



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**PATRÍCIA DE SOUSA FREITAS**

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO ESTADO DE  
MATO GROSSO: UMA PROPOSTA DE MONITORAMENTO  
E AVALIAÇÃO**

Salvador  
2013

**PATRÍCIA DE SOUSA FREITAS**

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO ESTADO DE  
MATO GROSSO: UMA PROPOSTA DE MONITORAMENTO  
E AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Avaliação de Tecnologias em Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Guadalupe Medina

Salvador  
2013

## **Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

F866a Freitas, Patrícia de Sousa.

Assistência farmacêutica básica no estado de mato Grosso: uma proposta de monitoramento e avaliação. / Patrícia de Sousa Freitas. – 2013.

91 f.; 30 cm.

Orientadora: Maria Guadalupe Medina.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Salvador, 2013

Inclui bibliografia e anexos

1. Avaliação em saúde. 2. Assistência farmacêutica básica. 3. Indicadores da assistência farmacêutica. 4. Modelos teóricos. 5. Monitoramento I. Título.

CDU 615:614.2(817.2)

**Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.**

**PATRÍCIA DE SOUSA FREITAS**

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO ESTADO DE  
MATO GROSSO: UMA PROPOSTA DE MONITORAMENTO  
E AVALIAÇÃO**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data da Defesa: 21 de Março de 2013

**BANCA EXAMINADORA**

Dra. Maria Guadalupe Medina – Orientadora \_\_\_\_\_  
Mestrado em Saúde Comunitária e Doutorado em Saúde Pública (ISC-UFBA).  
Universidade Federal da Bahia

Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães - Examinador Externo \_\_\_\_\_  
Núcleo de Pós Graduação em Administração da Escola de Administração da UFBA

Dra. Lígia Maria Vieira da Silva - Examinador Interno \_\_\_\_\_  
Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo. Realizou Pós-Doutorado na Universidade de Montreal, Canadá e Estágio Sênior no Centro de Sociologia Europeia (CSE) em Paris.  
Universidade Federal da Bahia

À minha querida mãe, meu amparo, minha fortaleza, minha  
guia, com todo meu carinho e gratidão.

À minha amada filha com todo meu amor.

## AGRADECIMENTOS

À Minha orientadora Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maria Guadalupe Medina, pela capacidade de instigar, dialogar e de dar liberdade de criação, e ainda pela paciência e apoio dado em todo o processo de construção deste trabalho.

À Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso que proporcionou a execução deste mestrado profissional.

Aos especialistas que colaboraram para a criação deste instrumento através do método de consenso com consulta a especialistas.

Aos colegas de mestrado pela força e parceria de discussões na construção deste trabalho.

À colega de trabalho Vânia dos Santos pela revisão dos textos e pela disponibilidade de acompanhamento na conclusão deste estudo.

Enfim a todos que direta ou indiretamente colaboraram na conclusão deste trabalho.

FREITAS, Patrícia de Sousa. *A Assistência Farmacêutica Básica no Estado de Mato Grosso: uma proposta de Monitoramento e Avaliação*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

## RESUMO

A assistência farmacêutica enquanto componente do sistema de saúde é determinante para a efetividade da atenção e dos serviços de saúde, pois tem importante papel na prevenção de doenças e na recuperação de grande parte das enfermidades. Os poucos estudos sobre o assunto têm mostrado, entretanto, que o setor da assistência farmacêutica é ineficiente, com gasto de recurso crescente e pouca qualidade na prestação do serviço. A instituição do monitoramento e avaliação no setor pode auxiliar na melhoria da qualidade dos serviços prestados e na implementação das políticas farmacêuticas, ao assegurar o acompanhamento das ações realizadas e a adoção de medidas para enfrentamento das dificuldades e problemas, porém, ainda hoje, não há nenhum instrumento voltado especificamente para a assistência farmacêutica no país. Visando preencher esta lacuna, este trabalho apresenta uma proposta metodológica para o monitoramento e para avaliação da assistência farmacêutica básica municipal. Para o desenvolvimento da proposta, foi construído um modelo teórico-lógico tendo por componentes as ações estratégicas que compõem o ciclo da assistência farmacêutica, além do componente transversal "institucionalização". Na matriz de dimensões e critérios do modelo, foram definidos vários critérios e padrões para cada componente, organizados nas dimensões "gestão" e "práticas". A construção do modelo baseou-se na análise de documentos relacionados à execução do programa de assistência farmacêutica na atenção básica, manuais e normas técnicas do Ministério da Saúde, legislação sanitária relacionada e legislação que regulamenta o exercício da profissão farmacêutica. A matriz foi submetida à consulta com especialistas, reformulada, sendo, então, elaborado o protocolo de aplicação da proposta.

**Palavras chave:** Avaliação em saúde; assistência farmacêutica básica; indicadores da assistência farmacêutica; Modelos teóricos; monitoramento.

FREITAS, Patrícia de Sousa. The Basic Pharmaceutical Assistance in the State of Mato Grosso: a proposal for Monitoring and Evaluation. Dissertation (Masters in Public Health) Public Health Institute, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

## ABSTRACT

Pharmaceutical care as a component of the health system is crucial to the effectiveness of care and health services, as this plays an important role in disease prevention and the recovery of most diseases. The few studies on the subject have shown, however, that the sector of pharmaceutical care is inefficient, with spending increasing use of poor quality and in service delivery. The establishment of monitoring and evaluation in the sector can help to improve the quality of services and implementation of pharmaceutical policies, to ensure monitoring of actions taken and the adoption of measures for coping with difficulties and problems, but still, there is no instrument designed specifically for pharmaceutical care in the country. Aiming to fill this gap, this paper presents a methodology for monitoring and evaluation of pharmaceutical care for basic municipal. For the development of the proposal, we built a theoretical model-logical component by taking strategic actions that make up the cycle of pharmaceutical care, in addition to the transverse "institutionalization." In the matrix of criteria and dimensions of the model have been defined several criteria and standards for each component, organized in dimensions "management" and "practical." The construction of the model was based on analysis of documents related to the program of pharmaceutical care in primary care, manuals and technical standards of the Ministry of Health, health legislation and related laws governing the profession of pharmacy. The matrix was subjected to consultation with experts, reformulated, and then prepared the application of the proposed protocol.

