade de execução do Estado neste quesito.

No indicador financiamento, o Estado de São Paulo também recebeu 100% das pontuações possíveis no indicador de **programação/aquisição de medicamentos**. Considerando que a programação de medicamentos “é fundamental para garantir sua disponibilidade em quantidade e prazo adequados às necessidades dos usuários, bem como evitar o desperdício” é importante que a SES/SP mantenha e aperfeiçoe os métodos para programação dos medicamentos que adquiri e daqueles em que a compra é centralizadas pelo MS (BRASIL, 2017d, p.13).

Vale ressaltar que o indicador da dimensão operacional que monitora a programação de medicamentos foi bem avaliado, tanto no Estado de Santa Catarina (que recebeu o total da pontuação destinada à medida), quanto nos municípios catarinenses avaliados em relação à capacidade de gestão na atenção básica (quesito que recebeu as melhores pontuações da avaliação), demonstrando o avanço da AF nos aspectos técnicos, em relação ao suprimento do medicamento.

Quanto à aquisição de medicamentos, a SES/SP, assim como a SES de Santa Catarina, tem conseguido propostas mais vantajosas para a Administração Pública ao aplicar Coeficiente de Adequação de Preço (CAP) e desonerações de tributos nas compras de medicamentos do CEAF, bem como possui estratégias formais e informais para o enfrentamento de problemas no processo de aquisição, como por exemplo, registro de preços (ROVER et al, 2017b).

Entretanto, antes de prover o medicamento (planejar e adquirir) é necessário ter domínio sobre todos os fatores que podem comprometer a credibilidade de tais atividades, sendo que a gestão de estoque é um dos fatores essenciais para definição do "o quê, para quem, quando, quanto e como adquirir" (PEREIRA, 2016, p.6). Assim, verificou-se que quanto ao indicador **boas práticas em logística** a SES/SP também está alcançando a imagem-objetivo de "capacidade de executar", fornecendo diretrizes para o Almoxarifado Central quanto às boas práticas de transporte de medicamentos, estabelecendo cronogramas de distribuição, e realizando inventário físico periódico dos estoques em quase 100% das unidades que desenvolvem atividades do CEAF.

Cabe ressaltar a importância de a gestão estadual manter e aperfeiçoar o indicador de boas práticas em logística visto que o adequado transporte e armazenamento do insumo essencial visa à qualidade e segurança dos medicamentos, a sustentabilidade dos serviços, e principalmente para a garantia do acesso ao medicamento pelo paciente (PINTO, 2016).

Lacunas importantes não foram evidenciadas pela medida 10.4 do indicador "boas práticas em logística". Apesar de duas FME não realizarem inventários físicos periódicos, atividade essencial para o controle físico financeiro dos medicamentos, a medida foi avaliada como "de acordo", demostrando necessidade de revisão dos parâmetros para aplicação futura.

A maioria dos indicadores da dimensão operacional apresentaram avanços, porém destacam-se alguns, que necessitam ser aperfeiçoados, a saber: **comunicação**, **complementariedade**, **Serviços de Referência (SR) /Polos de Aplicação de Medicamentos**, **sistemas de informação**, **recursos humanos** e **disponibilidade de medicamentos**.

Em relação ao indicador de **comunicação**, apenas 53% dos farmacêuticos que desenvolvem atividades do CEAF em São Paulo relataram que conseguem se

comunicar com a gestão da Assistência Farmacêutica central (CAF) em tempo hábil de resolver os problemas, indicando a necessidade de melhoria de comunicação entre todos os envolvidos na gestão do componente.

Embora a SES/SP formalize o faturamento dos medicamentos do grupo 2 do CEAF, evidenciando a sua participação no financiamento do componente e na aquisição de medicamentos respeitando as linhas de cuidado estabelecidas pelos PCDT, ainda precisa aperfeiçoar a capacidade de execução do CEAF quanto a **complementariedade**, pois até o momento, não existe no âmbito da CIB pactuação de elenco mínimo junto aos municípios do estado para atendimento da primeira linha de cuidado (grupo 3). Ou seja, a capacidade de gestão do CEAF fica fragilizada em não possuir mecanismos que visam garantir a complementariedade do tratamento ao paciente pelo município.

A organização da AF por componentes, com regras e financiamento distintos, aumenta o desafio dos gestores em viabilizar o acesso aos medicamentos de forma integral, desta forma, é de extrema importância a busca de mecanismos que visam essa integralidade, a exemplo do Estado de Santa Catarina onde existe um elenco mínimo do grupo 3 do CEAF pactuado em CIB (ROVER, 2016; ROVER et al., 2017b).

A importância da existência destes mecanismos se dá ao avaliar os resultados dos estudos realizados por Mendes (2013), onde foi identificado que nos seis municípios de Santa Catarina estudados, as listas padronizadas não eram baseadas na RENAME; bem como nos estudos de Barreto e Guimarães (2010) que demostraram que os dois municípios baianos avaliados não existe regularidade nas revisões das REMUME, o que limita a diversidade e à quantidade dos medicamentos dispensados à população, fato preocupante considerando a frequente publicação de novos PCDT ou atualização dos mesmos.

Considerando a complexidade das doenças contempladas no CEAF e dos medicamentos de alto valor agregado, que muitas vezes necessitam de aplicação assistida, há necessidade de se manter **Serviços de Referência/Polos de Aplicação de Medicamentos**, visando o tratamento especializado do paciente (avaliação diagnóstica periódica e acompanhamento terapêutico), o aprimoramento de ajuste de doses e o controle de efeitos adversos.

Os resultados da avaliação da capacidade de execução do CEAF em São Paulo quanto ao indicador Serviços de Referência/Polos de Aplicação de Medicamentos revela que 64% das unidades que realizam a dispensação de medicamentos do CEAF afirmam conhecer a disponibilidade, na sua região de atuação, de 75% ou mais dos Serviços de Referência ou Polos de Aplicação para Toxina Botulínica, Hipertensão Arterial Pulmonar, Imunobiológicos, Doença Renal Crônica, Hemodiálise, e Hepatites Virais. Por mais que seja um resultado que carece aprimoramento, destaca-se que em estudos realizados por Rover (2016) com um estado de cada região do país, mostraram que São Paulo, foi o estado que mais apresentou disponibilidade de polos de aplicação de medicamentos.

Rover (2016) destaca que a estruturação de Serviços de Referência/Polos de Aplicação de Medicamentos "revelam aspectos operacionais e estratégicos da gestão visando assegurar e ampliar as condições que somam para a capacidade de executar". No Estado de Santa Catarina, há necessidade de aprimoramento na estruturação dos serviços de aplicação de toxina botulínica de forma regionalizada, pois atualmente o mesmo está concentrado na capital do Estado. Ainda, cabe ressaltar a inexistência de Serviços de Referência/Polos de Aplicação de Medicamentos para biológicos. A necessidade de mudança da medida, parâmetro, forma de coleta de dados deste indicador, dificultou a avaliação comparativa entre os dois estados.

Em relação ao indicador **Sistema de Informação**, o Estado se destaca em possuir um sistema informatizado para registro de informações que alimentam a base nacional de dados. O sistema será aprimorado com a implantação da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da AF no SUS (BNDASAF), que será constituída por dados do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), serviço de envio de dados - web servisse (forma como se dará o envio de informações do Estado de São Paulo) e Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular (BRASIL, 2017e).

Com o BNDASAF será possível "coletar, analisar e disseminar informações relativas à gestão integrada da Assistência Farmacêutica no contexto da saúde no Brasil", bem como irá propiciar a definição e pactuação de indicadores nacionais de AF (COSTA; NASCIMENTO JÚNIOR, 2012, p. 91). Esta última, indo ao encontro a

mais uma perspectiva do grupo de “Políticas e Serviços Farmacêuticos” da UFSC - propor indicadores nacionais de avaliação do CEAF (Rover, 2016).

Os sistemas informatizados, utilizados na execução do CEAF, carecem de aprimoramentos quanto ao monitoramento clínico do paciente e interoperabilidade com outros sistemas do âmbito municipal (ex. prescrição, prontuário, dispensação do CBAF). Vale ressaltar a experiência exitosa de um módulo clínico para registro de informações de pacientes com Hepatite C crônica no Estado de São Paulo, que foi o precursor para desenvolvimento de banco de dados clínicos de forma sistematizada no Estado de São Paulo (CASARINI et al., 2017)[3].

O indicador de **Recursos Humanos** também apresentou avanços (pelo fato de capacitar 2 ou mais vezes ao ano os profissionais farmacêuticos), mas necessita aperfeiçoamento quanto à capacitação de profissionais não farmacêuticos que atuam na execução do CEAF. Considerada como um eixo estratégico da PNAF a capacitação, desenvolvimento, valorização e formação de RH tem sido de fundamental importância para consolidação da descentralização da gestão da AF, sendo essa também uma ferramenta motivacional para conseguir o comprometimento necessário de todos os envolvidos (BRASIL, 2004a; MARIN et al., 2003).

No Estado de Santa Catarina, também foi evidenciada a necessidade de aperfeiçoamento na capacitação de recursos humanos envolvidos no CEAF, pois baixo percentual de farmacêuticos relataram capacitação anual (Rover, 2016). A carência de capacitação de profissionais envolvidos no CEAF neste Estado também já havia sido registrada por (BECHER; BLATT; FARIAS, 2011).

Lima-Dellamora, Caetano e Osorio-de-Castro (2012) também evidenciaram a falta de capacitação de profissionais envolvidos no CEAF, ao entrevistar farmacêuticos atuantes no Estado do Rio de Janeiro. Estes dados evidenciaram que ações de capacitação em nível nacional, a exemplo do Curso de Gestão da AF – Especialização à Distância (EaD), podem ser boa alternativa para reduzir tal fragilidade na AF prestada no âmbito do CEAF.

Além da capacitação de recursos humanos, é essencial que o quadro de funcionários e infraestrutura das unidades que executam atividades do CEAF sejam

[3] Informação fornecida por CASARINE et al. (2017) durante o V Fórum de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, Salvador, 2017.

adequados para atender as demandas dos pacientes, de forma que estas questões não afetem o atendimento dos pacientes.

No Estado de São Paulo, na coleta de dados do indicador **disponibilidade de medicamentos** foi identificado que 76% das unidades que participaram da pesquisa relatam que a não detectam atrasos na dispensação de medicamentos por falta de RH e/ou deficiências de infraestrutura (havendo disponibilidade de medicamentos), porém, foi identificado que 37,4% dos medicamentos do grupo 1B e 2 (cuja responsabilidade de aquisição é da SES/SP) estiveram em falta por mais de um mês no último ano. Como estratégia para reduzir os impactos do desabastecimento de medicamentos, a gestão estadual do CEAF relatou investimento em estoques estratégicos nas unidades que executam o CEAF e no almoxarifado central.

Segundo Medeiros (2018), em média o tempo de desabastecimento das unidades em relação aos itens adquiridos pela SES/SP é de 65 dias por ano, sendo os principais motivos para isso a dificuldade no processo de aquisição de medicamentos (33% das ocorrências) e o atraso nas entregas pelos fornecedores (22% das ocorrências).

Cabe destacar que neste indicador, apenas um medida não recebeu nenhuma pontuação, pois mesmo a SES/SP possuindo uma Comissão de Farmacologia da SES/SP instituída (SÃO PAULO (Estado), 2012b), a mesma não atua na seleção de medicamentos do CEAF, elaborando/atualizando o elenco estadual, fator este que pode comprometer a integralidade dos tratamentos por linha de cuidado. Esta evidência já havia sido destacada em estudos realizados por Medeiros (2018).

O MS alerta a necessidade de garantia de acesso aos medicamentos pelos gestores estaduais, visando evitar prejuízos aos pacientes e desequilíbrio financeiro entre os gestores do SUS (BRASIL, 2010).

Na dimensão operacional, dois indicadores – **condições normativas** e **infraestrutura** – não alcançam a imagem-objetivo da “capacidade de executar” o CEAF, necessitando ser priorizados pelo gestor.

Assim como no Estado de Santa Catarina, o indicador **condições normativas** foi avaliado como “sinal vermelho” no Estado de São Paulo, sinalizando a necessidade urgente de atuação da gestão neste aspecto (ROVER et al., 2017b).

Identificou-se que menos de 50% das unidades possuíam alvará sanitário atualizado e PGRSS, e um pouco mais da metade possuem certidão de regularidade

técnica. Ainda, destaca-se a necessidade de monitoramento da existência e atualização destes documentos pelos gestores do CEAF em nível central, pois o fato de um estabelecimento de saúde estar adimplente em relação às documentações exigidas por órgãos sanitários e de controle demonstra regularidade e a seriedade com que encara a sua responsabilidade na saúde e no atendimento da sociedade (CRF-SP, 2015).

O indicador de **infraestrutura** também recebeu uma avaliação negativa, apresentando-se com sinal vermelho, urgente para atuação do gestor estadual.

Apenas 35% das unidades (FME e Almoxarifado Central) afirmaram possuir 75% ou mais dos itens necessários de infraestrutura, sendo que à maioria das unidades atenderam em média 42% dos requisitos considerados como condições básicas de infraestrutura. Segundo Medeiros (2018), houve investimentos na infraestrutura das farmácias e na informatização da rede no período de 2013 a 2016, e ainda, estava em desenvolvimento iniciativas voltadas à ampliação da capacidade de armazenamento no almoxarifado central da SES. Porém, considerando os resultados coletados, há a necessidade de maior investimento pelo gestor estadual nas unidades que dispensam os medicamentos do CEAF, visando à adequação de infraestrutura dessas unidades, em busca de maior qualidade de trabalho, atendimento ao paciente e segurança no armazenamento de medicamentos de tão alto valor agregado.

Interessante destacar que as unidades que não possuem 75% ou mais de itens necessários de infraestrutura são tanto de gestão direta (71% das unidades com esse tipo de gestão) quanto de gestão indireta – por OSS (37% das unidades com esse tipo de gestão). Assim, percebe-se que as unidades gerenciadas por OSS, mesmo recebendo repasses financeiros para investimento nas unidades também possuem dificuldades de infraestrutura, carecendo de melhores estudos pelo gestor estadual para entender os percalços que impedem que essas unidades tenham condições básicas de infraestrutura. Entretanto, foi evidenciado que as unidades de gestão direta possuem maior dificuldade de infraestrutura, sinalizando a prioridade de investimento nestas unidades pelo gestor estadual.

Para Barbosa e Elias (2010), a experiência na gestão de serviços por OSS apresenta algumas vantagens competitivas em relação ao modelo da gestão direta na SES/SP, devido à autonomia administrativa e financeira para as aquisições de

bens e serviços e contratação de recursos humanos (processo de compra e contratação simplificada em relação à gestão direta) e capacidade autônoma de decidir sobre a organização e infraestrutura dos serviços de forma desburocratizada (preservando critérios de eficiência e eficácia).

Foi identificado que não está contemplado no PPA vigente investimento para infraestrutura de farmácias (que inclua as que dispensam medicamentos do CEAF). Neste sentido, evidencia-se a necessidade de inclusão deste aspecto nas ferramentas de planejamento do SUS, que garantam a disponibilidade de recursos para investimento em infraestrutura. Cabe ressaltar que os gastos governamentais suficientes para assegurar a infraestrutura dos serviços de saúde é uma estratégia recomendada pela OMS para a promoção do URM (WHO, 2002).

Cabe destacar que a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) caracterizou as condições de estrutura física das farmácias da atenção básica do SUS, identificando situações de irregularidade sanitária (ex. infiltrações, fissuras no piso, falta de ventilação), espaço reduzido para prestação de AF, ausência de equipamentos de climatização e controle de qualidade do ambiente de armazenamento, insuficiência de equipamentos e recursos materiais, destacando a necessidade urgente de investimento destinado à estruturação dos serviços farmacêuticos, visando à humanização no atendimento oferecido aos pacientes e melhoria das condições de trabalho aos profissionais (LEITE et al., 2017).

Este estudo demostra que a preocupação com as condições estruturais das unidades que dispensam medicamentos do CEAF, pela gestão do CEAF do Estado de São Paulo, deve ir além das unidades Estaduais (FME), considerando a capilarização dos medicamentos destas unidades para outras 591 unidades municipais, para a descentralização do atendimento dos pacientes deste componente.

Assim, a pontuação global desta dimensão (operacional) foi de 63,5 pontos de 110 possíveis, indicando estado de cuidado, porém, demostrando que a gestão do CEAF em São Paulo apresenta avanços nas iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos (GUIMARÃES et al, 2004; GUIMARÃES et al.; 2015).