**Keywords:** Health services evaluation; Pharmaceutical Service; Healthcare Quality Indicators; Theoretical Models; Process Assessment.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Ciclo da Assistência Farmacêutica.....	22
Figura 2. Modelo Teórico-Lógico da Assistência Farmacêutica Básica. Dimensões: Gestão e Práticas.....	41
Figura 3 - Modelo teórico-lógico da assistência farmacêutica básica: Atividades.....	78
Figura 4 - Fluxo para escolha dos municípios prioritários de visita técnica.....	82
Gráfico 1 - Representação gráfica da Média e Desvio Padrão das pontuações dadas aos critérios de Monitoramento e Avaliação da assistência farmacêutica básica pelos especialistas.....	36
Quadro 1 - Componente do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, programas e responsabilidades dos entes federados, BRASIL, 2010.....	25
Quadro 2 - Documentos que normalizam a assistência farmacêutica no Brasil.....	34
Quadro 3 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente seleção.....	44
Quadro 4 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Programação.....	49
Quadro 5 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Aquisição.....	53
Quadro 6 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Armazenamento.....	61
Quadro 7 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Distribuição.....	69
Quadro 8- Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Dispensação.....	73
Quadro 9 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Institucionalização.....	76
Quadro 10 - Quadro das Justificativas e observações dos especialistas por componente.....	123
Quadro 11 - Lista de documentos necessários para monitoramento e avaliação por critério.....	144

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Demonstrativo da participação de especialistas na técnica de consenso por consulta a especialistas .....	36
Tabela 2 - Pontuações máximas por componente e dimensão da matriz de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica.....	37
Tabela 3 - Matriz com as pontuações dos especialistas e médias e desvio padrão .....	120

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CRF	Conselho Regional de Farmácia
DCB	Denominação Comum Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>21</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1. ELEMENTOS TEÓRICOS PARA A AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA MUNICIPAL.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1.1. O conceito e o ciclo da assistência farmacêutica básica .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1.2. Gestão, organização e financiamento da assistência farmacêutica no Brasil: as responsabilidades no âmbito da atenção primária.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1.3. Bases legais da assistência farmacêutica básica.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1.4. Monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2. ETAPAS DA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA PARA O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA.....</b>	<b>32</b>
<b>3.2.1. Etapa 1 - construção do modelo teórico-lógico da assistência farmacêutica básica.....</b>	<b>32</b>
<b>3.2.2. Etapa 2 – elaboração do protocolo de monitoramento e avaliação.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2.3. Etapa 3 – elaboração da estratégia de implementação .....</b>	<b>39</b>
<b>4. PROPOSTA METODOLÓGICA PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO NÍVEL MUNICIPAL.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1. MODELO TEÓRICO-LÓGICO .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.1. Seleção de medicamentos .....</b>	<b>42</b>
<b>4.1.3. Programação .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1.4. Aquisição .....</b>	<b>51</b>
<b>4.1.5. Armazenamento.....</b>	<b>58</b>
<b>4.1.6. Distribuição .....</b>	<b>68</b>
<b>4.1.6. Dispensação .....</b>	<b>71</b>
<b>4.1.7. Institucionalização .....</b>	<b>75</b>
<b>4.2. O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA.....</b>	<b>78</b>
<b>4.2.1. 1ª Etapa – Coleta Preliminar de Dados .....</b>	<b>80</b>
<b>4.2.2. 2ª Etapa – análise dos dados enviados pelos municípios aos escritórios regionais de saúde .....</b>	<b>81</b>
<b>4.2.3. 3ª Etapa – solicitação de envio de documentos pelos municípios .....</b>	<b>82</b>

<b>4.2.4. 4ª Etapa – visita técnica.....</b>	<b>83</b>
<b>5. ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA.....</b>	<b>86</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>87</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>89</b>

## APRESENTAÇÃO

O monitoramento e avaliação das ações de assistência farmacêutica básica são processos que devem ser instituídos visando o melhor desempenho do setor, e o apoio à formulação de políticas farmacêuticas em qualquer nível dos sistemas de saúde.

A motivação para realizar este trabalho se deu pela minha inserção no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, oferecido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, por solicitação da Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) e dado o precário conhecimento do setor de assistência farmacêutica no nível central e regional do Estado do Mato Grosso em relação à organização e execução da assistência farmacêutica básica nos municípios do Estado.

O setor de assistência farmacêutica do Estado encontra diversas dificuldades na realização de monitoramento e avaliação, em primeiro lugar pela inexistência de um protocolo que possa orientar o desenvolvimento de atividades nessa direção e ainda porque este campo, para a saúde, é novo e os processos de monitoramento e avaliação em serviço ainda não estão instituídos.

O Mestrado Profissional em tese tem área de concentração em avaliação de tecnologias de saúde, sendo o presente estudo uma etapa para a conclusão deste. Por se tratar de um mestrado profissional, o produto do curso, pautado em bases científicas, deve estar articulado diretamente às práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, contribuindo com a melhoria do seu exercício.

Sendo assim este trabalho objetiva a criação de uma proposta metodológica de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica dos municípios, conduzida em nível Estadual e Regional. O monitoramento e avaliação visam auxiliar o processo de qualificação dos serviços farmacêuticos nos Municípios e Estado, a ampliação da qualidade do acesso ao medicamento, e ainda a superação da pulverização das ações de assistência farmacêutica, bem como dar suporte à implementação da política de medicamentos e assistência farmacêutica no Estado.

O estudo está assim apresentado: introdução, objetivos, metodologia com os elementos teóricos para a avaliação da assistência farmacêutica, o método proposto para o monitoramento e avaliação e considerações finais.

A introdução abordou o papel da assistência farmacêutica para o sistema de saúde, as ações que envolvem o setor, a problemática da organização e execução das ações da assistência farmacêutica no país e no Estado assim como a falta de dados sobre o setor, justificando a importância do estudo. Na metodologia trabalhamos os elementos teóricos, e delineamos os passos para criação da proposta para o monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica.

Os elementos teóricos para a avaliação da assistência farmacêutica básica municipal foram trabalhados da seguinte forma: apresentamos o conceito e o ciclo da assistência farmacêutica, descrevemos as formas de gestão, organização e financiamento da assistência farmacêutica básica no Brasil, focando nas responsabilidades no âmbito da atenção primária, buscamos relatar de forma breve as bases legais que envolvem o setor de assistência farmacêutica, apresentamos sucintamente os conceitos de monitoramento e a avaliação, os processos envolvidos, e a situação da assistência farmacêutica nesta área. Entendemos serem estes os elementos relevantes para a criação da proposta de monitoramento e avaliação pautada na normalização do setor.

Por fim apresentamos então a proposta para monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica que foi assim composta: Modelo lógico da intervenção – diagrama e matriz de análise – protocolo do monitoramento e avaliação e estratégias de implantação.

## 1. INTRODUÇÃO

O direito ao acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde foi fortemente defendido na Reforma Sanitária brasileira. A atual Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde estabelecem que as ações de assistência farmacêutica sejam um direito de todos e um dever do Estado. Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a assistência farmacêutica é determinante para a efetividade da atenção e dos serviços de saúde, pois compreende um conjunto de ações que tem o medicamento como insumo essencial, tendo este importante papel na prevenção de doenças e na recuperação de grande parte das enfermidades (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; CONASS, 2007).

Estes conjuntos de ações que envolvem a assistência farmacêutica compõem um ciclo, chamado de ciclo da assistência farmacêutica, constituído pelos seguintes elementos: seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento, dispensação, acompanhamento e avaliação da utilização. A correta organização e execução destas ações do ciclo permitem o maior acesso ao medicamento e o seu uso racional com a perspectiva de obtenção de resultados concretos na qualidade e integralidade do cuidado prestado à população (MARIN, et.al. 2003).

Neste sentido em 1998 a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi implantada no serviço público de saúde brasileiro, tendo como diretriz a reorientação da assistência farmacêutica voltada para a ampliação do acesso, a garantia de qualidade e segurança dos medicamentos e a descentralização da gestão da assistência farmacêutica. Ao tempo em que a descentralização ampliou a autonomia e o poder dos municípios, estudos demonstram organizações desarticuladas e desestruturadas, com deficiência de recursos humanos e infraestrutura e processos de trabalhos ineficientes (BRASIL, 2006c; COSENDEY, 2000; FRAGA, 2005; BARRETO E GUIMARÃES, 2010).

Para que a assistência farmacêutica seja efetiva enquanto política pública e suas ações alcancem as suas finalidades essenciais, faz-se necessário o desenvolvimento de mecanismos sistemáticos de monitoramento e avaliação (WHO, 1999). A produção de metodologias e indicadores para monitorar resultados orienta o processo de formulação e implementação da política (PAIM, 2006).

Segundo Paim (2006), o Estado deve formular políticas com o objetivo de alcançar a integralidade das ações, credibilidade dos serviços, melhora na qualidade de vida



dos usuários e redução de iniquidades. Pautados por esta ideia identifica-se a responsabilidade do Estado na formulação e implementação da Política Estadual de Medicamentos, visando melhora na qualidade dos serviços farmacêuticos, a garantia do uso racional do medicamento, a garantia da qualidade do medicamento e da ampliação do acesso ao medicamento essencial.

Pouco se conhece da situação atual da assistência farmacêutica no país. Isto se deve pela falta de dados sobre a assistência farmacêutica, poucas pesquisas realizadas e principalmente por deficientes estratégias de monitoramento e avaliação.

No Brasil, tem-se registro de avaliações pontuais em alguns estados orientados principalmente pelo Manual Prático de Indicadores<sup>1</sup> da Organização Mundial da Saúde (OMS). Dentre estes, destaca-se a análise da implantação do programa de Farmácia Básica, realizada em cinco estados brasileiros. Este estudo validou uma ferramenta para avaliar a qualidade dos serviços farmacêuticos (COSENDEY, et. al., 2000, COSENDEY, et.al., 2003). Considerando as mudanças ocorridas no setor público farmacêutico após o estudo citado acima, em especial, voltados para a descentralização com a gestão municipal responsável pela execução de todo o ciclo de assistência farmacêutica, optamos neste estudo por criar um novo instrumento embasado na legislação e contexto atual.

O estudo de Fraga (2005), realizado no município de Porto Alegre, propõe um modelo lógico para reorientação dos serviços farmacêuticos nos municípios, voltado para os elementos técnico-científicos, operacional, informação e qualidade, com três níveis hierárquicos: central, distrital e local. A metodologia aplicada foi a análise estratégica, com levantamento da árvore de problemas e com o modelo lógico voltado para as dimensões dos problemas apontados (FRAGA, 2005). Considerando a existência de um forte consenso quanto aos elementos da assistência farmacêutica ser os componentes do ciclo (EMERICK, 2011), elegemos estes para o modelo lógico neste estudo, diferente do proposto por Fraga (2005).