- **Dimensão Sustentabilidade**

Dos seis indicadores avaliados na dimensão sustentabilidade, dois atingiram uma boa pontuação que demostram avanços na capacidade de gestão estadual do CEAF em sustentar seus resultados, a saber: **perfil do gestor** e **acessibilidade**.

O Estado de São Paulo apresenta pontos positivos quanto a sustentabilidade da gestão do CEAF, considerando que possui uma CAF formalizada, e um cargo de coordenador da AF formalmente instituído. O indicador **perfil do gestor**, assim como no Estado de Santa Catarina (ROVER et al., 2017b), teve quase a totalidade dos seus pontos preenchidos, recebendo pontuação menor apenas pelo fato (já discutido no indicador institucionalização) de o gestor da CAF ser responsável apenas por questões técnicas e de abastecimento, estando sob responsabilidade de outras coordenadorias da SES/SP questões administrativas. É importante ressaltar que, para minimizar possíveis insucessos dos projetos implantados, é fundamental que as fragilidades de institucionalização sejam diminuídas (LANDIM; GUIMARÃES, 2016).

O indicador **acessibilidade** também está de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir “capacidade de sustentar os resultados”. No último ano 91% dos pacientes cadastrados no CEAF foram atendidos, sendo que os 9% dos pacientes não atendidos, a SES/SP não consegue identificar o motivo pelo qual não foi atendido, podendo ser problemas de disponibilidade de medicamentos como problemas do próprio paciente que não veio na unidade receber seu medicamento.

Com o indicador de acessibilidade, também se pode inferir que as demandas judiciais impetradas contra a SES/SP não são resultado da falta de acessibilidade ao CEAF, considerando que apenas 3,5% dos pacientes que buscaram o AcessaSUS no último ano eram elegíveis ao CEAF.

Ainda, a gestão do CEAF no Estado de São Paulo destaca-se positivamente por manter em média, 6 a 20 dias o tempo decorrido entre abertura do processo até a primeira dispensação das 10 doenças mais frequentes no estado, diferente do Estado de Santa Catarina que leva até 50 dias para o primeiro atendimento (ROVER, 2016). Possivelmente a diferença de dias se deve ao fato de que em Santa Catariana a avaliação e autorização dos processos de solicitação de medicamentos se dão de forma centralizada, enquanto que em São Paulo a avaliação e autorização são realizadas na própria unidade de dispensação, sendo

atribuído a este tempo médio de espera o tempo para a distribuição de medicamentos das unidades estaduais (FME) para as unidades municipais da região. O tempo em dias desde a abertura do processo até a dispensação do medicamento também pode propiciar o aumento da demanda judicial pelos pacientes que precisam de tratamento com maior celeridade, como evidenciado por Almeida-Brasil e colaboradores (2016). Estudos realizados pelo autor demonstram que no Estado de Minas Gerais, somente entre as etapas de registro dos documentos de solicitação de medicamentos de Alzheimer (em nível regional) até o seu retorno com o parecer do analista (em nível central), o tempo médio foi de 38,5 dias, variando de 20 a 87 dias (ALMEIDA-BRASIL et al, 2016). Ressalta-se que assim como no Estado de Santa Catarina, a avaliação em Minas Gerais também é realizada de forma centralizada.

Para Almeida-Brasil e colaboradores (2016, p. 11) é de fundamental importância que o gestor tenha “um maior controle sobre o trâmite administrativo, para que este seja mais rápido e menos burocrático”.

Cabe salientar que estudos exploratórios sobre o CEAF realizados por Rover et al. (2017a), revelam que para os usuários e médicos, a primeira barreira de acessibilidade aos medicamentos se deve as regras de funcionamento do CEAF e dos PCDT, que muitas vezes são enxergados como mera burocracia e estratégias para limitar o acesso aos medicamentos, e não como instrumentos de URM.

Os indicadores **relações entre serviços** e **relação com usuários** tiveram avaliação inferior a 49%, e foram classificados na faixa de “alerta”, ou seja, precisam ser melhorados pela gestão estadual.

O indicador **relação entre serviços** apresenta medidas que avaliam a relação entre gestores do CEAF (nível central e regional), bem como a relação dos gestores do CEAF com os gestores de outros serviços ofertados na rede de atenção a saúde.

A avaliação da relação entre os gestores do CEAF (nível central e regional) apresentou avanços, visto que para ambos os gestores a resposta foi positiva quanto envio/recebimento de orientações de execução do CEAF com frequência no mínimo mensal. Porém tem-se como ponto que precisa de aperfeiçoamento o acompanhamento das atividades realizadas regionalmente pelo gestor em nível central, pois o acompanhamento é realizado por intermédio de relatórios gerenciais e a distância, e considerando que apenas 9% das unidades pesquisadas relatam ter

recebido visitas presenciais de acompanhamento das atividades no último ano pelo gestor do nível central.

O distanciamento entre o gestor de nível central e o de nível regional também foi identificado no Estado de Santa Catarina e no Rio de Janeiro por Rover (2016) e Lima-Dellamora, Caetano e Osorio-de-Castro (2012), respectivamente.

Para Rover e colaboradores (2017b), essa aproximação entre os gestores é importante para que, com maior facilidade, identifiquem as necessidades da “ponta”. Assim, considerando que apoios e alianças são capazes de fortalecer a sustentabilidade das decisões e dos resultados da gestão (GUIMARÃES et al., 2015), entende-se que ao criar vínculos no acompanhamento de unidades contribua para o aperfeiçoamento da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo de forma a sustentar seus resultados.

Em informe técnico institucional referente ao monitoramento e avaliação da atenção básica, desenvolvido pelo MS, conta que as Secretarias Estaduais de Saúde, ao priorizar o controle e acompanhamento destes serviços, usam de importantes estratégias para o aprimoramento da eficácia do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ponto de alerta ao gestor do CEAF, que precisa ser melhorado, é a relação com outros serviços ofertados na rede de atenção a saúde, discutindo demandas do CEAF e impactos na rede, como consultas, exame e absenteísmo. Estas relações visam, entre outros benefícios, o aprimoramento do atendimento ao paciente, a racionalidade no uso do medicamento e dos recursos financeiros do SUS, bem como otimização de fluxos de atendimento ao paciente na rede de cuidado.

Considerando que a CIR é o foro interfederativo para negociação e pactuação, entre outras questões de planejamento regional, de ações, serviços e elenco de medicamento que serão ofertados, é de extrema importância que o gestor estadual do CEAF crie ou reforce as estratégias de representação nesta instância, atuando ativamente em discussões de pautas que propiciem discussões de demandas do componente com outros gestores (BRASIL, 2011g).

Recomenda-se que, para reduzir subjetividades na avaliação do indicador “relação entre serviços”, a medida e parâmetro 4.1 (resposta do gestor do nível central) sejam aperfeiçoados em relação ao que se pretende como “ações de acompanhamento”.

O indicador de **relação com os usuários** também está em sinal de alerta, visto que apenas 30% das unidades que dispensam medicamentos do CEAF pesquisadas (gestão regional) realizaram pesquisa de satisfação junto aos usuários, e destas 90% utilizam as informações de pesquisa para aprimoramento de suas atividades. O gestor de nível central relata a existência de ouvidoria que permite manifestação do paciente quanto aos serviços prestados pela gestão estadual do CEAF, porém, não sistematiza nem utiliza os dados obtidos pela ouvidoria para questões de planejamento de suas ações.

Nesse indicador, o Estado de São Paulo demostrou um pouco mais de avanço que o Estado de Santa Catarina (ROVER et al., 2017b), mas ambos demostraram a necessidade de aperfeiçoamento da relação com usuários e utilização de informações provenientes para o planejamento e aprimoramento das ações de gestão, considerando que as insatisfações dos usuários estarão sendo avaliadas e progressivamente solucionadas. Para Rover (2016), a institucionalização de processos que permitam a relação com o paciente, além de favorecer a sustentabilidade das decisões do gestor, aumenta a visibilidade positiva dos gestores.

Ainda, cabe ressaltar que possuir ouvidorias e não utilizar as informações coletadas para planejamento e aprimoramento das ações desenvolvidas, conforme relatado pela gestão estadual, faz com que este instrumento perca sua missão, que é de “viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS” (BRASIL, 2014, p. 9).

Tratar as demandas pessoais e coletivas adequadamente, considerando os direitos constitucionais e legais dos cidadãos, subsidiarão o gestor nas tomadas de decisão, e estas ensejarão em “resultados mais expressivos e duradouros” (BRASIL, 2014, p. 11).

Por fim, dois indicadores precisam ser priorizados pelo gestor estadual na busca da imagem-objetivo de ter capacidade de sustentar seus resultados, pois ambos os indicadores – **controle social** e **aspectos clínicos** – não receberam nenhuma pontuação na avaliação, indicando o caráter de urgência no aperfeiçoamento.

O indicador de **controle social** evidenciou que no último ano questões relativas ao CEAF não foram pautadas junto ao CES, sendo que todas as vezes que a equipe compareceu nas reuniões eram apenas para prestar esclarecimentos.

Na área da saúde uma das formas principais da participação social é nos conselhos de saúde, onde se discutem estratégias e se controlam a execução da política de saúde junto a representantes do governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Assim, é de fundamental importância que questões do CEAF sejam compartilhadas nesta instância, uma vez que estratégias acordadas neste âmbito serão monitoradas por seus representantes, conferindo sustentabilidade às mesmas (BRASIL, 2013b). Assim, sugere-se que estratégias de participação permanente do gestor estadual do CEAF no CES devem ser avaliadas, mesmo não existindo comissão específica de AF (MEDEIROS, 2018).

Os **aspectos clínicos** na execução do CEAF também estão sendo considerados como urgentes na avaliação da capacidade de sustentar os resultados da gestão do CEAF da SES/SP.

Foi evidenciado que apenas 0,7% dos aspectos clínicos tratados nos PCDT estão registrados em sistema informatizado da SES/SP, facilitando o manuseio, a avaliação gerencial, o acompanhamento de informações clínico-assistenciais e a identificação de possíveis intervenções a depender da progressão (ou não) clínica do paciente.

A avaliação também apresentou que em apenas 21% das unidades a primeira dispensação ao paciente (de todos os medicamentos ou para hepatite C e outras patologias específicas) é realizado pelo farmacêutico. Considerando que a dispensação não deve ser confundida com a simples entrega do medicamento, ou seja, garantindo a entrega do medicamento com qualidade e segurança, atrelado às devidas orientações de uso adequado do medicamento, entende-se prioritário o investimento em recursos humanos, capacitação e desenvolvimento de políticas específicas que fortaleçam o cuidado farmacêutico nas farmácias de dispensação de medicamentos do CEAF na SES/SP (ANGONESI; RENNÓ, 2011; NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2016b).

Segundo Carvalho (2016), no período de 2008 a 2013, o crescimento do número de farmacêuticos no setor público brasileiro foi de 75%, estando a região sudeste em maior destaque neste aspecto. Assim, a baixa porcentagem de

atendimentos (pelo menos no primeiro atendimento) realizados pelo profissional farmacêutico talvez se deva ao fato destes estarem envolvidos e priorizarem os processos logísticos do medicamento (evidenciado pelo melhor resultado na dimensão operacional). Porém, como já mencionado, são necessários maiores estudos para entender se o número de farmacêuticos envolvidos com a gestão do CEAF é suficiente para o desenvolvimento de todas as atividades em AF, com resultados técnicos, políticos e sociais.

Fato que colabora para o aperfeiçoamento em relação aos aspectos clínicos no âmbito do CEAF no Estado de São Paulo foi o lançamento do Programa de Cuidados Farmacêuticos pelo MS, no início de 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Este projeto visa ao acompanhamento (inicialmente) dos pacientes portadores de hepatite e artrite reumatoide, por meio de consultas farmacêuticas, onde estes receberão as devidas orientações sobre uso racional de medicamentos, com o monitoramento da adesão ao tratamento pelo paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Da pontuação total da dimensão sustentabilidade (60 pontos), a gestão estadual do CEAF no Estado de São Paulo conquistou 23,8 pontos, indicando que esta deve estar em estado de alerta para questões de sustentabilidade, priorizando a institucionalização de mecanismos e estratégias que favoreçam o estabelecimento de alianças que permitam resultados mais duradouros.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A versão original do “Protocolo de Indicadores para Avaliação da Capacidade de Gestão do CEAF em Âmbito Estadual” proposto por Rover et al. (2017a) sofreu mínimas alterações estruturais com a adaptação e validação realizada para aplicação no Estado de São Paulo, não apresentando impactos nas pontuações dos indicadores e dimensões, assim, conclui-se que, mesmo após adaptação do instrumento para o local de aplicação, é possível comparar seus resultados com referenciais externos, reflexo de uma construção participativa desde a sua origem.

A avaliação da capacidade de gestão do CEAF em São Paulo corrobora com referenciais teóricos que relatam a tendência de atuação tecnicista da gestão da AF, ou seja, centrada no medicamento e ações logísticas da AF, situação imposta ao profissional farmacêutico desde sua formação (MANZINI, 2013; ROVER; LEITE, 2015).

Dessa forma, ressalta-se como alerta a necessidade da gestão estadual do CEAF criar estratégias que o aproxime da imagem-objetivo da capacidade de decidir (dimensão organizacional) e da capacidade de sustentar resultados (dimensão sustentabilidade). E, mesmo tendo demostrando avanços na capacidade de executar (dimensão operacional), recomenda-se cuidado e esforços para o aprimoramento também neste quesito.

Como alternativas aos problemas identificados, sugere-se atenção da gestão do CEAF no Estado de São Paulo em relação aos seguintes pontos prioritários:

- A realização de planejamentos de projetos e ações que aprimorem a gestão do CEAF no Estado, tomando-se de ferramentas gerenciais que facilitem o delineamento, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas, partindo da construção de planos de ação para resolução de obstáculos evidenciados nas dimensões e indicadores que obtiveram piores resultados;
- A construção de um manual de boas práticas que formalize e padronize as ações da equipe central e regional das etapas de execução do CEAF, priorizando as etapas de avaliação, autorização e dispensação. Bem como, defina os critérios pelos quais se dão as parcerias entre farmácias, que realizam todas as etapas de execução do componente, com outros serviços

de saúde, bem como os meios de formalização das mesmas (atualmente estabelecidas, mas não formalizadas).

- O reforço na comunicação entre os gestores do CEAF em seus diferentes níveis de atuação, mostrando-se necessário que a gestão de nível central crie estratégias que deem maior autonomia de negociação aos gestores regionais (NAF dos DRS e farmácias) em discussões no âmbito na CIR, o que aperfeiçoará a relação com outros serviços de saúde e com os pacientes.
- A necessidade de planejamento e previsão de recursos financeiros nos instrumentos de gestão do SUS para aprimoramento da infraestrutura deficitária das unidades de dispensação dos medicamentos do CEAF, o que interfere diretamente no atendimento das condições normativas sanitárias legais. Destaca-se a necessidade de regularização e monitoramento de tais condições normativas, em busca da qualidade e segurança na entrega dos medicamentos do CEAF ao paciente.
- Aperfeiçoamento da capacidade de identificar junto ao paciente suas necessidades, sugestões de melhoria e pontos positivos da gestão, criando mecanismos (como ouvidoria) e fóruns para que estas informações subsidiem as estratégias de atuação do gestor do CEAF, bem como aumentem a participação social na formulação de políticas do componente no Estado de São Paulo.
- A necessidade de aumentar o foco para os aspectos clínicos no CEAF, direcionando farmacêuticos também para questões assistenciais, aperfeiçoando as ações de cuidado farmacêutico nas unidades de dispensação de medicamentos.

Cabe ressaltar as condições favoráveis da gestão do CEAF no Estado de São Paulo, que precisam ser mantidas, em busca de atingir a imagem-objetivo:

- A sua participação ativa em instâncias colegiadas do SUS, buscando a articulação e pactuação junto aos outros entes federativos;
- A alta capilarização de dispensação de medicamentos do CEAF no Estado de São Paulo, provendo acessibilidade aos medicamentos de forma descentralizada aos pacientes;

- Eficiente gestão do financiamento do componente, com destaque às questões de faturamento, existência de métodos bem estabelecidos de programações e aquisições de medicamentos e avanços no atendimento de boas práticas na logística dos medicamentos do CEAF; e
- A institucionalização da CAF e a existência de cargos de gestão da AF, que permitem maior sustentabilidade nas ações de gestão do CEAF.

A metodologia adotada na pesquisa não teve como propósito concluir se a capacidade de gestão do Estado de São Paulo é “boa” ou “ruim”, mas, sim, analisá-la como processo que se encontra em diferentes estágios de evolução, na perspectiva de apontar para o aprimoramento do processo, ou seja, quais pontos podem ser corrigidos ao longo do programa ou da política de gestão (GUIMARÃES et al., 2004).