Estudos de avaliação da assistência farmacêutica no país têm apontado falhas no setor, tais como a falta de planejamento, de rede de serviços integrados, de institucionalização do setor, insustentabilidade das ações e insuficientes recursos financeiros e humanos qualificados (BERNADI, 2006; RIECK, 2008; BARRETO E GUIMARÃES, 2010, OLIVEIRA et. al., 2010).

---

<sup>1</sup> Publicação da OMS que define indicadores para o monitoramento das políticas nacionais de medicamentos (WHO, 1999)

Sabe-se que poucos são os avanços na gestão municipal da assistência farmacêutica. Os estudos mostram necessidade de readequação das estruturas físicas, capacitação e contratação de recursos humanos e investimento em equipamentos e materiais para o setor de Assistência Farmacêutica (COSENDEY et.al., 2000; FRAGA, 2005; BERNADI, 2006; BARRETO E GUIMARÃES, 2010, OLIVEIRA et. al., 2010). Indicam ainda que a estrutura organizacional da assistência farmacêutica tenha se apresentado informalmente, ou seja, inexistência de coordenadoria de assistência farmacêutica e que o farmacêutico ainda está excluído de ações importantes como a programação e a dispensação de medicamentos (BERNADI et. al., 2006; BARRETO E GUIMARÃES, 2010, OLIVEIRA et. al. 2010).

O acesso ao medicamento essencial ainda é insatisfatório no país. Problemas na qualidade dos serviços e produtos, inadequação do armazenamento dos medicamentos e variação no preço de aquisição foram identificados em pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Em relação ao uso racional de medicamentos, o estudo mostrou valores médios aceitáveis de acordo a OMS. Porém o estudo ainda identificou fragilidade do setor público na garantia do medicamento essencial, pois grande parte dos medicamentos obtidos por pacientes pesquisados com episódios agudos de doença foram fornecidos pelo setor privado (OPAS, 2005).

A Assistência Farmacêutica não tem sido priorizada pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, estando, muitas vezes, o setor ligado apenas à aquisição e distribuição de medicamentos (BERNADI et.al., 2006; BARRETO E GUIMARÃES, 2010, OLIVEIRA et. al., 2010).

No Brasil os poucos estudos de avaliação do setor de assistência farmacêutica foram realizados por diferentes metodologias, e apresentaram resultados finais semelhantes entre os Estados e Municípios analisados, apesar de se observar diferentes “focos” de avaliação e métodos utilizados (COSENDEY et.al., 2000; FRAGA, 2005; OPAS, 2005; BARRETO e GUIMARÃES, 2010; OLIVEIRA et.al., 2010). A organização do setor de assistência farmacêutica tem se apresentado de diversas formas nos municípios do Brasil, bem como nos Estados do país. Isso sugere uma falta de diretriz para o setor, de como os serviços devem estar organizados para cada nível de atenção, ou para certo número de habitantes. A heterogeneidade da organização da assistência farmacêutica no país, o mau resultado observado nas poucas avaliações do setor e a falta de estratégias de monitoramento e avaliação apontam a necessidade da criação de uma metodologia voltada para avaliação em

serviço da assistência farmacêutica para o alcance de metas proposta pelas políticas públicas do setor.

Nos últimos seis anos, o setor da assistência farmacêutica tem recebido maior atenção dos gestores do SUS, principalmente pelo crescente gasto que esta representa na saúde, com pouca qualidade dos serviços prestados, o que demonstra uma ineficiência no setor. Com isso o Ministério da Saúde tem investido em publicações com orientações para a estruturação e execução dos serviços farmacêuticos, tem aumentado os recursos financeiros aplicados e investido na capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2006b, BRASIL, 2009, BRASIL, 2010).

A gestão estadual deve coordenar o processo de articulação inter setorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação da Política Nacional de Medicamentos e deve prestar cooperação técnica e financeira à gestão municipal para o desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica (BRASIL, 2001). No Estado de Mato Grosso não foi feita, até o momento, uma avaliação do setor voltada para os objetivos da Política Nacional de Medicamentos.

Neste Estado o financiamento dos recursos para a assistência farmacêutica básica ocorre por repasse fundo a fundo da esfera federal e estadual para a municipal e a gestão municipal é responsável por toda execução do mesmo (MATO GROSSO, 2011). O acompanhamento da execução deste recurso ocorre por relatórios anuais de gestão, estes são encaminhados aos Escritórios Regionais de Saúde, que analisam, consolidam e os enviam à Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Estadual. A Coordenadoria de Assistência Farmacêutica tem a missão de assegurar a execução da Política de Assistência Farmacêutica no Estado de Mato Grosso e garantir as ações de controle e acompanhamento de insumos da saúde no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, cooperar tecnicamente com a implantação da Assistência Farmacêutica nos municípios, colaborar com a elaboração de boletins fármacos-epidemiológicos da assistência farmacêutica do Estado de Mato Grosso (MATO GROSSO, 2010). Porém o que se observa no Estado é o setor da Assistência Farmacêutica voltado para a logística do medicamento, sem assumir a missão política, bem como de cooperação técnica.

O Estado de Mato Grosso conta com 141 municípios. Segundo o cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o estado possui 4.525 estabelecimentos de saúde ativos no Sistema Único de Saúde (SUS), estes não são classificados quanto à função

de unidade dispensadora de medicamentos, sendo assim o levantamento do dado de número de unidades dispensadoras está impossibilitado.

O estado ainda conta com 624 farmacêuticos no SUS cadastrados no sistema CNES. Entretanto, não se sabe quantos deles estão no setor de assistência farmacêutica, pois o profissional tanto pode estar realizando serviço de análise clínica em laboratório quanto diretamente envolvido com a prestação da assistência farmacêutica.

Desta forma a pertinência deste estudo se deve pela necessidade de um instrumento que possibilite o conhecimento do setor da assistência farmacêutica bem como a institucionalização de monitoramento e avaliação, com o intuito de melhorar os serviços prestados á população, com ampliação do acesso ao medicamento de qualidade, o uso racional e aquisição com o menor custo-efetivo.

Sendo assim este trabalho tem por objetivo geral desenvolver uma proposta metodológica para monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica na atenção básica para o Estado do Mato Grosso, podendo ainda servir de modelo para outros Estados.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Desenvolver uma proposta de monitoramento e avaliação normativa da assistência farmacêutica básica municipal para o Estado de Mato Grosso.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar um modelo lógico das ações de assistência farmacêutica básica municipal;
- Definir as dimensões e critérios de avaliação e padrões de qualidade aceitáveis da assistência farmacêutica básica no âmbito municipal do Estado;
- Validar por consenso a matriz para avaliação;
- Desenvolver instrumento e protocolo para implementação de processos de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica no âmbito municipal.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. ELEMENTOS TEÓRICOS PARA A AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA MUNICIPAL

##### 3.1.1. O conceito e o ciclo da assistência farmacêutica básica

O conceito de assistência farmacêutica não pode ser confundido com o simples ato de fornecimento de medicamentos. Não se pensa em assistência integral resumindo a assistência farmacêutica à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir). Segundo a Política Nacional de Medicamentos, a assistência farmacêutica está definida como:

“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” (BRASIL, 2001, p.34).

As atividades da assistência farmacêutica ocorrem em ciclo, sendo subsidiadas por recursos financeiros, humanos e materiais. O gerenciamento de todo o ciclo requer planejamento e constante monitoramento e avaliação (MARIN, et.al., 2003).

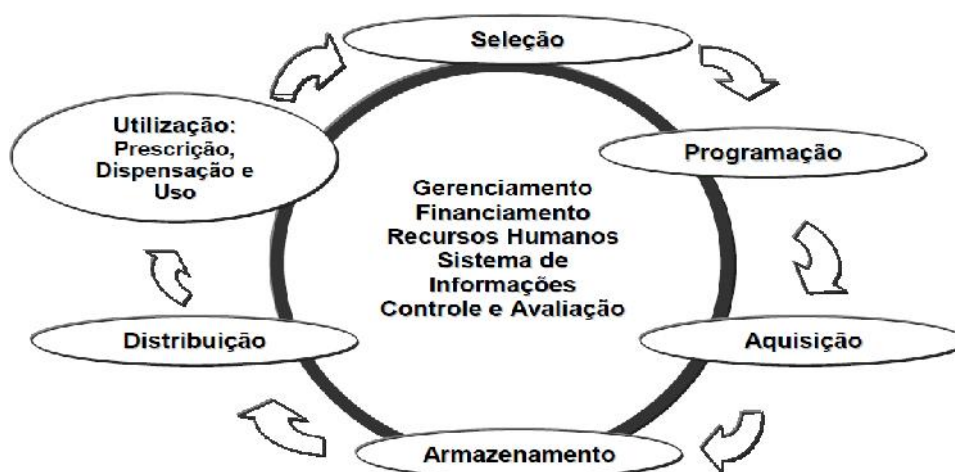


Figura 1. Ciclo da Assistência Farmacêutica  
Fonte: MARIN et.al., 2003

O ciclo se inicia pela seleção dos medicamentos sendo esta atividade considerada o eixo da assistência farmacêutica, uma vez que todas as outras etapas são desenvolvidas com base no elenco de medicamentos.

Após a seleção, inicia-se o processo de programação que deve considerar o perfil epidemiológico, consumo, demanda de serviços e recursos orçamentários e financeiros. Este alimenta e orienta a aquisição dos medicamentos. Estes dois processos garantem a disponibilidade do medicamento necessário para o usuário, em quantidade e tempo oportuno, com qualidade e menor custo.

O armazenamento ou estocagem é a quarta etapa do ciclo, este processo deve assegurar a guarda, o controle e a manutenção da qualidade física e química dos medicamentos.

Após a armazenagem do medicamento, a disponibilização deste na unidade dispensadora compõe a quinta etapa do ciclo que se denomina distribuição.

Com o medicamento disponível na unidade dispensadora, se inicia o processo da utilização do medicamento que é composto pelas ações de prescrição, dispensação e uso pelo paciente. Este processo está embasado no uso racional do medicamento e deve garantir o acompanhamento e a orientação do paciente sobre o tratamento. Nesta fase, as reações adversas e efeitos colaterais devem ser notificados para subsidiar as pesquisas e, assim, orientar a seleção de medicamentos por evidências científicas, realimentando assim o ciclo.

Este estudo considerou o conceito de assistência farmacêutica voltado para o ciclo logístico, atendendo à legislação do setor, contemplando critérios da estrutura e processo, pois acreditamos que o alcance de tais critérios leva aos resultados finais esperados, de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para a execução destas ações logísticas do ciclo da assistência farmacêutica a organização dos serviços, o planejamento, a gestão das ações do setor e a garantia do financiamento devem ser consideradas e por isso compõe nosso próximo tópico.

### **3.1.2. Gestão, organização e financiamento da assistência farmacêutica no Brasil: as responsabilidades no âmbito da atenção primária**

A gestão do SUS é única, com corresponsabilidade das três esferas do governo: União, estados e municípios. A Assistência Farmacêutica no setor público do Brasil segue os

moldes de gestão do SUS, sendo assim, o setor está organizado de forma descentralizada, com gestão única e corresponsabilidade das três esferas do governo.

O gestor municipal é responsável, no âmbito da atenção básica, por efetuar e organizar a assistência farmacêutica, dar impulso ao uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e dispensadores, treinar e habilitar os trabalhadores para a realização de suas responsabilidades, tornarem seguras a dispensação, prover os medicamentos de forma oportuna e ininterrupta, conforme perfil epidemiológico local, utilizar prioritariamente os laboratórios oficiais, empregar capital na infraestrutura das centrais de abastecimento e farmácias municipais de maneira a assegurar a qualidade dos medicamentos e receber, armazenar e distribuir de forma adequada os medicamentos sob sua guarda (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2010; MATO GROSSO, 2011).