Considerando a importância da avaliação da AF (BERNARDI, 2006), recomenda-se a utilização deste modelo por gestores em outros contextos, não restringindo a possibilidade de aperfeiçoamento constante do protocolo proposto. Ressalta-se a importância de que as adaptações e validação do instrumento sejam realizadas de forma participativa (consenso), que além de permitirem maior fidedignidade da adaptação ao contexto local, permitem importantes discussões e amadurecimento de ideias, como aconteceu no Estado de São Paulo.

Algumas das medidas e parâmetros utilizados neste estudo apresentaram limitações, os quais precisam ser revistos para avaliações futuras visando à maior sensibilidade nas medidas. Ainda, neste mesmo propósito, evidenciou-se a necessidade de pesquisas que dimensionem o quadro adequado de recursos humanos necessários para realização de AF ambulatorial, com parâmetros que permitam a avaliação da suficiência ou não de colaboradores atuantes na execução do CEAF.

Outros estudos como o entendimento das diferenças na proporção de atendimento de usuários do CEAF por regiões e a compreensão dos percalços que impedem que farmácias, de gestão direta ou até mesmo aquelas gerenciadas OSS, tenham condições básicas de infraestrutura, são temas potenciais para futuros estudos no Estado de São Paulo.

Assim, espera-se que estes resultados permitam a qualificação da gestão do CEAF no Estado de São Paulo, embasando a tomada de decisão do gestor, e a

melhoria contínua dos processos organizacionais. Considerando a importância deste componente na AF, por abranger a lista de medicamentos de maior custo agregado, aumento progressivo de pressão da demanda, complexidade da gestão e doenças envolvidas, faz-se necessário o aprimoramento contínuo dos mecanismos de gestão pelas três esferas de governo, referentes à regulação, avaliação e controle do componente, visando racionalização de recursos e aperfeiçoamento dos serviços disponibilizados à população.

REFERÊNCIAS[4]

ALMEIDA-BRASIL C.C. et al, Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 1-14, 2016

ANGONESI, D.; RENNÓ, M.U.P. Dispensação Farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.9, p. 3883-3891, 2011

BARBOSA, N.B.; ELIAS, P.E.M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.

BARRETO, J.L.; CALVO, M.C.M. Avaliação em saúde e avaliação da Assistência Farmacêutica. In: LEITE, S.N. et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: EdUFSC, 2016. p. 21-32.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

BARROS, J.V. Sistema de Dispensação de Medicamentos Excepcionais no Estado de São Paulo. In: X CONGRESSO BRASILEIRO E INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2006. Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: CBIS, 2006. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/790.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BECKER, I. R. T.; BLATT, C. R.; FARIAS, M. R. Municipalização das atividades relacionadas ao componente especializado de Assistência Farmacêutica. **Rev. Bras. Farm**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, p. 128–36, 2011.

BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BERNARDI C. L. B.; BIEBERBACH E. W.; THOMÉ H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, p. 73-83, 2006.

BEZERRA, L. C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. de A. Modelagem de Programas: da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde:** Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das emprezas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos ernpregados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 abril 1923. Seção 1, p. 10859. Disponível em:

[4] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Decreto n° 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 1971. Seção 1, p. 4839. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68806.htm>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Decreto n° 71.205, de 4 de outubro de 1972. Consolida as disposições dos Decretos ns. 68.806, de 25 de junho de 1971, e 69.451, de 1 de novembro de 1971, referentes à Central de Medicamentos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out.1972. Seção 1, p. 8883. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D71205.htm>. Acesso em 10 nov. 2016.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 05 out. 2016.

_____. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov 1996. Seção I, p. 22932.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov.1998. Seção I, p. 18. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.481, de 28 de dezembro de 1999. Estabelece que os recursos destinados ao co-financiamento dos Medicamentos Excepcionais, constantes da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999. Col. 1, p. 24. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_1481.1999>. Acesso em: 08 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Série C – Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 40. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM /MS n. 1.318, de 23 de julho de 2002. Define os medicamentos do grupo 36 da tabela descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jul. 2002a. Col. 1, p. 68. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/PDF/2014/abril/03/pt-gm-ms-1318-2002.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf. Acesso em: 12 out. 2016.

_____. Resolução n° 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2004a. Seção I, p. 52. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 06 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final - Sergio AroucaBrasília: Ministério da Saúde, 2004b. 230 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional**. Brasília: CONASS, 2004c. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica:** relatório final - efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 154 p.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções para sua organização.** Brasília: Ministério da Saúde, p.81-86, 2006a (MS; A, Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção I. p. 43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Planejar é preciso:** uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. 74 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan. 2007. Seção I, p. 42. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 nov 2009a. Seção I, p. 725. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Brasília, DF, 2010

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Assistência farmacêutica no SUS:** para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011. Coleção Progestores, v. 7. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Metas e indicadores para composição da parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública**: Caderno. Brasília: Ministério da Saúde, p. 13-14, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.** 2 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011c. 68 p.

_____. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011d. Seção I, p.1.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. Coleção Progestores, v. 1. 2011e.

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abril 2011f. Seção I, p. 4. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 dez. 2011g. Seção I, p. 40.

_____. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jul. 2013a. Seção I, p. 69.

_____. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde:** a responsabilidade do controle social democrático do SUS. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 178 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: RENAME. 9. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015b. 133 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n° 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017a. Seção "I. Suplemento", p, 569. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U_PRC-MS-GM-6_280917.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017b. Seção I, p, 76. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 05 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 3992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2017c. Seção Extra, p. 91.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Guia de referência para o Ministério Público Federal**: assistência farmacêutica. Brasília: MPF, 2017d. 105 p. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/pfdc/midiateca/nossas-publicacoes/guia-para-o-mpf-assistencia-farmaceutica-2017>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n° 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017e. Seção "I. Suplemento", p, 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 05 fev. 2018.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A odontologia e a Estratégia de Saúde da Família**. Tubarão: Ed. Unisul, 2006. p. 115-136.

CAMPOS, R. T. O; et al. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia,** Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.221-241, 2010.

CAMPOS, G.W.S. O Estado e a atenção à saúde: Conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios. In: DINAMARCO, C.R. **Reforma da Reforma.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARRARO, G. **As pesquisas avaliativas de políticas sociais públicas:** um estudo sobre a metodologia de trabalho no SUAS. 226f. Dissertação (Mestrado) — Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre/RS, 2011.

CARVALHO, M.N. **O farmacêutico na composição da força de trabalho em saúde na atenção primária do SUS**. Tese (Doutorado) — Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, DF/Brasília, 2016.

CASARINI et al. **Medex** – Hepatite C: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: V Fórum de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia (Congresso), 2017.

CASARINI, A.M.F. **Atendimento Preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**: proposta de critérios. 2013. 161p. Dissertação (Mestrado) — Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo/SP, 2013.

CASSIANI, S. H. B.; RODRIGUES, L. P. A técnica de Delfos e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 76-83, 1996.
SANTOS, J.S. Conselho Federal de Farmácia (CFF). **A nova formação farmacêutica e o título de bioquímico**, 2010. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=367>. Acesso em: 15 jul. 2018.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática.** 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

CIPRIANO, S. L. **Proposta de um conjunto de indicadores para utilização na Farmácia Hospitalar com foca na Acreditação Hospitalar.** São Paulo. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2004.

CIPRIANO, S.L.; CARVALHO, F.D.; PINTO, V.B. Estratégias e Ferramentas de Gestão para Qualidade e Resultados. In: NOVAES, M.R.C.G. et al. **Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde** (Sbrafh). São Paulo: Ateliê Vide o Verso, 2009.

CIPRIANO, S.L.; PINTO, V.B.; CHAVES, C.E. Introdução. In: CIPRIANO, S.L.; PINTO, V.B.; CHAVES, C.E. **Gestão estratégica em Farmácia Hospitalar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 158.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-49.

CONTANDRIOPOULOS. A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-11, 2006.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (COSEMS) – SÃO PAULO. Assistência farmacêutica no SUS. **SUS no Estado de São Paulo**: atualização para gestores municipais. SES/SP e COSEMS/SP: São Paulo, p. 165-182, 2013.

COSTA K.S.; NASCIMENTO JÚNIOR J.M. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46 (Supl), p. 91-99, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA (CRF). **Esclarecimento: Renovação da CR garante funcionamento regular do estabelecimento**, 2015. Disponível em: <http://www.crfsp.org.br/noticias/7020-esclarecimento-cr.html>. Acesso em: 30 jun. 2018.

DIAS, 2002 DIAS, E. D. P. Conceitos de Gestão e Administração: Uma Revisão Crítica. **Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2002.

DONABEDIAN, A. **The Definition2 of Quality and Approaches to its Assessment** (Exploration in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor: Helth Administration Press; 1980.

_____. **The seven pillars of quality.** Archives Pathology Laboratory Medicine, 114: 1115-1118, nov., 1990.
DUBOW C. et al. Participação Social na Implementação das Políticas Públicas de Saúde: uma revisão crítico reflexiva. **Sau. & Transf. Soc.**,Florianópolis, v.8, n.2, p.103-111, 2017.

ESHER, A. et al. Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 203-214, 2012.

FARIA, C.A.P. A política da avaliação de Políticas Públicas. **RBCS**, Viçosa, v. 20 n. 59, p. 97-109, 2005.

FERREIRA, A. S. Competências gerencias para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.69-76, 2004.

FURTADO, T. O Gerenciamento da Saúde-Brasileira. **Gestão & Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n. 3, p. 14-15, 2007.

GUIMARÃES, M. C. L.; et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 109-118, 2004.

GUIMARÃES, M.C.L et al.; Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica Básica: um modelo em construção. In: LEITE et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica:** proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 15-38.

JANNUZZI, P.M. **Indicadores sociais no Brasil** - conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas: Alínea, 2001.

_____. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Planejamento e Políticas Públicas;** n.36, jan/jul, 2011.

JONES, J.; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research. In: MAYS, N.; POPE, C. **Qualitative research in health care.** London: BMJ Publishing Group, 1995, n. 311, p. 376-380.

LANDIM E.L.A.S; GUIMARÃES M.C.L. As ferramentas necessárias para a gestão da Assistência Farmacêutica. In: LEITE, S.N. et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: EdUFSC, 2016. p. 21-32.

LEITE, S.N. et al. Gestão da Assistência Farmacêutica. In: LEITE, S.N. et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: EdUFSC, 2016. p. 21-32.

_____. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51 (Supl), p. 1-11, 2017.

LEITE, S.N.; GUIMARÃES, M.C.L. Gestão: para fazer acontecer. In: LEITE, S.N. et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: EdUFSC, 2016. p. 21-32.
LEITE, S.N.; MANZINI F. Estruturação da assistência farmacêutica. In: MANZINI, F. et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. p. 51-67.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p.269-291, 2001.

LIMA-DELLAMORA, E. DA C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensing specialized component medicines in areas of the State of Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2387–96, 2012.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C.; NASCIMENTO, R.C.R.M. Gestão da assistência farmacêutica no SUS: uma abordagem estratégica e orientada para resultados. In: MANZINI, F. et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. p. 97-130.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C.; NASCIMENTO, R.C.R.M; BARCELOS, P.C. Judicialização da assistência farmacêutica como garantia do direito constitucional à saúde: avanço ou retrocesso? In: MANZINI, F. et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS:** diretrizes para ação. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, p. 197-205, 2015.

MACHLINE, C. A Assistência à Saúde no Brasil. In: STORPIRTIS, S. et al. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 2008.

MALIK, A.M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura organizacional. **Ver. de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 32-41, 1992.

MALIK, A.M.; MOTTA, P.R. Gestão Pública em Saúde. **Gestão & Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n. 3, p. 12-13, 2007.

MANZINI, F. **Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses:** desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2013.

MANZINI, F.; FARIAS, M.R. Elaboração e aplicação do modelo de avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses. In: LEITE et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica:** proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis : Editora da UFSC, 2015. p. 59-70.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 23ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARIN, N.; et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003. 334p.

MARIN JARAMILLO. N; CORDEIRO,B. C. Assistência Farmacêutica. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Orgs.). **Assistência Farmacêutica**: gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 39-48, 2014.

MARQUES, D.C.; JEREMIAS, S.A. Uma Carência do Sistema Único de Saúde (SUS): A Assistência Farmacêutica Íntegra. In: STORPIRTIS, S. et al. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 2008.

MARTINS, K.O.F. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Apresentação realizada no Grupo Técnico de Assistência Farmacêtuica da Comissão Intergestores Bipartite. São Paulo: SES/SP, 1. out. 2015.

MARTINS, C.C.; WACLAWOVSKY, A.J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **RGSS**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 100-109, 2015.

MATHIAS, S.L; SAKAI, C. Utilização da Ferramenta Google Forms no Processo de Avaliação Institucional: Estudo de Caso nas Faculdades Magsul. In: Seminários Regionais sobre Autoavaliação Institucional e Comissões Próprias de Avaliação (CPA), 2013. Brasília. **Anais**. Brasília: Inep, 2015.

MATIDA, A.H; CAMACHO, L.A.B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 37-47, 2004.

MATUS C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MEDEIROS, A.L. **Políticas de Medicamentos da Assistência Farmacêutica:** Componente Especializado. Apresentação realizada no EDUCASUS. São Paulo: SES/SP, 16. ago. 2016.

_____. **Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde**: responsabilidade compartilhada por União, Estados e Municípios. Tese (Doutorado) — Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2018.

MEDEIROS, A. L.; ROMANO-LIEBER, N. S.; TANAKA, O. Y. Produção científica relacionada à avaliação de políticas e serviços de assistência farmacêutica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde,** v. 7 (Suppl.2), p. 46-47, 2015.

_____. **Assistência farmacêutica no Estado de São Paulo:** responsabilidade dos três entes federativos do SUS. São Paulo: Edição do Autor, 2017. 56 p.

MENDES, S. J. **Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica:** avaliação no contexto catarinense. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2013.

MENDES, S.J; LEITE, S.N. Resultados gerais da avaliação da gestão da assistência farmacêutica em Santa Catarina. In: LEITE et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica:** proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis : Editora da UFSC, 2015. p. 147-164.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 4, p. 449-459, 2004.

_____. Portal da Saúde. **Histórico**, 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 jan. 2017a.

_____. Portal da Saúde. **SUS Legal** - Novo modelo de financiamento do SUS garante eficiência no uso de recursos, 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/28/28-12-2017-Coletiva-Mudanca-na-forma-de-Repasse.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

_____. Portal da Saúde. **Ministério da Saúde lança Programa de Cuidados Farmacêuticos**, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42368-ministerio-da-saude-lanca-programa-de-cuidados-farmaceuticos>. Acesso em: 18 abril. 2018.

MORATELLI, A. M. B.; INÁCIO, D. B. **Gestão da assistência farmacêutica.** Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Farmácia) – Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

MOTTA P.R. **Gestão contemporânea:** a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Editora Record, 1991.

NASCIMENTO JÚNIOR. J. M. et al. Educação Permanente e Transformadora na Assistência Farmacêutica para garantir os avanços deuma Política de Estado. In: SANTOS, R.S. et al. (Orgs.). **Políticas de saúde e acesso a medicamentos**. Florianópolis: EdUFSC, 2016a.

_____. Dispensação: dispensar e entregar não são sinônimos. **OPAS/OMS**, Brasília, v. 1, n. 16, p. 1-5, 2016b.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547–49, 2000.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 2011.

PAIM J. S.; TEIXEIRA C. F. Política, Planejamento e Gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 73-78, 2006.

PEREIRA, R.M. Planejamento, Programação e Aquisição: prever para prover. **OPAS/OMS**, Brasília, v. 1, n.10, p. 1-7, 2016.

PEREIRA L.R.L.; FREITAS O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 44, n. 4, 2008.

PINHEIRO, A.L.S. et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1-9, 2016.

PINTO, V.B. Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados. **OPAS/OMS**, Brasília, v. 1, n. 12, p. 1-7, 2016.

PINTO, V.B.; CIPRIANO, S.L.; CHAVES, C.E. Sistemas de Liderança. In: NOVAES, M.R.C.G. et al. **Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde** (Sbrafh). São Paulo: Ateliê Vide o Verso, 2009.

PRINGLE, M.; WILSON, T.; GROL, R. Measuring “goodness” in individuals and healthcare systems. **BMJ**, United Kingdom, v. 325, p. 704-707, 2002.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações, 2. ed., Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

ROVER, M. R. M. et al. Modelo Teórico e Lógico para a avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Gestão & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 191-210, 2016.