A gestão do SUS tem se operacionalizado através de alguns instrumentos, como o Pacto pela Saúde. Este define o financiamento do SUS por blocos e a assistência farmacêutica compõe um bloco que está dividido em três componentes - básico, estratégico e especializado (BRASIL, 2006a). O componente básico está relacionado à aquisição de medicamentos da atenção básica (elenco de referência), estruturação dos serviços e qualificação dos profissionais, aquisição de medicamentos e insumos relacionados ao agravo diabetes e ao programa saúde da mulher, sendo financiado pelas três esferas de governo; o componente estratégico é financiado pela esfera federal e compreende a aquisição de medicamentos para os programas estratégicos, agravos endêmicos de abrangência nacional ou regional, antirretrovirais do programa DST/AIDS, sangue e hemoderivados e imunobiológicos. Os medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde são distribuídos aos estados e estes os distribuem aos municípios. O componente especializado diz respeito às patologias que requerem um cuidado especializado orientado pelos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, sendo o componente financiado pela esfera federal, estadual e municipal.

O quadro 1 apresenta os componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica e os principais programas que fazem parte deles, com as responsabilidades de financiamento.



**Quadro 1 - Componente do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, programas e responsabilidades dos entes federados, BRASIL, 2010**

<b>Componentes e Programas de Assistência Farmacêutica</b>	<b>Responsabilidades de Financiamento</b>
<b>Básico</b>	
Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (elenco de referência)	União, Estados, Distrito Federal e Municípios
Diabetes (insulinas)	União
Saúde da Mulher (contraceptivos e insumos)	União
Diabetes (insumos)	Estados, Distrito Federal e Municípios
Estruturação de serviços de AF	Estados, Distrito Federal e Municípios
Qualificação da AF	Estados, Distrito Federal e Municípios
<b>Estratégico</b>	
Tabagismo	União
Alimentação e Nutrição	União
Controle de endemias	União
Tuberculose	União
Hanseníase	União
Malária	União
Leishmaniose	União
Doença de Chagas	União
Outras	União
Antirretrovirais (Programa DST/AIDS)	União
Sangue e Hemoderivados	União
Imunobiológicos	União
<b>Especializado</b>	União, Estados, Distrito Federal e Municípios

Fonte: Adaptado de VIEIRA F.S., 2010.

Os sistemas de saúde municipais devem dispor de estrutura organizacional formal da assistência farmacêutica, com definições claras das competências e níveis hierárquicos, visando à regularidade no abastecimento e disponibilidade dos medicamentos em tempo oportuno, em quantidade e qualidade suficientes, garantia do acesso, credibilidade do serviço, diminuição de perdas, desperdício e má utilização (BRASIL, 2006b).

As ações de assistência farmacêutica devem voltar-se para integralidade e ter por finalidade promover, proteger e recuperar a saúde de forma articulada, intervindo nos determinantes, nos riscos potenciais ou no evento de doença e considera como meio de trabalho o serviço farmacêutico (RIECK, 2008).

Assim o pleno desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica e sua sustentabilidade estão condicionados pela garantia de adequada estrutura organizacional, estrutura física, equipamentos, materiais, recursos humanos e financeiros (BRASIL, 2009) e estas estão regulamentados em diversas legislações que estão abordadas a seguir.

### 3.1.3. Bases legais da assistência farmacêutica básica

A assistência farmacêutica no país não é regulamentada em uma lei unificada, e sim por diversas leis, portarias, resoluções, normas e manuais técnicos. As políticas farmacêuticas nacionais estão estabelecidas legalmente no país pela Portaria Nº 3.916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, e pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 338/2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). O exercício da profissão farmacêutica está regulamentado por diversas resoluções do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e de seus conselhos regionais. A comercialização, distribuição, armazenamento e guarda dos medicamentos estão normalizados por leis sanitárias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). E a execução dos recursos financeiros está estabelecida por Portarias Federais e Resoluções Estaduais.

A Política Nacional de medicamentos é parte integrante da Política de Saúde e constitui um dos elementos fundamentais para a implementação de ações capazes de promover melhoria nas condições de saúde. Preconiza a garantia da disponibilidade, do acesso universal e do uso racional de medicamentos, conforme o perfil de morbimortalidade da população.

A adoção de uma relação de medicamentos essenciais, regulamentação sanitária de medicamentos, reorientação da Assistência Farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e, por último, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, constituem as oito diretrizes da PNM. Esta tem o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2001).

A PNM define as competências dos gestores das três esferas governamentais nessa área. Considerando a diretriz de reorientação da assistência farmacêutica voltada para a gestão descentralizada, ressaltamos aqui as responsabilidades da gestão municipal:

- a) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;
- b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;
- c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

- d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;
- e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
- j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;
- k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;
- l) investir na infraestrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda (BRASIL, 2001, p.31-32).

A Política Nacional de Medicamentos tem como foco as ações voltadas ao medicamento, visando seu uso racional, seguro e de qualidade, para acesso à população. Em 2004 a Resolução nº338 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Assistência farmacêutica, visando o alcance dos serviços integrais de saúde, incluindo-se assim a atenção farmacêutica e os serviços farmacêuticos para a promoção e recuperação da saúde da população.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica estabelece que a assistência farmacêutica deva se constituir em uma política pública norteadora de outras políticas setoriais, entre as quais se destacam a de medicamentos, de ciências e tecnologias, desenvolvimento industrial e de recursos humanos. E ainda que as ações não se resumam ao medicamento e incorpora o conceito de atenção farmacêutica, considerada como um:

“modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos sujeitos, respeitada as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (BRASIL, 2004).

A política aponta para a necessidade de uma mudança no então atual cenário da assistência farmacêutica no país, apoiando-se em 13 (treze) eixos estratégicos, voltados para

os princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade. Objetiva a melhoria do acesso à população e tem como eixo estratégico a inclusão da assistência farmacêutica nos serviços, o desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos, a descentralização das ações e a articulação em nível regional e estadual dos serviços farmacêuticos, visando à superação da fragmentação de programas desarticulados, bem como a articulação inter setorial para o desenvolvimento científico e garantia de medicamentos de qualidade e seguros (BRASIL, 2004).

O Conselho Federal de Farmácia regulamenta e disciplina o exercício farmacêutico em toda a atividade profissional. No Brasil o CFF está regulamentado pela Lei 3.820 de 11 de novembro de 1960. A ética da profissão é o ponto focal das atividades deste conselho com a finalidade de garantir o bem-estar e a segurança da população, diante das atividades do profissional farmacêutico. O CFF tem como uma de suas atribuições zelarem pela saúde pública, promovendo a difusão da assistência farmacêutica no País.

Sendo assim ressaltamos aqui as resoluções expedidas pelo CFF, relacionadas à execução da assistência farmacêutica básica pela gestão municipal:

A Resolução CFF nº 094 de 25 de março de 1972 e suas alterações dispõem sobre a responsabilidade técnica em farmácia pública. Esta resolução torna-se de grande importância no fortalecimento da atenção farmacêutica e na busca de serviços farmacêuticos integrais, pois trata da obrigatoriedade da presença do farmacêutico em farmácias públicas de dispensação de medicamentos (CFF, 1972).

A Resolução CFF nº 160 de 23 de abril de 1982 e nº 308 de 02 de maio de 1997 dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica e a assistência farmacêutica em farmácias e drogarias. Sendo assim a profissão farmacêutica deve ser realizada por profissional habilitado para a função e com registro no conselho de classe de sua região, estas resoluções garantem uma assistência farmacêutica de segurança com profissionais preparados e capacitados. Cabe ainda ressaltar a resolução CFF nº 357 de 20 de abril de 2001 aprova o regulamento técnico das boas práticas de farmácia normalizando, portanto os processos de trabalho de serviços farmacêuticos (CFF, 1982; CFF, 1997; CFF, 2001).

A Política Nacional de Medicamentos estabelece ainda como diretriz a regulamentação da cadeia de medicamentos, no sentido de garantir a segurança e qualidade deste, assim o órgão responsável foi criado, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que possui dentre outras funções a regulação do medicamento dentro do País.

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 44 de 2009, dispõe sobre as boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário de funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. Sendo assim regulamenta as condições fiscais e sanitárias do estabelecimento, a infraestrutura física, a gestão dos recursos humanos, a comercialização e dispensação de produtos e os serviços farmacêuticos, dentre eles a atenção farmacêutica.

A garantia de estrutura física apropriada, recursos humanos suficientes e qualificados, processos de trabalhos adequados, condições físicas e sanitárias regulamentadas, segurança e qualidade do medicamento pela regulamentação da cadeia que o envolve e por fim o apoio de recursos financeiros são instrumentos e processos que garantem uma boa execução das ações do setor e sua sustentabilidade. Sendo assim em relação à garantia de recursos financeiros, o componente básico da assistência farmacêutica, como já apresentado anteriormente, é financiado pelas três esferas do governo e está regulamentada pela Portaria GM/MS nº4217 de 28 de dezembro de 2010 e no Estado de Mato Grosso pela Resolução CIB/MT nº 086 de 15 de setembro de 2011.

Para finalizar a legislação que regulamenta o setor, apresentamos as que versam políticas inter setoriais: a Lei que institui a Política de resíduos sólidos que se relaciona aos medicamentos de descarte e a Política Nacional de Educação Permanente que contempla a capacitação de recursos humanos no SUS.

Assim foram apresentadas as atuais bases legais da assistência farmacêutica e que serviram de suporte legal para a criação dos critérios de monitoramento e avaliação.

### 3.1.4. Monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica

Para Vieira-da-Silva (2005), avaliação é um julgamento que se faz de determinada intervenção, que pode ser um programa, política ou mesmo uma prática, voltada para a resolução de problemas de saúde cujo propósito é auxiliar no processo de tomada de decisão. Visa aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou de seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação. Já o monitoramento seria o acompanhamento sistemático sobre algumas características do serviço de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005), portanto inclui a definição da temporalidade da coleta e a sistematização dos dados. É um processo que visa verificar as mudanças ocorridas, em tempo oportuno, mas não o porquê destas (TAMAKI et al., 2012).

As tomadas de decisão devem se apoiar em avaliações sistemáticas que devem fazer parte da rotina no serviço (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Para este mesmo autor, a avaliação é definida como a atividade de aplicar um julgamento através de um dispositivo capaz de capturar informações válidas e legítimas e que permita os diferentes autores envolvidos se posicionarem e emitirem seus julgamentos de forma a traduzirem a ação. Estes julgamentos podem ser resultados de uma avaliação normativa, através da aplicação e critérios e normas ou de uma pesquisa avaliativa, realizada através da aplicação de métodos científicos. Para Souza e Scatena (2009) a avaliação normativa visa aferir o julgamento comparando a estrutura (recursos utilizados e organização), processos (serviços e bens produzidos) e resultados obtidos com normas e critérios. E ainda, que esta é um instrumento muito útil para a gestão local de saúde (SOUZA E SCATENA, 2009).

Para a assistência farmacêutica, a institucionalização da avaliação normativa em nível local e regional com um instrumento apropriado para captar informações exatas e fidedignas permitiria ao gestor a orientação das ações, serviços, bens produzidos, uma melhor estruturação e organização, para assim alcançar as metas proposta pelas políticas públicas do setor.