_____. **Da construção à aplicação**: indicadores para a avaliação da gestão da assistência farmacêutica - a experiência em Santa Catarina. Florianópolis: Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2017a. 48p.

_____. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2487-2499, 2017b.

ROVER, M. R. M. **Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Santa Catarina**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Florianópolis: UFSC, 2016.

ROVER, M.R.M; FARIAS, M.R. Avaliação em saúde e avaliação da assistência farmacêutica. In: LEITE et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica:** proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis : Editora da UFSC, 2015. p. 59-70.

ROVER, M.R.M; LEITE, S.N. Gestão em saúde e gestão da assistência farmacêutica. In: LEITE et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica**: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis : Editora da UFSC, 2015. p. 39-58.
SANTOS, S. M. C. et al. Subsídios para avaliação da gestão pública: processo de construção de indicadores para avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais. **Revista O&S**, Salvador, v. 13, n. 37, p. 109-124, 2006.

SANTOS, R. I. DOS. **Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. Tese (Doutorado) — Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2011.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Regionais de Saúde**, 2012a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>. Acesso em: 12 dez. 2016.

_____. Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 12 maio 2012b. Seção I, p. 37.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). **Relatório de Gestão**: 3º quadrimestre de 2015. São Paulo: SES/SP, 2015a. 361 p.

_____. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. **Orçamento do Estado 2015**: Orçamentos Fiscal, da Seguridade Social e de Investimentos das Empresas. São Paulo: SES/SP, 2015b. 651 p.

_____. Secretaria da Saúde. **Nota Técnica GAF/CCTIES nº 07, de 23 de Julho de 2015**, 2015c. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/notas-tecnicas/nota_tecnica_07_2015_guia_orient_ret.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. Decreto Nº 62.255, de 08 de novembro de 2016. Cria e organiza, na Secretaria da Saúde, a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 9 nov. 2016a. Seção I, p. 1. Disponível em <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2016/decreto-62255-08.11.2016.html>. Acesso em 03. jan. 2017.

_____. Secretaria da Saúde. Grupo de Assistência Farmacêutica. **Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**, 2016b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/>. Acesso em: 19 de jun. 2017.

_____. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016c. 228 p.

_____. Secretaria da Saúde. **Sistema Farmanet**, 2018a. Disponível em: <http://www.farma.saude.sp.gov.br/>. Acesso em: 05 mar. 2018.

_____. Decreto nº 63.316, de 26 de março de 2018b. Institui, no âmbito do Estado de São Paulo, o banco eletrônico de preços denominado Preços SP, dispõe sobre pesquisa de preços para as aquisições de bens e contratações de serviços, revoga o Decreto nº 34.350, de 11 de dezembro de 1991 e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 27 mar. 2018. Seção I, p. 3.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS:** avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia). São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

SOUZA, L. E. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.; HARTZ, Z. M. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da Atenção à Saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. DE A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Eds.). **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro Salvador: EDUFBA Fiocruz, 2005. p. 65–102.

STORPIRTIS, S.; et al. **Seguimento farmacoterapêutico de pacientes na Farmácia Universitária da USP:** pesquisa clínica fase IV, avaliação e proposição de mecanismos de enfrentamento da judicialização na área de medicamentos no Brasil em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo: PPSUS, 2012 (Relatório Técnico).

TAMAKI, E.M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: EdUSP, 2001.

_____. Avaliação de Serviços e Programas de Saúde para a Tomada de Decisão. In: ROCHA, A.A.; CESAR, C.L.G. **Saúde Pública:** Bases Conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO (TJSP). **'Acessa SUS' evitará ações desnecessárias para fornecimento de remédios.** Noticias Comunicação Social TJSP – CA (texto). Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/Noticias/Noticia?codigoNoticia=38743>. Acesso em: 03 abril. 2018.

TRAVASSOS, C.; NOVAES, H.M.D. Investigação e avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2, p. S144-S145, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Sobre o Curso Gestão da Assistência Farmacêutica** – Educação a distância, 2018. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica/sobre/>. Acesso em: 20 jun. 2018.

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 2, p. 149–56, 2010.

_____. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51, n. 126, p. 1-6, 2017.

VIEIRA K.M.; DALMORO M. **Revista Gestão Organizacional**, Chapeco**,** v. 6, supl. Edição Especial Epistemologia e Métodos de Pesquisa, 2013.

VIEIRA, F.S.; MARQUES, D.C.; JEREMIAS, S.A. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Orgs.). **Assistência Farmacêutica:** gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 39-48.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoción del uso racional de medicamentos:** componentes centrales - Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, n. 5, set. 2002. 6p. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/5.html#Js4874s.5>. Acesso em: 28 maio 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Compromisso.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

TERMO DE COMPROMISSO

1. Informações sobre o Participante da Pesquisa

Nome:		
Documento de Identidade (tipo):	Nº.:	Sexo: ( ) M ( ) F
Local de Nascimento:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:	Nº.:	
Complementos:	Bairro:	
Cidade:	Estado:	
CEP:	Telefones:	

2. Título do Projeto de Pesquisa

Avaliação da Capacidade de Gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

3. Duração da Pesquisa

12 meses

4. Nome do Pesquisador Responsável

Silvia Storpirtis	
Cargo/ Função: Profa. Associada	Nº de registro do Conselho Regional: CRF – 9794-8

5. Instituição

Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Vimos, por meio desta, solicitar formalmente sua participação na validação opinativa de especialistas da pesquisa intitulada “Avaliação da Capacidade de Gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no Estado de São Paulo” que será realizada pela pesquisadora Karina de Oliveira Fatel Martins, aluna de mestrado do Programa de Fármaco e

APÊNDICE A – Termo de Compromisso (Cont.).

Medicamentos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, sob orientação da professora Dra. Silvia Storpirtis (pesquisadora responsável), e que tem como objetivo avaliar a capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo sob os aspectos organizacional, operacional e de sustentabilidade.

Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para se recusar a participar, retirar o seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, independente de já haver iniciado sua colaboração. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O seu nome ou o material que identifique sua participação não será liberado sem sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada com os pesquisadores e outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira.

Abaixo seguem informações detalhadas sobre o projeto de pesquisa:

a) Justificativa da pesquisa

Considerando-se: (1) que o CEAF é um componente impactante na Assistência Farmacêutica (AF), por seu impacto financeiro e demanda crescente por medicamentos para tratamentos cujas linhas de cuidado estão definidas por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde; (2) que os Estados são responsáveis pela gestão das etapas de execução do CEAF, procedimentos que impactam na utilização racional dos medicamentos e recursos financeiros no SUS; (3) apesar de reconhecida a importância da aplicação de indicadores para a avaliação das ações desenvolvidas pela AF, poucos são os indicadores propostos, implantados, avaliados e efetivamente utilizados para a melhoria dos serviços prestados.

Justifica-se a apresentação deste projeto, cujos resultados contribuirão para ações governamentais que buscam maximizar os pontos fortes, e minimizar fragilidades e deficiências, buscando o aperfeiçoamento da gestão do CEAF, que impactam diretamente nos resultados obtidos pela AF da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

b) Objetivos da pesquisa

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo sob os aspectos organizacional, operacional e de sustentabilidade.

São seus objetivos específicos:

- Adaptar e validar o modelo teórico, o “protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF em âmbito estadual” e instrumentos de coleta de dados propostos por Rover e colaboradores (2016), considerando a realidade do Estado de São Paulo.
- Aplicar instrumentos validados para a avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo.

APÊNDICE A – Termo de Compromisso (Cont.).

c) Procedimentos

Sua participação será na etapa de validação do conteúdo de um protocolo de indicadores, elaborado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), ao contexto locorregional da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo.

A validação pelos especialistas se dará com o preenchimento de documentos de validação do instrumento, encaminhado via correio eletrônico, e na participação de uma oficina presencial (Técnica de Comitê Tradicional) para discussão e revisão de indicadores não validados (que não obtiveram consenso) por via digital.

A oficina presencial será gravada e transcrita na íntegra num processador de texto.

d) Desconforto e riscos esperados:

O risco a que você será submetido é mínimo e, desta forma, não são esperados problemas de qualquer tipo durante sua participação.

e) Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa:

Caso apresente intercorrências ou para esclarecimento de quaisquer dúvidas, você pode entrar em contato com os responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa:

- Pesquisadora responsável: Silvia Storpirtis; Telefone: (11) 2648-0674; Endereço: Rua da Praça do Relógio - n◦: 74 - Complemento: Centro de Vivência da Reitoria - Bairro: Cidade Universitária - Cidade: São Paulo/SP; E-mail: sstor@usp.br .
- Pesquisadora - Farmacêutica/Discente: Karina de Oliveira Fatel Martins; Telefone: (11) 98248-9949; Endereço: Av. Conceição - n◦: 460 - Apartamento: 93 - Bairro: Centro - Cidade: Diadema/SP - CEP: 09920-000; E-mail: karinafatel@usp.br .

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO COMO JUÍZ ESPECIALISTA

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura do Participante de Pesquisa Assinatura do Pesquisador Responsável

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos relativos a este protocolo de pesquisa, favor entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da **Faculdade de Ciências Farmacêuticas** da **Universidade de São Paulo**: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13 A, Butantã, São Paulo, CEP 05508-000, Telefones 3091-3622 e 3091-3677, e-mail: **cepfcf@usp.br**.

Observação: O Termo de Compromisso deve ser rubricado em todas as páginas, pelo participante da pesquisa (ou seu responsável legal) e pelo pesquisador responsável.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO

1. Informações sobre o Participante da Pesquisa

Nome:		
Documento de Identidade (tipo):	Nº.:	Sexo: ( ) M ( ) F
Local de Nascimento:	Data de Nascimento: / /	
Endereço:		Nº.:
Complementos:	Bairro:	
Cidade:		Estado:
CEP:	Telefones:	

2. Título do Projeto de Pesquisa

Avaliação da Capacidade de Gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

3. Duração da Pesquisa

3 meses

4. Nome do Pesquisador Responsável

Silvia Storpirtis	
Cargo/ Função: Profa. Associada	Nº de registro do Conselho Regional: CRF – 9794-8

5. Instituição

Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Vimos, por meio desta, solicitar formalmente sua participação voluntária na pesquisa intitulada "Avaliação da Capacidade de Gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no Estado de São Paulo" que será realizada pela pesquisadora Karina de Oliveira Fatel Martins, aluna de mestrado do Programa de Fármaco e Medicamentos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, sob orientação da professora Dra. Silvia Storpirtis (pesquisadora responsável), e que tem como objetivo avaliar a capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo sob os aspectos organizacional, operacional e de sustentabilidade.

Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para se recusar a participar, retirar o seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, independente de já haver iniciado sua colaboração. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O seu nome ou o material que identifique sua participação não será liberado sem sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada com os pesquisadores e outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira.

Abaixo seguem informações detalhadas sobre o projeto de pesquisa:

f) Justificativa da pesquisa

Considerando-se: (1) que o CEAF é um componente impactante na Assistência Farmacêutica (AF), por seu impacto financeiro e demanda crescente por medicamentos para tratamentos cujas linhas de cuidado estão definidas por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde; (2) que os Estados são responsáveis pela gestão das etapas de execução do CEAF, procedimentos que impactam na utilização racional dos medicamentos e recursos financeiros no SUS; (3) apesar de reconhecida a importância da aplicação de indicadores para a avaliação das ações desenvolvidas pela AF, poucos são os indicadores propostos, implantados, avaliados e efetivamente utilizados para a melhoria dos serviços prestados.

Justifica-se a apresentação deste projeto, cujos resultados contribuirão para ações governamentais que buscam maximizar os pontos fortes, e minimizar fragilidades e deficiências, buscando o aperfeiçoamento da gestão do CEAF, que impactam diretamente nos resultados obtidos pela AF da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

g) Objetivos da pesquisa

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo sob os aspectos organizacional, operacional e de sustentabilidade.

São seus objetivos específicos:

- Adaptar e validar o “protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF em âmbito estadual” e instrumentos de coleta de dados proposto por Rover e colaboradores (2016), considerando a realidade do Estado de São Paulo.
- Aplicar instrumentos validados para a avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo.
- Avaliar a capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo.

h) Procedimentos

Sua participação será na etapa de aplicação de instrumentos de coleta de dados para preenchimento de um protocolo de indicadores, validada quanto ao conteúdo por especialistas do Estado de São Paulo. Ou seja, participará colaborando com preenchimento de questionário e/ou entrevista em visita técnica que subsidiem o pesquisador no preenchimento do protocolo de indicadores, cujos resultados

permitirão avaliar a capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo, analisando as fragilidades e potencialidades do desenvolvimento da gestão estadual do CEAF.

É importante destacar que a metodologia adotada na pesquisa não tem como propósito de concluir se a gestão é "boa" ou "ruim", mas, sim, analisá-la como processo que se encontra em diferentes estágios de evolução, na perspectiva de apontar para o aprimoramento do processo e dos pontos que possam ser corrigidos ao longo do programa ou da política de gestão.

As entrevistas (preenchimento supervisionado) para validação do instrumento de coleta de dados serão gravadas e transcritas na íntegra num processador de texto, e submetidos a um trabalho de análise e decomposição, selecionando as ideias centrais.

Os instrumentos de coleta de dados validados poderão ser do tipo questionários com questões abertas e fechadas, formulário (checklist).

i) Desconforto e riscos esperados:

O risco a que você será submetido é mínimo e, desta forma, não são esperados problemas de qualquer tipo durante sua participação.

j) Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa:

Caso apresente intercorrências ou para esclarecimento de quaisquer dúvidas, você pode entrar em contato com os responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa:

- Pesquisadora responsável: Silvia Storpirtis; Telefone: (11) 2648-0674; Endereço: Rua da Praça do Relógio - nº: 74 - Complemento: Centro de Vivência da Reitoria - Bairro: Cidade Universitária - Cidade: São Paulo/SP; E-mail: sstor@usp.br .
- Pesquisadora - Farmacêutica/Discente: Karina de Oliveira Fatel Martins; Telefone: (11) 98248-9949; Endereço: Av. Conceição - nº: 460 - Apartamento: 93 - Bairro: Centro - Cidade: Diadema/SP - CEP: 09920-000; E-mail: karinafatel@usp.br .

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO COMO JUÍZ ESPECIALISTA

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura do Participante de Pesquisa Assinatura do Pesquisador Responsável

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos relativos a este protocolo de pesquisa, favor entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da **Faculdade de Ciências Farmacêuticas** da **Universidade de São Paulo**: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13 A, Butantã, São Paulo, CEP 05508-000, Telefones 3091-3622 e 3091-3677, e-mail: **cepfcf@usp.br**.

Observação: O TCLE deve ser rubricado em todas as páginas, pelo participante da pesquisa (ou seu responsável legal) e pelo pesquisador responsável.

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo.

Indicador	O que é medido no indicador?	Pontuação
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL		
1. Participação	Participação da gestão em Órgãos de participação social e existência de instâncias que permitam a participação dos atores envolvidos.	10
2. Transparência	Divulgação de informações sobre as faltas de medicamentos e dos preços praticados na compra dos medicamentos.	10
3. Planejamento	Inclusão de ações do CEAF no PES. Existência de reuniões de planejamento específicas do CEAF.	10
4. Monitoramento e avaliação das ações	Existência de indicadores e a utilização do monitoramento destes para o planejamento das ações.	10
5. Parcerias	Parcerias com outras instituições para o desenvolvimento de atividades do CEAF.	10
6. Regulamentação	Existência de fluxos regulamentados para a avaliação das solicitações e diretrizes sobre os processos de trabalho nas unidades.	10
7. Institucionalização	Existência de uma instância institucionalizada responsável por todas as atividades do CEAF.	10
8. Acesso descentralizado	Atendimento dos usuários em seus municípios de residência.	10
	Pontuação da dimensão	**80**
DIMENSÃO OPERACIONAL		
1. Comunicação	Comunicação entre as unidades.	10
2. Complementariedade	Preocupação com o atendimento das linhas de cuidados.	10
3. Condições normativas	Unidades com condições legais e sanitárias para o exercício das atividades.	10
4. Infraestrutura	Existência de investimentos e condições mínimas de infraestrutura nas unidades.	10
5. Serviços de referência/polos de aplicação	Existência de SR nas diversas regiões do estado.	10
6.Sistemas de informação	Existência de sistemas de informação para o desenvolvimento das atividades.	10
7. Recursos humanos	Disponibilidade de RH e preocupação com a capacitação contínua.	10
8. Financiamento	Capacidade de aplicar as estratégias para a manutenção do equilíbrio financeiro e disponibilidade de recursos.	10
9. Programação / aquisição de medicamentos	Existência de mecanismos que qualificam a programação e a aquisição de medicamentos.	10
10. Boas práticas em logística	Existência de mecanismos que qualificam a distribuição e o controle de estoque dos medicamentos.	10
11. Disponibilidade de medicamentos	Preocupação com o atendimento oportuno dos usuários.	10
	Pontuação da dimensão	**110**
DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE		
1. Controle social	Inclusão do CEAF nas pautas do Conselho Estadual de Saúde.	10
2. Perfil do gestor	Condição de existência do cargo de coordenador da assistência farmacêutica, formalmente instituído, responsável pela gestão do CEAF e a qualificação do gestor.	10
3. Acessibilidade	Prazo para atendimento dos usuários, existência de demanda judicial e de mecanismos para evitar as ações.	10
4. Relação entre serviços	Ações de acompanhamento das unidades; repasse periódico de orientações e relação da gestão com os outros setores da rede de atenção à saúde.	10
5. Aspectos clínicos	Existência do monitoramento dos tratamentos e a realização do primeiro atendimento pelo farmacêutico.	10
6. Relação com os usuários	Preocupação da gestão com a satisfação dos usuários, através de avaliações e ouvidoria.	10
	Pontuação da dimensão	**60**

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Critérios de julgamentos dos indicadores, considerando as faixas de pontuação dos indicadores, a escala de cores e o seu significado		
Cor	**Pontuação***	**O que indica**
	75 a 100% dos pontos	Manter/Avançar - representa os indicadores que estão de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir
	50 a 74% dos pontos	Cuidado - sinaliza os indicadores que apresentaram avanços, porém precisam ser aperfeiçoados
	25 a 49% dos pontos	Alerta - evidencia os indicadores que precisam melhorar
	0 a 24% dos pontos	Urgente - sinaliza os indicadores que precisam ser priorizados

*Calculadas a partir da pontuação máxima do indicador

Critérios de julgamentos da dimensão, considerando as faixas de pontuação das dimensões, a escala de cores e o seu significado		
Cor	**Pontuação***	**O que indica**
	75 a 100% dos pontos	Que a situação encontrada na dimensão vai de acordo com o preconizado para a capacidade de gestão do CEAF
	50 a 74% dos pontos	Que há avanços na situação encontrada, mas é preciso o aprimoramento da capacidade de gestão
	25 a 49% dos pontos	Que é preciso melhorar a capacidade de gestão.
	0 a 24% dos pontos	Que a situação encontrada é crítica e compromete a capacidade de gestão do CEAF, sinalizando uma prioridade para a gestão.

*Calculadas a partir da pontuação máxima da dimensão

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Organizacional					
1. PARTICIPAÇÃO					**10**
1.1 A gestão estadual do CEAF participou no último ano do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite, da Conferencia Estadual de Saúde e das Reuniões para a elaboração/monitoramento do Plano Estadual de Saúde (PES)?	**Opções:** Sim / Não para (a) Conselho Estadual de Saúde; (b) Comissão Intergestores Bipartite; (c) Conferência Estadual de Saúde; (d) Reuniões para a elaboração/monitoramento do Plano Estadual de Saúde (PES); (e) Reuniões técnicas do CONASS.	100%	Sim, participou de 3 ou mais instâncias	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P1)	5
		50%	Sim, participou de pelo menos 2 instâncias		
		25%	Sim, participou de pelo menos 1 instância		
		0%	Não participa		
1.2 A gestão estadual desenvolveu estratégias ou criou instâncias para a participação dos envolvidos no CEAF (pacientes, prescritores, farmacêuticos, entre outros) na formulação de políticas e diretrizes do CEAF no último ano?	**Opções:** Não / Sim (por ex. consultas públicas, atividades com associações de pacientes, reuniões de planejamento envolvendo farmacêuticos regionais)	100%	Sim para pelo menos 3 estratégias	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P2)	5
		50%	Sim para 1 ou 2 estratégias		
		0%	Não		
2. TRANSPARÊNCIA					**10**
2.1 Há divulgação da lista de medicamentos em falta e motivo para a população?	**Opções:** Sim, por unidade de dispensação / Sim de forma geral no Estado / Não (Não será considerado quando estas informações não estiverem ao acesso da população em geral)	100%	Sim, por unidade de dispensação	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P3)	5
		50%	Sim, de forma geral no estado		
		0%	Não		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Organizacional					
2. TRANSPARÊNCIA					**10**
2.2 No último ano houve divulgação dos preços praticados pelo Estado na compra dos medicamentos (grupo 1B e 2) do CEAF para a população?	**Opções:** Sim (Considera-se também sim se o Estado alimenta o Banco de Preço em Saúde) / Não	100%	Sim	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P4)	5
		0%	Não		
3. PLANEJAMENTO					**10**
3.1 Existem no Plano Estadual de Saúde (PES) ações específicas relacionadas a Assistência Farmacêutica que envolvem questões do CEAF?	**Opções:** Sim / Não	100%	Sim	Análise documental: instrumentos de gestão (D1)	5
		0%	Não		
3.2 Qual a frequência de realização de reuniões de planejamento estratégico específico para o desenvolvimento das ações relacionadas ao CEAF?	**Opções:** (a) pelo menos uma vez ao ano; (b) reuniões a cada 2-4 anos; (c) reuniões com frequência maior que 4 anos; (d) não realiza reuniões de planejamento estratégico	100%	Sim, pelo menos uma vez ao ano	Análise documental: atas de reunião (D2)	5
		50%	Sim a cada 2-4 anos		
		25%	Realiza com frequência maior que 4 anos		
		0%	Não realiza		
4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES					**10**
4.1 Os indicadores para o monitoramento das ações relacionadas ao CEAF são utilizados para o planejamento das ações?	**Opções:** Sim / Não	100%	Sim	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P5)	10
		0%	Não ou não possui indicadores de monitoramento		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Organizacional					
5. PARCERIAS					**10**
5.1 Existem parcerias com outras instituições para desconcentrar o atendimento aos pacientes (solicitação, dispensação, renovação)?	**Opções:** (a) formalizada por meio de publicação pertinente; (b) algumas parcerias são formalizadas; (c) nenhuma parceria formalizada; (d) não existem parcerias	100%	Sim, formalizadas por meio de publicação pertinente	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P6) e Análise documental: publicações pertinentes (D3)	10
		50%	Sim, algumas parcerias são formalizadas		
		25%	Sim, porém nenhuma parceria formalizada		
		0%	Não		
6. REGULAMENTAÇÃO					**10**
6.1 Há fluxo estabelecido (documentado) para avaliação das solicitações de medicamentos do CEAF no Estado?	**Opções:** Não possui ou documento que contemple: (a) fluxo de documentação; (b) parâmetros clínicos para tomada de decisão; (c) designação de profissionais e serviços de saúde; (d) tempo de tramitação do processo	100%	Sim, contemplando quatro conteúdos avaliados	Análise documental: fluxo documentado (D4)	5
		50%	Sim, contemplando três conteúdos avaliados		
		25%	Sim, contemplando dois conteúdos avaliados		
		0%	Não, ou fluxo contemplando apenas um conteúdo avaliado		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Organizacional					
6. REGULAMENTAÇÃO					**10**
6.2 Há diretrizes estabelecidas (documentadas) dos processos de trabalho, por etapa de execução, nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF, de abrangência Estadual?	Opções: Não / Sim para (a) solicitação e renovação da continuidade do tratamento; (b) avaliação; (c) autorização; (d) dispensação	100%	Sim, para todas as etapa de execução	Análise documental: diretrizes documentadas (D5)	5
		50%	Sim, para três etapas de execução		
		25%	Sim, para duas etapas de execução		
		0%	Não, ou apenas para uma etapa de execução		
7. INSTITUCIONALIZAÇÃO					**10**
7.1 Existe na estrutura administrativa da SES uma instância institucionalizada relacionada a Assistência Farmacêutica cujas competências envolvam todas as vertentes de gestão do CEAF (questões técnicas e administrativas)?	**Opções:** Sim / Não para (a) instância institucionalizada; (b) responsável por todas as vertentes de gestão do CEAF	100%	Sim para ambas	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P7) e Análise documental: publicações pertinentes (D6)	10
		50%	Sim apenas para a condição (A)		
		0%	Qualquer outra situação		
8. ACESSO DESCENTRALIZADO					**10**
8.1 As atividades do CEAF relacionadas ao atendimento dos usuários (solicitações, renovações, dispensações) estão desconcentrados/descentralizados de modo a atendê-los no seu próprio município de residência (unidades estaduais e/ou municipais)?	**Fórmula:** N° de municípios que contam com as atividades para atendimento aos usuários/N° total de municípios X 100	100%	75-100% dos municípios	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P8)	10
		50%	50-74% dos municípios		
		25%	25-49% dos municípios		
		0%	< 25 % dos municípios		
Total de pontos - Dimensão					**80**

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Operacional					
1. COMUNICAÇÃO					**10**
1.1 Os farmacêuticos que desenvolvem atividades do CEAF conseguem se comunicar com a gestão da Assistência Farmacêutica central (CAF) em tempo hábil de resolver os problemas?	**Opções:** Escala numeral de 1 a 5, sendo 1 a pior avaliação (Não consigo me comunicar em tempo hábil de resolver os problemas) e 5 a melhor avaliação (Não possuo problemas de comunicação). **Fórmula:** N° de unidades que responderam 4 e 5 /N° de unidades participantes x 100.	100%	75-100%	Questionário - unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF (G1) e Almoxarifado Central (G1)	10
		50%	50-74%		
		25%	25-49%		
		0%	≤ 24%		
2. COMPLEMENTARIEDADE					**10**
2.1 Existe pactuação de medicamentos chave (elenco mínimo do grupo 3 do CEAF) para a primeira linha de cuidado?	**Opções:** Sim / Não.	100%	Sim	Análise documental: Roteiro - pactuação publicada (D7)	5
		0%	Não		
2.2 É realizada a formalização de APAC na dispensação dos medicamentos do Grupo 2?	**Opções:** Sim / Não.	100%	Sim	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P9)	5
		0%	Não		
3. CONDIÇÕES NORMATIVAS					**10**
3.1 As unidades que movimentam medicamentos do CEAF possuem alvará sanitário atualizado?	**Opções:** Sim / Não (não está atualizado ou não possui). **Fórmula:** N° de unidades com alvará sanitário atualizado/ N° de unidades participantes X 100.	100%	75-100%	Questionário - unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF (D1) e Almoxarifado Central (D1)	2
		50%	50-74%		
		25%	25-49%		
		0%	≤ 24%		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Operacional					
3. CONDIÇÕES NORMATIVAS					**10**
3.2 A gestão estadual monitora a atualização do alvará sanitário das unidades que movimentam medicamentos do CEAF?	**Opções:** Sim / Não. **Fórmula:** N° de unidades monitoradas/N° de unidades X 100.	100%	75-100%	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P10)	2
		50%	50-74%		
		25%	25-49%		
		0%	≤ 24%		
3.3 As unidades que movimentam medicamentos do CEAF possuem um Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) atualizado?	**Opções:** Sim / Não (não está atualizado ou não possui). **Fórmula:** N° de unidades com PGRSS atualizado/ N° de unidades participantes X 100.	100%	75-100%	Questionário - unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF (D2) e Almoxarifado Central (D2)	1
		50%	50-74%		
		25%	25-49%		
		0%	≤ 24%		
3.4 A gestão estadual monitora a atualização do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) das unidades que movimentam medicamentos do CEAF?	**Opções:** Sim / Não. **Fórmula:** N° de unidades monitoradas/N° de unidades X 100.	100%	75-100%	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P11)	2
		50%	50-74%		
		25%	25-49%		
		0%	≤ 24%		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Operacional					
3. CONDIÇÕES NORMATIVAS					**10**
3.5 As unidades que movimentam medicamentos do CEAF possuem certidão de regularidade técnica (CRF) atualizada?	**Opções:** Sim / Não (não está atualizado ou não possui). **Fórmula:** N° de unidades com certidão de regularidade técnica (CRF) atualizada/ N° de unidades participantes X 100.	100%	75-100%	Questionário - unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF (D3) e Almoxarifado Central (D3)	1
		50%	50-74%		
		25%	25-49%		
		0%	≤ 24%		
3.6 A gestão estadual monitora a atualização da certidão de regularidade técnica (CRF) das unidades que movimentam medicamentos do CEAF?	**Opções:** Sim / Não. **Fórmula:** N° de unidades monitoradas/N° de unidades X 100.	100%	75-100%	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P12)	2
		50%	50-74%		
		25%	25-49%		
		0%	≤ 24%		
4. INFRAESTRUTURA					**10**
4.1 Está contemplado no Plano Plurianual (PPA) vigente investimento para infraestrutura de farmácias (que inclua às que dispensam medicamentos do CEAF)?	**Opções**: Sim / Não	100%	Sim	Análise documental: PPA (D8)	5
		0%	Não		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Operacional					
4. INFRAESTRUTURA					**10**
4.2 Há condições suficientes de infraestrutura nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF e almoxarifado central para atendimento da demanda?	**Opções:** Entende-se por condições suficientes a infraestrutura mínima para armazenamento de medicamentos de forma segura e correta, arquivo de processos de forma adequada e de fácil acesso, possuir local de dispensação com infraestrutura suficiente para atendimento dos pacientes, conforme detalhado no roteiro de coleta de dados. **Fórmula:** N° de unidades que cumprem 75% ou mais das condições estabelecidas na coleta de dados/N° total de unidades participantes x 100.	100%	75-100%	Questionário - unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF (I1 a I12) e Almoxarifado Central (I1 a 9)	5
		50%	50-74%		
		25%	25-49%		
		0%	≤ 24%		
5. SERVIÇOS DE REFERÊNCIA (SR) /POLOS DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTO					**10**
5.1 Há Serviços de Referência (SR) e/ou pólos de aplicação de medicamentos no Estado, de forma regionalizada?	**Opções:** Sim / Não para Toxina Botulítica, Hipertensão Arterial Pulmonar, Imunobiológicos, Hemodiálise, Hepatites. **Fórmula:** N° de unidades que relatam possuir pelo menos 75% ou mais dos serviços listados na coleta de dados/N° total de unidades participantes x 100.	100%	75-100%	Questionário - unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF (S1)	10
		50%	50-74%		
		25%	25-49%		
		0%	≤ 24%		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
6. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO					**10**
6.1 O(s) sistema(s) informatizado abrange(m) todas as atividades necessárias para execução do CEAF?	**Opções:** Entende-se por atividades necessárias o cadastro de demandas de pacientes, logísticas, gerenciais e monitoramento clínico do paciente, conforme detalhado no roteiro de coleta de dados.	100%	Sim para todas as funções	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P13)	4
		50%	Sim para atividades logísticas, cadastro de demandas de pacientes e gerenciais		
		25%	Sim para atividades logísticas e de cadastro de demandas de pacientes		
		0%	Sim apenas para atividades de cadastro de demandas de pacientes		
6.2 O(s) sistema(s) utilizado(s) para registro das atividades do CEAF alimenta(m) a base de dados nacional?	**Opções:** Sim / Não.	100%	Sim	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P14)	3
		0%	Não		
6.3 O(s) sistema(s) interopera(m) com outros sistemas do âmbito municipal (ex. prescrição, prontuário, dispensação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica)?	**Opções:** Sim / Não.	100%	Sim	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P15)	3
		0%	Não		
7. RECURSOS HUMANOS					**10**
7.1 Com que frequência a Gestão Estadual (nível central) oferece atividades de capacitação dos RH envolvidos no CEAF (farmacêuticos e não farmacêuticos)?	**Opções:** Frequência - ao menos uma vez por ano / 2 ou mais vezes ao ano para: A) farmacêuticos; B) profissionais não farmacêuticos	100%	Para farmacêuticos e outros profissionais envolvidos 2 ou mais vezes ao ano	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P16)	10
		50%	Realiza capacitações 2 ou mais vezes ao ano para A e uma vez ao ano para B		
		25%	Realiza capacitações ao menos uma vez ao ano para A e B		
		0%	Não realiza capacitações para A e B; ou realiza apenas uma vez ao ano para A ou B		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Operacional					
8. FINANCIAMENTO					**10**
8.1 O estado tem planejamento orçamentário e disponibilidade financeira capaz de suprir as necessidades de aquisição para o CEAF (grupo 2)?	**Opções:** Cumpre as condições - (A) Há planejamento orçamentário / (B) - Os recursos disponibilizados suprem as necessidades de aquisição necessárias para o grupo 2	100%	Sim, para ambas	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P17)	4
		50%	Sim para (B) e não para (A)		
		25%	Sim para (A) e não para (B)		
		0%	Não para ambas		
8.2 Qual o percentual de faturamentos - Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) glosadas em relação ao total de APAC geradas pela gestão Estadual do CEAF no Estado?	**Fórmula**: Nº de APAC glosadas/ Total de APAC do último ano X 100	100%	Não ou < 5%	Análise documental: Relatórios do sistema informatizado (D9)	3
		50%	5-15%		
		25%	16-30%		
		0%	> 30% ou sem informação		
8.3 A gestão estadual monitora o repasse de recursos federais, referente ao grupo 1B, em relação aos faturamentos gerados?	**Opções**: Sim / Não	100%	Sim	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P18)	3
		0%	Não		
9. PROGRAMAÇÃO / AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS					**10**
9.1 Existe instrumento/método estabelecido para o processo de programação de medicamentos do CEAF (de compra centralizada pelo Ministério da Saúde e de compra pela Gestão Estadual)?	**Opções:** Sim / Não - (A) Compra centralizada pelo Ministério da Saúde / (B) Compra pela Gestão Estadual	100%	Sim, para ambas	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P19)	2
		50%	Sim, apenas para (A) ou para (B)		
		0%	Não para ambas		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
9. PROGRAMAÇÃO / AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS					**10**
9.2 O Estado consegue praticar as desonerações dos tributos (ICMS) na aquisição dos medicamentos do CEAF?	**Opções:** Sempre / Quase Sempre / Algumas vezes / Nunca	100%	Sempre	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P20)	2
		50%	Quase Sempre		
		25%	Algumas vezes		
		0%	Nunca		
9.3 O Estado consegue aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço na aquisição dos medicamentos do CEAF?	**Opções:** Sempre / Quase Sempre / Algumas vezes / Nunca	100%	Sempre	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P21)	2
		50%	Quase Sempre		
		25%	Algumas vezes		
		0%	Nunca		
9.4 Há mecanismos de punição, estabelecidos em editais e/ou contratos, para os fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos? Se sim, são aplicados?	**Opções:** Sim / Não	100%	Existe, e sempre é aplicado	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P22)	2
		50%	Existe, mas nem sempre é aplicado		
		25%	Existe, mas não se aplica		
		0%	Não existe		
9.5 A gestão estadual desenvolve estratégias para enfrentar problemas no processo de aquisição de medicamentos do CEAF?	**Opções:** Sim: estratégias formais (ex. registro de preços, compras emergenciais) e informais (ex. trocas com outro estado, empréstimos) / Não	100%	Sim, com estratégias formais ou ambas	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P23)	2
		50%	Sim, apenas com estratégias informais		
		0%	Não		
10. BOAS PRÁTICAS EM LOGÍSTICA					**10**
10.1 A Gestão Estadual fornece diretrizes visando às boas práticas de transporte de medicamentos para as unidades que desenvolvem atividades do CEAF ?	**Opções:** Sim / Não - (A) Almoxarifado Central / (B) Farmácias	100%	Sim, para ambas	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P24)	2
		50%	Sim, apenas para (A) ou para (B)		
		0%	Não para ambas		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
10. BOAS PRÁTICAS EM LOGÍSTICA					**10**
10.2 Existe um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos para as unidades e fluxo extra cronograma?	**Opções:** Sim / Não - (A) Existência de cronograma de abastecimento / (B) Existência de fluxo de distribuição para grades extra cronograma	100%	Sim para ambas	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P25)	3
		50%	Sim para (A)		
		0%	Não		
10.3 Há inventário físico periódico no almoxarifado central que realiza logística de medicamentos do CEAF?	**Opções:** Sim/ Não. Para preenchimento deste indicador, entende-se por inventário a atividade de contagem e conferência de todos os medicamentos disponíveis em estoque e checagem dos resultados, comparando-os às quantidades informadas no sistema de gestão	100%	Sim	Questionário - Almoxarifado Central (P1)	2
		0%	Não		
10.4 Há inventário físico periódico nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	**Opções:** Sim/ Não. Para preenchimento deste indicador, entende-se por inventário a atividade de contagem e conferência de todos os medicamentos disponíveis em estoque e checagem dos resultados, comparando-os às quantidades informadas no sistema de gestão. **Fórmula:** N° de unidades que fazem inventário físico periódico/N° total de unidades participantes x 100	100%	75-100%	Questionário - unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF (P1)	3
		50%	50-74%		
		25%	25-49%		
		0%	≤ 24%		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
11. DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS					**10**
11.1 Houve falta de medicamentos dos grupos 1B e 2 com desabastecimento superior a um mês consecutivo no último ano?	**Fórmula:** N° de medicamentos do CEAF (grupo 1B e 2) com desabastecimento superior a um mês consecutivo no ano/N° total de medicamentos do elenco estadual do CEAF (grupo 1B e 2) x 100	100%	≤ 24%	Análise documental: Relatórios gerenciais da CAF-SES/SP (D10)	3
		50%	25-49%		
		25%	50-74%		
		0%	75-100%		
11.2 O Estado prevê estoque estratégico nas unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF ou almoxarifado central?	**Opções:** Sim / Não	100%	Sim	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P26)	2
		0%	Não		
11.3 Há avaliação por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para seleção de medicamentos do CEAF por linha de cuidado, visando a elaboração/atualização do elenco estadual? Em quantas reuniões de CFT houve pauta do CEAF no último ano?	**Opções:** Sim / Não. Se sim, número de reuniões em que o CEAF foi pautado no último ano.	100%	Sim, 4 ou mais reuniões por ano	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P27) e Análise documental: Atas de reunião da CFT (D11)	2
		50%	Sim, entre 2 ou 3 reuniões por ano		
		25%	Sim, 1 reunião no ano		
		0%	Não ou CFT sem discussão do CEAF no ano		
11.4 Há atrasos na dispensação de medicamentos por falta de RH e/ou deficiências de infraestrutura para atendimento dos usuários (havendo disponibilidade de medicamentos)?	**Opções:** Escala numeral de 1 a 5, sendo 1 a melhor avaliação (nunca ocorrem atrasos) e 5 a pior avaliação (sempre ocorrem atrasos) **Fórmula:** N° de unidades que responderam 4 e 5 /N° de unidades participantes x 100	100%	≤ 24%	Questionário - unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF (I13)	3
		50%	25-49%		
		25%	50-74%		
		0%	75-100%		
Total de pontos - Dimensão					**110**

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Sustentabilidade					
1. CONTROLE SOCIAL					**10**
1.1 No último ano, questões relativas ao CEAF foram pautadas junto ao Concelho Estadual de Saúde (CES)?	**Opções:** Sim / Não (considerar "não" quando é chamado para prestar contas ou esclarecimentos)	100%	Sim	Análise documental: Pauta (convites) ou atas de reunião (D12)	10
		0%	Não		
2. PERFIL DO GESTOR					**10**
2.1 Existe o cargo de coordenador/diretor/gerente da Assistência Farmacêutica (AF) formalmente instituído e este é responsável pela gestão integral do CEAF (técnica e administrativamente)?	**Opções:** Sim / Não para (a) existência de coordenador/diretor/gerente da AF formalmente instituído; (b) ser responsável pela gestão integral do CEAF	100%	Sim para ambas	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P28) e Análise documental: publicações pertinentes (D13)	5
		50%	Sim para opção (A)		
		0%	Qualquer outra situação		
2.2 O coordenador/diretor/gerente da Assistência Farmacêutica (AF) tem formação na área de gestão e experiência em AF?	**Opções:** para (a) formação na área de gestão ; (b) experiência em AF (≥5 anos de trabalho na área)	100%	Sim para ambas	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P29)	5
		50%	Sim para 1 ou 2		
		0%	Não para ambas		
3. ACESSIBILIDADE					**10**
3.1 Qual é o percentual de pacientes que buscam o AcessaSUS e que são elegíveis ao CEAF?	**Fórmula:** Número de pacientes que procuraram o serviço AcessaSUS em busca de acesso a medicamentos do CEAF/número de pacientes que procuraram o serviço AcessaSUS no mesmo período x 100	100%	≤ 24%	Análise documental: Relatórios de gestão do Projeto AcessaSUS (D14)	3
		50%	25-49%		
		25%	50-74%		
		0%	75-100%		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Sustentabilidade					
3. ACESSIBILIDADE					**10**
3.2 Qual o tempo decorrido (média em dias) entre abertura do processo até a primeira dispensação das 10 doenças mais frequentes no estado?	**Fórmula:** Média de dias corrídos informados pelos farmacêuticos das unidades dispensadoras/N° de farmacêuticos participantes x 100	100%	0 até 5 dias	Questionário - unidades dispensadoras (M1)	4
		75%	6 dias até 20 dias		
		25%	21 até 45 dias		
		0%	Acima de 46 dias		
3.3 O paciente cadastrado no CEAF está sendo atendido (ano)?	**Fórmula:** N° de pacientes cadastrados atendidos/N° de pacientes cadastrados x 100	100%	75% - 100%	Análise documental: Relatórios de gestão Assistência Farmacêutica (D15)	3
		50%	50% - 74%		
		25%	25% - 49%		
		0%	≤ 24%		
4. RELAÇÕES ENTRE SERVIÇOS					**10**
4.1 No último mês foram repassadas orientações, quanto à execução do CEAF, às unidades que desenvolvem atividades do CEAF? O gestor do CEAF (nível central) realiza ações de acompanhamento sobre as atividades de execução do CEAF desenvolvidas por unidades de nível regional?	**Opções**: Para Gestor (nível central): Sim/Não para (a) orientações; (b) ações de acompanhamento	100%	Sim para ambos	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P30 e P31)	2
		50%	Sim para apenas uma		
		0%	Não para ambos		
	Opções: Para os farmacêuticos (nível regional): Sim/Não para (a) orientações; (b) visitas técnicas presenciais para acompanhamento no último ano. **Fórmula (1):** N° de farmacêuticos que informam ter recebido orientações / N° de farmacêuticos participantes x 100. **Fórmula (2):** N° de farmacêuticos que informam receber visitas técnicas / N° de farmacêuticos participantes x 100	100%	≥ 50% para ambos	Questionário - unidades dispensadoras (G2 e G3)	3
		50%	≥ 50% para apenas uma		
		0%	< 50% para ambos		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Sustentabilidade					
4. RELAÇÕES ENTRE SERVIÇOS					**10**
4.2 A gestão estadual discute demandas do CEAF (consultas, exame, absenteísmo, atenção básica) com outros serviços da rede de atenção a saúde?	**Opções:** Sim / Não	100%	Sim	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P32)	5
		0%	Não		
5. ASPECTOS CLÍNICOS					**10**
5.1 A primeira dispensação de medicamentos é realizada pelo farmacêutico?	**Opções:** (a) sim para todos os medicamentos; (b) Sim para Hepatite C e outra(s) patologia(s) específica(s); (c) Sim, apenas para Hepatite C; (d) Não. **Fórmula:** N° de unidades que responderam (a) ou (b) / N° de unidades participantes x 100	100%	75% - 100%	Questionário - unidades dispensadoras (P2)	5
		50%	50% - 74%		
		25%	25% - 49%		
		0%	≤ 24%		
5.2 As condições clínicas à serem monitoradas para dispensação dos medicamentos estabelecidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são registradas de forma padronizada e sistematizada no Estado?	**Fórmula:** N° de PCDT com registros de condição clínica padronizados no sistema/ N° de PCDT vigentes no CEAF	100%	75% - 100%	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central (P33)	5
		50%	50% - 74%		
		25%	25% - 49%		
		0%	≤ 24%		

APÊNDICE C – Protocolo de indicadores para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo (Cont.).

Pergunta	Medida	Pontuação	Parâmetro	Fonte (coleta de dados)	Peso do indicador
Dimensão Sustentabilidade					
6. RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS					**10**
6.1 Foram realizadas pesquisas de satisfação (formal) com os usuários do CEAF no último ano nas unidades dispensadora? As unidades utilizam os dados obtidos pela pesquisa de satisfação para aprimorar seus processos de trabalho?	**Opções:** Sim / Não para (a) realiza pesquisa de satisfação. **Fórmula:** N° de farmacêuticos que realizam pesquisa de satisfação com os usuários / N° de farmacêuticos participantes x 100	100%	75% - 100%	Questionário - unidades dispensadoras	2
		50%	50% - 74%		
		25%	25% - 49%		
		0%	≤ 24%		
	Opções: Sim / Não para (b) utiliza dados obtidos pela pesquisa de satisfação. **Fórmula:** N° de farmacêuticos que utilizam dados da pesquisa de satisfação para aprimorar seus processos de trabalho / N° de farmacêuticos participantes x 100	100%	75% - 100%	Questionário - unidades dispensadoras	3
		50%	50% - 74%		
		25%	25% - 49%		
		0%	≤ 24%		
6.2 Há ouvidoria que permita manifestação do paciente quanto aos serviços prestados pela gestão estadual do CEAF? A gestão utiliza os dados obtidos pela ouvidoria para questões de planejamento?	**Opções:** Sim / Não para: (a) existência de ouvidoria; (b) existência de um fluxo de utilização destes dados.	100%	Sim para (a) e (b)	Roteiro - Gestão Estadual do CEAF - nível central	5
		50%	Sim apenas para (a)		
		0%	Não para ambos		
Total de pontos - Dimensão					**60**
Pontuação total do Protocolo					**250**

APÊNDICE D – Formulário de coleta de dados para o GESTOR.

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO CEAF NO ESTADO DE SÃO PAULO

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS: GESTÃO ESTADUAL DO CEAF (NÍVEL CENTRAL)

Responsável pelo Preenchimento:

Cargo/Função:

Data da coleta de dados:

Pergunta		Resposta
P1	A gestão estadual (do CEAF) participou no último ano:	☐ Conselho Estadual de Saúde ☐ Comissão Intergestores Bipartite ☐ Conferencia Estadual de Saúde ☐ Reuniões para a elaboração/monitoramento do PES ☐ Reuniões técnicas do CONASS
P2	A gestão estadual desenvolveu estratégias ou criou instâncias para a participação dos envolvidos no CEAF (usuários, prescritores, farmacêuticos...) na formulação de políticas e diretrizes do CEAF no último ano?	☐ Consultas Públicas ☐ Atividades com associações de pacientes ☐ Reuniões de planejamento envolvendo farmacêuticos regionais ☐ Outros: _____
P3	Há divulgação da lista de medicamentos em falta e motivo para a população?	☐ Sim, por unidade de dispensação ☐ Sim, de forma geral no Estado ☐ Não <u>Se SIM</u>: De que forma é feita esta divulgação? _____
P4	No último ano houve divulgação dos preços praticados pelo Estado na compra dos medicamentos (grupo 1B e 2) do CEAF para a população?	☐ Sim ☐ Não <u>Se SIM</u>: De que forma é feita esta divulgação? _____
P5	Os dados obtidos de indicadores para o monitoramento das ações relacionadas ao CEAF são utilizados para o planejamento das ações?	☐ Sim ☐ Não ou não possui indicadores de monitoramento

APÊNDICE D – Formulário de coleta de dados para o GESTOR (Cont).

Pergunta		Resposta
P6	Há parcerias com outras instituições para desconcentrar o atendimento dos usuários?	☐ Sim, formalizadas por meio de publicação pertinente; ☐ Sim, sendo que algumas parcerias são formalizadas; ☐ Sim, sendo que nenhuma parceria é formalizada; ☐ Não existem parcerias
P7	A instância responsável pela gestão da Assistência Farmacêutica possui competências que envolvam todas as vertentes de gestão do CEAF (questões técnicas e administrativas)?	☐ Sim ☐ Não
P8	As atividades do CEAF relacionadas ao atendimento dos usuários (solicitações, renovações, dispensações) estão desconcentrados/descentralizados de modo a atendê-los no seu próprio município de residência (unidades estaduais e/ou municipais)?	• Nº de municípios que possuem atendimento aos usuários (solicitações, renovações, dispensações): _____
P9	É realizada a formalização de APAC na dispensação dos medicamentos do Grupo 2?	☐ Sim ☐ Não
P10	A gestão central do CEAF monitora a atualização do alvará sanitário das unidades que movimentam medicamentos do CEAF (farmácias e almoxarifado central)?	☐ Não ☐ Realizada monitoramento de _____ unidades. • Número total de unidades que movimentam medicamentos do CEAF: _____
P11	A gestão central do CEAF monitora a atualização do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) das unidades que movimentam medicamentos do CEAF?	☐ Não ☐ Realizada monitoramento de _____ unidades. • Número total de unidades que movimentam medicamentos do CEAF: _____
P12	A gestão central do CEAF monitora a atualização da certidão de regularidade técnica (CRF) das unidades que movimentam medicamentos do CEAF	☐ Não ☐ Realizada monitoramento de _____ unidades. • Número total de unidades que movimentam medicamentos do CEAF: _____

APÊNDICE D – Formulário de coleta de dados para o GESTOR (Cont).

Pergunta		Resposta
P13	Para quais atividades do CEAF há sistemas informatizados	☐ Cadastro de demandas de paciente (casos novos, renovação e dispensação) ☐ Logísticas (controle de estoque, registro de entradas e saídas de medicamentos) ☐ Gerenciais (relatórios) ☐ Clínicas (monitoramento clínico, parecer de avaliação técnica positivo e negativo)
P14	O(s) sistema(s) utilizado(s) para registro das atividades do CEAF alimenta(m) a base de dados nacional?	☐ Sim ☐ Não
P15	O(s) sistema(s) interopera(m) com outros sistemas do âmbito municipal (ex. prescrição, prontuário, dispensação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica)	☐ Sim ☐ Não
P16	Com que frequência a Gestão Estadual (nível central) oferece atividades de capacitação dos RH envolvidos no CEAF (farmacêuticos e não farmacêuticos)?	Para farmacêuticos ( ) Não oferece atividades de capacitação ( ) Ao menos uma vez por ano ( ) 2 ou mais vezes ao ano Para outros profissionais (não farmacêuticos) ( ) Não oferece atividades de capacitação ( ) Ao menos uma vez por ano ( ) 2 ou mais vezes ao ano
P17	O estado tem planejamento orçamentário e disponibilidade financeira capaz de suprir as necessidades de aquisição para o CEAF (grupo 2)?	☐ Planejamento orçamentário ☐ Disponibilidade financeira
P18	A gestão estadual monitora o repasse de recursos federais, referente ao grupo 1B, em relação aos faturamentos gerados?	☐ Sim ☐ Não
P19	Existe instrumento/método estabelecido para o processo de programação de medicamentos do CEAF?	Para compra centralizada pelo Ministério da Saúde: ☐ Sim ☐ Não Para compra pela Gestão Estadual ☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE D – Formulário de coleta de dados para o GESTOR (Cont).

Pergunta		Resposta
P20	O Estado consegue praticar as desonerações dos tributos na aquisição dos medicamentos do CEAF?	☐ Sempre ☐ Quase Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Nunca
P21	O Estado consegue aplicar o Coeficiente de Adequação de Preço na aquisição dos medicamentos do CEAF?	☐ Sempre ☐ Quase Sempre ☐ Algumas vezes ☐ Nunca
P22	Há mecanismos de punição, estabelecidos em editais e/ou contratos, para os fornecedores que descumprem os critérios estabelecidos? Se sim, são aplicados?	Há mecanismos de punição, estabelecidos em editais: ☐ Sim ☐ Não <u>Se SIM:</u> As punições são aplicadas? ☐ Nunca ☐ Sempre ☐ Algumas vezes
P23	A gestão estadual desenvolve estratégias para enfrentar problemas no processo de aquisição de medicamentos do CEAF?	☐ Sim ☐ Não <u>Se SIM:</u> Quais são as estratégias? ☐ Registro de preços ☐ Compras emergenciais ☐ Trocas com outro Estado ☐ Empréstimos e Doações
P24	A Gestão Estadual fornece diretrizes visando às boas práticas de transporte de medicamentos para as unidades que desenvolvem atividades do CEAF?	Para almoxarifado central: ☐ Sim ☐ Não Para farmácias (em casos de distribuição à outras unidades e remanejamentos): ☐ Sim ☐ Não
P25	Existe um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos para as unidades e fluxo extra cronograma?	Existe cronograma de abastecimento estabelecido: ☐ Sim ☐ Não <u>Se SIM:</u> Existe um fluxo definido para reposição extra cronograma: ☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE D – Formulário de coleta de dados para o GESTOR (Cont).

Pergunta		Resposta
P26	O Estado prevê estoque estratégico nas unidades que desenvolvem atividades de execução do CEAF ou almoxarifado central?	☐ Sim ☐ Não
P27	Há avaliação por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para seleção de medicamentos do CEAF por linha de cuidado, visando a elaboração/atualização do elenco estadual?	☐ Sim ☐ Não
P28	O coordenador/diretor/gerente da Assistência Farmacêutica faz gestão integral CEAF (questões técnicas e administrativas)?	☐ Sim ☐ Não
P29	Perfil do coordenador/diretor/gerente da Assistência Farmacêutica	Tempo de atuação em Assistência Farmacêutica: ☐ < 5 anos ☐ > ou igual a 5 anos Possui formação na área de gestão? ☐ Sim ☐ Não
P30	No último mês foram enviadas orientações, quanto à execução do CEAF, às unidades que desenvolvem atividades do CEAF (por meio de e-mails, reuniões, conferências, entre outros)?	Considerar apenas as orientações proativas e não respostas a questionamentos. ☐ Sim ☐ Não
P31	O gestor do CEAF (nível central) realiza ações de acompanhamento sobre as atividades de execução do CEAF desenvolvidas por unidades de nível regional?	☐ Sim ☐ Não
P32	A gestão estadual discute demandas do CEAF (consultas, exame, absenteísmo, atenção básica) com outros serviços da rede de atenção à saúde?	☐ Sim ☐ Não
P33	As condições clínicas à serem monitoradas para dispensação dos medicamentos estabelecidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são registradas de forma padronizada e sistematizada no Estado?	• Nº de PCDT com registros de condição clínica padronizados no sistema: _____ • Nº de PCDT vigentes no CEAF: _____
P34	Há ouvidoria que permita manifestação do paciente quanto aos serviços prestados pela gestão estadual do CEAF?	☐ Sim ☐ Não <u>Se SIM:</u> A gestão utiliza os dados obtidos pela ouvidoria para questões de planejamento?? ☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE D – Formulário de coleta de dados para o GESTOR (Cont).

ANÁLISE DOCUMENTAL: GESTÃO ESTADUAL DO CEAF (NÍVEL CENTRAL)

Documentos		Avaliação
D1	Plano Estadual de Saúde (PES)	O PES possui ações específicas relacionadas a Assistência Farmacêutica que envolvam questões do CEAF: ☐ Sim ☐ Não
D2	Atas de reuniões de planejamento estratégico específico para o desenvolvimento das ações relacionadas ao CEAF.	Os documentos demonstram que a Gestão Estadual do CEAF: ☐ Realizam reuniões pelo menos uma vez ao ano ☐ Realizam reuniões a cada 2-4 anos ☐ Realizam reuniões com frequência maior que 4 anos ☐ Não realiza planejamento estratégico
D3	Publicações pertinentes que formalizem parcerias com outras instituições para desconcentrar o atendimento aos pacientes	Número de parcerias identificadas:_____ X Número de publicações pertinentes que formalizem as parcerias: _____
D4	Procedimento Operacional Padrão (POP) com fluxo estabelecido para avaliação das solicitações de medicamentos do CEAF no Estado	☐ Não possui Possui documento contemplando: ☐ Fluxo de documentação ☐ Parâmetros clínicos para tomada de decisão ☐ Designação de profissionais e serviços de saúde ☐ Tempo de tramitação do processo
D5	Procedimentos Operacionais Padrão de abrangência Estadual	☐ Não possui Possui documento contemplando as seguintes etapas de execução: ☐ Solicitação e renovação da continuidade do tratamento ☐ Avaliação ☐ Autorização ☐ Dispensação
D6	Publicação de uma instância, na estrutura administrativa da SES, relacionada a Assistência Farmacêutica	☐ Sim ☐ Não
D7	Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite com a pactuação de medicamentos chave (elenco mínimo do grupo 3) para a primeira linha de cuidado do CEAF	☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE D – Formulário de coleta de dados para o GESTOR (Cont).

Documentos		Avaliação
D8	Plano Plurianual (PPA) vigente que contemple investimento para infraestrutura de farmácias (que inclua às que dispensam medicamentos do CEAF)	☐ Sim ☐ Não
D9	Relatórios do sistema informatizado com informações de APAC emitidas x glosadas no ano	• Número de APAC glosadas:_____ • Número total de APAC no último ano: _____
D10	Informações oficiais de faltas da SES com desabastecimento superior a um mês consecutivo no ano	• Número de medicamentos dos grupos 1B e 2 com desabastecimento superior a um mês nas farmácias no período de 1 ano: _____ • Número de medicamentos no elenco Estadual do CEAF (grupo 1B e 2) no período: _____
D11	Atas de reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do último ano	Avaliar esses documentos apenas se a pergunta (P19) for respondida sim. • Número de reuniões em que o CEAF foi pautado: _____
D12	Atas de reunião do Conselho Estadual de Saúde onde questões relativas ao CEAF foram pautadas no último ano, contemplado reunião plenária ou câmaras técnicas específicas	• Número de atas com pauta do CEAF: _____ • Número de atas com pauta onde o CEAF foi chamado apenas para prestar esclarecimentos: _____
D13	Publicação de cargo de coordenador/diretor/gerente da Assistência Farmacêutica (AF)	☐ Sim ☐ Não
D14	Relatórios de gestão do serviço AcessaSUS	• Número de pacientes que procuraram o serviço AcessaSUS, em busca de acesso a medicamentos do CEAF: _____ • Número de pacientes que procuraram o serviço AcessaSUS no período: _____
D15	Relatórios de gestão Assistência Farmacêutica	• Número de pacientes cadastrados no CEAF (ano): _____ • Número de pacientes atendidos (ano): _____

APÊNDICE E – Formulário de coleta de dados para as FARMÁCIAS.

Informações sobre o Participante da Pesquisa

2. **Nome Completo** *

3. **Documento de Identidade** *
Informe o número do seu Registro Geral (RG)

4. **Sexo** *
Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

5. **Local de Nascimento** *
Informe a Cidade e Estado em que nasceu. Ex: São Paulo/SP

6. **Data de Nascimento** *
Exemplo: 15 de dezembro de 2012

7. **Endereço Residencial** *
Rua/Av., número, complementos, Bairro, Cidade, Estado e CEP

8. **Telefone para Contato** *

9. **Farmácia de Medicamentos Especializados que trabalha** *

INICIAR PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Gestão

Quanto à gestão da unidade que desenvolve atividades do CEAF onde atua

10. **G1. Você consegue se comunicar com a gestão da Assistência Farmacêutica central (Coordenadoria de Assistência Farmacêutica) em tempo hábil de resolver os problemas?** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Tenho problemas de comunicação						Não possuo problemas de comunicação

11. **G2. No último mês a unidade recebeu orientações quanto à execução do CEAF pela gestão do nível central (Coordenadoria de Assistência Farmacêutica)?** *
As orientações podem ter sido recebidas por e-mails, reuniões, webconferências, entre outros. Considerar apenas as orientações proativas e não respostas a questionamentos.
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

12. **G3. O gestor do CEAF (nível central) realizou visita técnica (para acompanhar as atividades executadas) na unidade que você trabalha no último ano?** *

Responder o questionamento baseado na sua percepção diante das questões demandadas por meio de relatórios e visitas técnicas.

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Documentação

Quanto à documentação da unidade que desenvolve atividades do CEAF onde atua

13. **D1. Alvará Sanitário** *

Documento emitido pela Vigilância Sanitária

Marcar apenas uma oval.

- Possui e está atualizado
- Possui e está desatualizado
- Não possui

14. **D2. Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS)** *

Marcar apenas uma oval.

- Possui e está atualizado
- Possui e está desatualizado
- Não possui

15. **D3. Certidão de regularidade técnica (CRF)** *

Marcar apenas uma oval.

- Possui e está atualizado
- Possui e está desatualizado
- Não possui

Infraestrutura do Almoxarifado de Medicamentos

Quanto às condições de infraestrutura do almoxarifado de medicamentos da unidade onde atua

16. **I1. Possui climatização (ar condicionado) em todas as áreas que armazena medicamentos** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

17. **I2. Possui Câmara fria e/ou refrigeradores suficientes considerando a demanda** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

18. **I3. TODAS as câmaras fria e/ou refrigeradores que armazenam medicamentos estão LIGADOS a um gerador de energia** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

19. **I4. Possui termohigrêmetro CALIBRADO para todos as câmaras frias e/ou refrigeradores e locais climatizados** *
Selecione apenas os itens que unidade possui no almoxarifado de medicamentos
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

20. **I5. Possui armários, estantes e/ou paletes SUFICIENTES para armazenamento dos medicamentos** *
Selecione apenas os itens que unidade possui no almoxarifado de medicamentos
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

21. **I6. Possui paredes e tetos conservados** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

22. **I7. Possui grades de proteção (segurança) em TODAS as janelas e portas dos locais que possuem medicamentos armazenados** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Infraestrutura do arquivo de documentos (administrativos e de pacientes):

Quando a unidade possuir arquivo INTERNO e EXTERNO (contratado), considerar apenas o INTERNO para responder as questões abaixo:

23. **I8. Possui estantes, armários e/ou prateleiras suficientes para arquivo de documentos e que permitam fácil localização dos mesmos** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

24. **I9. O arquivo está localizado em local arejado, com paredes e tetos conservados** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Infraestrutura do local de atendimento ao paciente possui:

25. **I10. Possui mesas, cadeiras e computadores suficientes para atendimento individualizado para todos os usuários** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

26. **I11. Possui internet** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

27. **I12. Na maioria dos dias (de um mês) possui cadeiras suficientes para a demanda de pacientes em fila de espera** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

28. **I13. Há atrasos na dispensação de medicamentos por falta de RH e/ou deficiências de infraestrutura para atendimento dos usuários (havendo disponibilidade de medicamentos)?** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	◯	◯	◯	◯	◯	Sempre

Procedimentos Operacionais

29. **P1. Há inventário físico periódico do almoxarifado?** *
Entende-se por inventário físico a atividade de contagem e conferência de todos os medicamentos disponíveis em estoque e checagem dos resultados, comparando-os às quantidades informadas no sistema de gestão
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

30. **Se a unidade realiza inventário físico periódico, informe qual a periodicidade estabelecida:** *
Marcar apenas uma oval.

- Uma vez ao mês ou mais
- Trimestralmente
- Semestralmente
- Outro: _____

31. **P2. A primeira dispensação de medicamentos é realizada pelo farmacêutico?** *
Dispensação é o ato de assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada; que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto e que seja embalado de forma a preservar a qualidade do produto.
Marcar apenas uma oval.

- Sim para todos os medicamentos
- Sim para Hepatite C e outra(s) patologia(s) específica(s)
- Sim, apenas para Hepatite C
- Não

32. **P3. A unidade realizou pesquisa de satisfação junto aos usuários do CEAF no último ano?** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

33. **A unidade utiliza os dados obtidos pela pesquisa de satisfação para aprimorar seus processos de trabalho?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- NÃO REALIZOU PESQUISA DE SATISFAÇÃO NO ÚLTIMO ANO

M1. MÉDIA de dias corridos entre a abertura do processo de solicitação de medicamentos até a primeira dispensação para o paciente das 10 morbidades mais frequentes:

Considerando sua experiência na execução do CEAF, indique a MÉDIA de dias que a unidade leva desde a abertura do processo até realizar a primeira dispensação ao paciente (INCLUINDO NA MÉDIA O TEMPO DE DISPENSAÇÃO AO PACIENTE QUE RECEBE PELO MUNICÍPIO).

34. **Dislipidemia para prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite** *

Marcar apenas uma oval.

- 0 até 5 dias
- 6 dias até 20 dias
- 21 até 45 dias
- Acima de 46 dias
- Não dispenso medicamentos para esta doença

35. **Esquizofrenia** *

Marcar apenas uma oval.

- 0 até 5 dias
- 6 dias até 20 dias
- 21 até 45 dias
- Acima de 46 dias
- Não dispenso medicamentos para esta doença

36. **Asma** *

Marcar apenas uma oval.

- 0 até 5 dias
- 6 dias até 20 dias
- 21 até 45 dias
- Acima de 46 dias
- Não dispenso medicamentos para esta doença

37. **Glaucoma** *

Marcar apenas uma oval.

- 0 até 5 dias
- 6 dias até 20 dias
- 21 até 45 dias
- Acima de 46 dias
- Não dispenso medicamentos para esta doença

APÊNDICE E – Formulário de coleta de dados para as FARMÁCIAS (Cont).

38. **Doença de Alzheimer** *
Marcar apenas uma oval.

- 0 até 5 dias
- 6 dias até 20 dias
- 21 até 45 dias
- Acima de 46 dias
- Não dispenso medicamentos para esta doença

39. **Síndrome nefrótica** *
Marcar apenas uma oval.

- 0 até 5 dias
- 6 dias até 20 dias
- 21 até 45 dias
- Acima de 46 dias
- Não dispenso medicamentos para esta doença

40. **Artrite Reumatoide** *
Marcar apenas uma oval.

- 0 até 5 dias
- 6 dias até 20 dias
- 21 até 45 dias
- Não dispenso medicamentos para esta doença

41. **Osteoporose** *
Marcar apenas uma oval.

- 0 até 5 dias
- 6 dias até 20 dias
- 21 até 45 dias
- Acima de 46 dias
- Não dispenso medicamentos para esta doença

42. **Imunossupressão em transplantados** *
Marcar apenas uma oval.

- 0 até 5 dias
- 6 dias até 20 dias
- 21 até 45 dias
- Não dispenso medicamentos para esta doença

43. **Doença de Parkinson** *
Marcar apenas uma oval.

- 0 até 5 dias
- 6 dias até 20 dias
- 21 até 45 dias
- Acima de 46 dias
- Não dispenso medicamentos para esta doença

S1. Assinale as doenças e/ou medicamentos que existam PELO MENOS UM Serviço(s) de Referência e/ou pólo(s) de aplicação assistida na região de abrangência do Departamento Regional de Saúde em que está localizada a sua unidade, permitindo o referenciamento dos pacientes atendidos

Considera-se Serviços de Referência as unidades que ofertam serviços de saúde especializados e continuados a grupos específicos, como por exemplo, o monitoramento de tratamentos e a aplicação de medicamentos

44. **Serviço de Referência / Pólo de Aplicação de TOXINA BOTULÍNICA** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não dispenso este medicamento

45. **Serviço de Referência de Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP)** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não dispenso medicamentos para esta doença

46. **Serviço de Referência / Pólo de Aplicação de IMUNOBIOLÓGICOS (Ex. Artrite Reumatóide)** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não dispenso estes medicamentos

47. **Serviço de Referência de Hemodiálise** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não dispenso estes medicamentos

48. **Serviço de Referência de Hepatites** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não dispenso medicamentos para esta doença

APÊNDICE F – Formulário de coleta de dados para o ALMOXARIFADO CENTRAL.

Informações sobre o Participante da Pesquisa

2. **Nome Completo** *

3. **Documento de Identidade** *
Informe o número do seu Registro Geral (RG)

4. **Sexo** *
Marcar apenas uma oval.
- Feminino
- Masculino

5. **Local de Nascimento** *
Informe a Cidade e Estado em que nasceu. Ex: São Paulo/SP

6. **Data de Nascimento** *
Exemplo: 15 de dezembro de 2012

7. **Endereço Residencial** *
Rua/Av., número, complementos, Bairro, Cidade, Estado e CEP

8. **Telefone para Contato** *

9. **Almoxarifado onde trabalha** *

INICIAR PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Gestão
Quanto à gestão do almoxarifado que faz logística de medicamentos do CEAF

10. **G1. Você consegue se comunicar com a gestão da Assistência Farmacêutica central (CAF-SES/SP) em tempo hábil de resolver os problemas?** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Tenho problemas de comunicação	◯	◯	◯	◯	◯	Não possuo problemas de comunicação

Documentação
Quanto à documentação do almoxarifado que faz logística de medicamentos do CEAF

11. **D1. Alvará Sanitário** *
Documento emitido pela Vigilância Sanitária
Marcar apenas uma oval.
- Possui e está atualizado
- Possui e está desatualizado
- Não possui

APÊNDICE F – Formulário de coleta de dados para o ALMOXARIFADO CENTRAL (Cont).

12. **D2. Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS)** *
Marcar apenas uma oval.

- Possui e está atualizado
- Possui e está desatualizado
- Não possui

13. **D3. Certidão de regularidade técnica (CRF)** *
Marcar apenas uma oval.

- Possui e está atualizado
- Possui e está desatualizado
- Não possui

Infraestrutura do Almoxarifado de Medicamentos

Quanto às condições de infraestrutura do almoxarifado que faz logística de medicamentos do CEAF

14. **I1. Possui climatização (ar condicionado) em todas as áreas que armazena medicamentos** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

15. **I2. Possui câmara fria e/ou refrigeradores suficientes considerando a demanda** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

16. **I3. TODAS as câmaras fria e/ou refrigeradores que armazenam medicamentos estão LIGADOS a um gerador de energia** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

17. **I4. Possui termohigrêmetro CALIBRADO para todos as câmaras frias e/ou refrigeradores e locais climatizados** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

18. **I5. Possui armários, estantes e/ou paletes SUFICIENTES para armazenamento dos medicamentos** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

19. **I6. Possui paredes e tetos conservados** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

20. **I7. Possui sistema de segurança do almoxarifado central apropriado** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

APÊNDICE F – Formulário de coleta de dados para o ALMOXARIFADO CENTRAL (Cont).

Infraestrutura do arquivo de documentos (administrativos):

Quando a unidade possuir arquivo INTERNO e EXTERNO (contratado), considerar apenas o INTERNO para responder as questões abaixo:

21. **I8. Possui estantes, armários e/ou prateleiras suficientes para arquivo de documentos e que permitam fácil localização dos mesmos** *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

22. **I9. Está localizado em local arejado, com paredes e tetos conservados** *
Selecione apenas os itens que unidade possui na área de arquivo de documentos
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Procedimentos Operacionais

23. **P1. Há inventário físico periódico do almoxarifado?** *
Entende-se por inventário a atividade de contagem e conferência de todos os medicamentos disponíveis em estoque e checagem dos resultados, comparando-os às quantidades informadas no sistema de gestão
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

24. **Se a unidade realiza inventário físico periódico, informe qual a periodicidade estabelecida:** *
Marcar apenas uma oval.

- Uma vez ao mês ou mais
- Trimestralmente
- Semestralmente
- Outro: _____

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – FCF-USP nº 1.744.740, em 26 de setembro de 2016 (Fonte: Sistema Plataforma Brasil).

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Pesquisador: Silvia Storpirtis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57094616.3.0000.0067

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.744.740

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória. O desenvolvimento será realizado em quatro etapas: (I) Pesquisa bibliográfica relacionada à Assistência Farmacêutica; (II) Validação de conteúdo da matriz avaliativa para a realidade do Estado de São Paulo – Técnica de Grupo Nominal (TGN) que envolverá 12 especialistas para a validação das variáveis. O encontro do Grupo Nominal será realizado em duas fases. A fase I será constituída pela validação da matriz de indicadores, quanto à sua pergunta e medida, e a fase II pela validação da matriz de julgamento e dos instrumentos de coleta de dados, com base na versão de indicadores validados na fase I. A fase I e II do estudo serão realizadas em dois momentos (rodadas): 1ª rodada - consistirá no envio eletrônico da versão inicial dos documentos aos especialistas para análise e julgamento inicial; 2ª rodada - acontecerá em oficina presencial, apresentando-se a consolidação da votação inicial, discussão sobre respostas dos participantes na avaliação inicial e revisão individual da avaliação inicial. Com as notas obtidas na 2ª rodada será possível a verificação de consenso e elaboração dos instrumentos segundo a percepção dos especialistas, quanto à sua aplicabilidade no Estado de São Paulo. (III) Validação aparente da matriz avaliativa no Estado de São Paulo (aplicação de instrumentos) - A pesquisadora aplicará a matriz avaliativa, validada quanto ao conteúdo, no

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Bairro: Butantã **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-3622 **Fax:** (11)3091-8086 **E-mail:** cepfcf@usp.br

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – FCF-USP nº 1.744.740, em 26 de setembro de 2016 (Fonte: Sistema Plataforma Brasil) (Cont.).

Estado de São Paulo,considerando as diretrizes para a pesquisa de campo (instrumento de coleta de dados), após obtenção do consenso pelo grupo de especialistas pela TGN. Os instrumentos de coleta de dados validados pelo grupo nominal de especialistas poderão ser do tipo questionários com questões abertas e fechadas, formulário (check list), análise de documentos institucionais e entrevista semiestruturadas. O trabalho de campo será realizado no Estado de São Paulo e deverá contemplar todo o âmbito da organização do CEAF (Componente Especializado de Assistência Farmacêutica), por intermédio da SES/SP. A coleta de dados será realizada em unidades de saúde dispensadoras de medicamentos do CEAF (onde estarão envolvidos farmacêuticos responsáveis pelas farmácias), coordenadores da Assistência Farmacêutica e os gestores diretos do CEAF da SES/SP. Os entrevistados no trabalho de campo serão selecionados por critério de intencionalidade, tendo como norteador as diretrizes para a pesquisa de campo validadas pelo grupo de especialistas na TGN. (IV) Avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo - Fundamentada na análise crítica dos resultados obtidos, com a aplicação da matriz avaliativa, analisando as fragilidades e as potencialidades do desenvolvimento da gestão estadual do CEAF, não tendo propósito de concluir se a gestão é "boa" ou "ruim", mas, sim, analisá-la como processo que se encontra em diferentes estágios de evolução, na perspectiva de apontar para o aprimoramento do processo e dos pontos que possam ser corrigidos ao longo do programa ou da política de gestão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a capacidade de gestão do CEAF (Componente Especializado de Assistência Farmacêutica) no Estado de São Paulo sob os aspectos organizacional, operacional e de sustentabilidade. Objetivo Secundário: I. Validar uma matriz avaliativa para capacidade de gestão do CEAF, considerando a realidade do Estado de São Paulo. II. Aplicar instrumentos validados para a avaliação da capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo. III. Avaliar a capacidade de gestão do CEAF no Estado de São Paulo, analisando as fragilidades e potencialidades do desenvolvimento da gestão estadual do CEAF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos de pesquisa mínimos. Não são esperados problemas de qualquer tipo durante a participação dos sujeitos de pesquisa.

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Bairro: Butantã **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-3622 **Fax:** (11)3031-8086 **E-mail:** cepfcf@usp.br

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – FCF-USP nº 1.744.740, em 26 de setembro de 2016 (Fonte: Sistema Plataforma Brasil) (Cont).

Benefícios indiretos: Os resultados obtidos contribuirão para ações governamentais que buscam maximizar os pontos fortes, e minimizar fragilidades e deficiências, buscando o aperfeiçoamento do gerenciamento do CEAF, que impactam diretamente nos resultados obtidos pela AF da SES/SP. Além disso, os resultados do estudo terão potencial de disseminação para a comunidade científica, gestores e profissionais da saúde,bem como possível aplicação no SUS e em outros Estados da Federação, o que torna esta proposta relevante do ponto de vista da Saúde Pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto redigido de forma adequada e foi aprovado no Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq 14/2013 (Processo 474203/2013-1), Edital PPSUS/SESSC 07/2013 e tem aprovação do Comitê de Ética da UFSC (Parecer nº 712.031) e será respaldado pela FCF/USP. Envolve pesquisadores de outras instituições representado pela Professora Silvana Nair Leite (UFSC)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos exigidos foram apresentados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Sem inadequações/pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP entende que o projeto de pesquisa pode ser considerado aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_723982.pdf	22/08/2016 16:33:25		Aceito
Outros	CARTA_CORRECAO.pdf	22/08/2016 16:32:18	Silvia Storpirtis	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_712031.pdf	22/08/2016 16:31:54	Silvia Storpirtis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Termo_de_Compromisso_Versao_2.docx	22/08/2016 16:31:03	Silvia Storpirtis	Aceito

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Bairro: Butantã **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-3622 **Fax:** (11)3091-8988 **E-mail:** cepfcf@usp.br

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – FCF-USP nº 1.744.740, em 26 de setembro de 2016 (Fonte: Sistema Plataforma Brasil) (Cont).

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.744.740

Justificativa de Ausência	Termo_de_Compromisso_Versao_2.docx	22/08/2016 16:31:03	Silvia Storpirtis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Versao_2.docx	22/08/2016 16:30:49	Silvia Storpirtis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Aval_Capac_Gest_CEAF_Est_SP.pdf	10/06/2016 18:03:52	Silvia Storpirtis	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Avaliacao_Gestao_CEAF.PDF	10/06/2016 18:02:10	Silvia Storpirtis	Aceito
Outros	Descricao_Equipe_Pesquisa.pdf	08/06/2016 20:16:29	Silvia Storpirtis	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Participacao_Marina_Rover.pdf	08/06/2016 20:12:35	Silvia Storpirtis	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Participacao_Silvana_Nair_Leite.pdf	08/06/2016 20:12:23	Silvia Storpirtis	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Participacao_Karina_Martins.pdf	08/06/2016 20:12:15	Silvia Storpirtis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_ANUENCIA_SES.pdf	08/06/2016 20:11:30	Silvia Storpirtis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_ANUENCIA_FCF.pdf	08/06/2016 20:10:45	Silvia Storpirtis	Aceito
Cronograma	Cronograma_Projeto.pdf	08/06/2016 20:10:31	Silvia Storpirtis	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 26 de Setembro de 2016

Assinado por:
Cristina Northfleet de Albuquerque
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Bairro: Butantã **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-3622 **Fax:** (11)3091-8986 **E-mail:** cepfcf@usp.br

ANEXO B – Ficha do Aluno (Fonte: Sistema Janus-USP).

Janus - Sistema Administrativo da Pós-Graduação

Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

9139 - 7491846/1 - Karina de Oliveira Fatel Martins

Email:	karinafatel@usp.br
Data de Nascimento:	14/01/1988
Cédula de Identidade:	RG - 42.120.880-6 - SP
Local de Nascimento:	Estado de São Paulo
Nacionalidade:	Brasileira
Graduação:	Farmacêutico - Universidade São Judas Tadeu - São Paulo - Brasil - 2010

Curso:	Mestrado
Programa:	Fármaco e Medicamentos
Área:	Produção e Controle Farmacêuticos
Data de Matrícula:	05/02/2016
Início da Contagem de Prazo:	05/02/2016
Data Limite para o Depósito:	06/08/2018
Orientador:	Prof(a). Dr(a). Silvia Storpirtis - 05/02/2016 até o presente. Email: sstor@usp.br
Proficiência em Línguas:	Inglês, Aprovado em 05/02/2016
Data de Aprovação no Exame de Qualificação:	Aprovado em 22/03/2017
Data do Depósito do Trabalho:	
Título do Trabalho:	
Data Máxima para Aprovação da Banca:	
Data de Aprovação da Banca:	
Data Máxima para Defesa:	
Data da Defesa:	
Resultado da Defesa:	
Histórico de Ocorrências:	Primeira Matrícula em 05/02/2016

Aluno matriculado no Regimento da Pós-Graduação USP (Resolução nº 6542 em vigor a partir de 20/04/2013).
Última ocorrência: Matrícula de Acompanhamento em 17/07/2018
Impresso em: 25/07/2018 16:14:46

ANEXO C – Ficha do Aluno (Fonte: Sistema Janus-USP) (Cont).

Janus - Sistema Administrativo da Pós-Graduação

Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

9139 - 7491846/1 - Karina de Oliveira Fatel Martins

Sigla	Nome da Disciplina	Início	Término	Carga Horária	Cred.	Freq.	Conc.	Exc.	Situação
EAP5002-1/4	Administração Estratégica (Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - Universidade de São Paulo)	01/03/2016	24/06/2016	120	8	87	A	N	Concluída
FBF5777-3/6	Tópicos Gerais de Fármaco e Medicamentos I	10/03/2016	30/06/2016	45	3	93	A	N	Concluída
PSP5500-1/1	Avaliação de Serviços e Sistemas Locais de Saúde (Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo)	05/04/2016	13/06/2016	60	4	100	A	N	Concluída
ENC5940-1/2	Métodos Psicométricos na Pesquisa em Saúde (Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo)	11/08/2016	20/10/2016	90	6	100	B	N	Concluída
FBA5728-4/4	Aprimoramento Pedagógico	30/05/2017	26/06/2017	60	4	87	A	N	Concluída

	Créditos mínimos exigidos		Créditos obtidos
	Para exame de qualificação	Para depósito da dissertação	
Disciplinas:	0	25	25
Estágios:			
Total:	0	25	25

Créditos Atribuídos à Dissertação: 71

Conceito a partir de 02/01/1997:
A - Excelente, com direito a crédito; B - Bom, com direito a crédito; C - Regular, com direito a crédito; R - Reprovado; T - Transferência.

Um(1) crédito equivale a 15 horas de atividade programada.

Última ocorrência: Matrícula de Acompanhamento em 17/07/2018
Impresso em: 25/07/2018 16:14:47

Janus - Sistema Administrativo da Pós-Graduação

Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

9139 - 7491846/1 - Karina de Oliveira Fatel Martins

Comissão julgadora da dissertação de mestrado:			
NUSP	Nome	Vínculo	Função
51449	Silvia Storpirtis	FCF - USP	Presidente

Última ocorrência: Matrícula de Acompanhamento em 17/07/2018
Impresso em: 25/07/2018 16:14:47