Segundo o pensamento de Pepe e outros (2010), a construção de indicadores padronizados de monitoramento auxilia no acompanhamento temporal e na comparação de situações entre diferentes locais e situações. O monitoramento proporciona a identificação do problema em tempo oportuno, permitindo um melhor planejamento das ações para enfrentamento deste (TAMAKI. et al., 2012).

O monitoramento e avaliação devem subsidiar o planejamento e gestão em saúde, assistir à formulação de políticas, darem suporte à tomada de decisões e à formação de sujeitos comprometidos. Pode contribuir para melhoria na qualidade dos serviços da atenção básica favorecendo a construção de processos estruturados e sistemáticos com redes assistenciais eficazes e resolutivas, coerentes com os princípios do SUS (FELISBERTO, 2004).

A institucionalização da avaliação nas práticas dos serviços proporciona aos gestores informações necessárias para definição de estratégias de intervenção (TAMAKI. et al., 2012). No campo da assistência farmacêutica, poucos ainda são os estudos de avaliação no país. Uma política de institucionalização do monitoramento e avaliação deveria ser assumida pelos governos incluindo a qualificação das equipes gestoras, desenvolvimento e disseminação de metodologias de monitoramento, avaliações em tempo oportuno da gestão e, ainda, pesquisas avaliativas com o estabelecimento de uma rede de parcerias entre universidades e serviços públicos.

A instituição de um sistema de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica tem por objetivo fornecer dados para os gestores na tomada de decisões, para o direcionamento das ações de assistência farmacêutica e de novas pactuações de recursos financeiros, visando melhoria da estrutura dos serviços e reorganização destes para ampliação do acesso a população, bem como orientar a formulação de políticas públicas.

A seleção de indicadores com critérios bem definidos - simplicidade, validade, disponibilidade, robustez, sinteticidade, discriminabilidade e cobertura – constitui etapa importante para a criação do sistema de monitoramento bem como a definição de suas fontes, instrumentos e forma de coleta de dados. Segundo Donabedian (1990) nenhuma avaliação é possível sem a determinação de critérios e padrões. Para este autor, critérios são elementos da estrutura, processo e resultados, que nos permite dizer qual a qualidade do serviço. Os padrões são mais específicos, quantificados, que especifica a sua magnitude e frequência.

Para definição dos indicadores se considera que os dados fornecidos no indicador ajudam principalmente a fortalecer a política nacional de medicamentos e gestão do programa. O indicador deve ser útil para tomada de decisão e de ação no nível em que os dados são coletados, o que pode aumentar a confiabilidade destes. E expressar uma ideia precisa. Os dados precisam, tanto quanto possível, resultar de um sistema regular de coleta de dados. Se o indicador requer uma pesquisa adicional, esta deve se dar de acordo a capacidade e responsabilidade de funcionários em nível que é realizada. O indicador deve ser capaz de ser

comprovado, ou seja, ter um grau aceitável de confiabilidade e validade. Deve servir para medir o progresso em direção às metas e objetivos firmados na política nacional. E ainda, quando possível, fornecer dados quantitativos que possam ser comparados com as normas e objetivos específicos (WHO, 1999).

Por fim valendo-se do método de criação de um sistema de monitoramento apresentado por Medina e Aquino (2001) no Programa Nacional de Capacitação em Informação, a definição do método de análise dos dados coletados, os mecanismos de divulgação e de apresentação dos resultados, bem como de suas discussões concluem o processo de criação do sistema de monitoramento e avaliação.

### 3.2. ETAPAS DA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA PARA O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

A proposta para monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica foi elaborada conforme metodologia proposta para criação de sistemas de monitoramento e avaliação de programas de saúde (MEDINA E AQUINO, 2001), seguindo as seguintes etapas:

#### **3.2.1. Etapa 1 - construção do modelo teórico-lógico da assistência farmacêutica básica**

A construção do modelo teórico-lógico explicita o conteúdo do programa, como deve ser implementado, seus objetivos, o público alvo, as condições do contexto e quais resultados se espera do programa. A sua elaboração não despreza o conhecimento e experiências prévias, devendo apresentar plausibilidade das associações estabelecidas. Vários podem ser os esquemas adotados para representar o programa, de maneira a facilitar a compreensão de suas práticas. Porém muitas são as dificuldades de desenvolvimento desta etapa, tais como natureza complexa e multifacetada do programa, descentralização do programa que significa formas diferentes de operacionalização em função das características locais, entre outros (MEDINA, et.al. 2005).

Uma primeira versão do modelo teórico-lógico foi elaborada a partir da análise de documentos referentes à legislação e normas da assistência farmacêutica básica. Foram



selecionadas portarias regulamentadoras das políticas de assistência farmacêutica e legislações afins, Portaria Federal e Resolução Estadual/MT do componente básico da Assistência Farmacêutica, Resoluções que regulamentam o exercício da profissão farmacêutica e estabelecimentos farmacêuticos, Normas técnicas e Manuais da assistência farmacêutica, como apresentado no Quadro 2 que segue:

## Quadro 2 - Documentos que normatizam a assistência farmacêutica no Brasil

<b>Categoria e Documentos</b>	<b>Assunto</b>
<b>Documentos que enunciam Políticas</b>	
Portaria nº 3916 GM/MS, de 30 de outubro de 1998	Política Nacional de Medicamentos
Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007	Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010	Política Nacional de Resíduos Sólidos
<b>Documentos da Execução do componente básico da assistência farmacêutica</b>	
Portaria GM/MS nº4217 de 28 de dezembro de 2010	Financiamento e a execução do componente básico da assistência farmacêutica
Resolução CIB/MT nº 086 de 15 de setembro de 2011	Financiamento e a execução do componente básico da assistência farmacêutica no Estado de Mato Grosso
<b>Legislação do exercício da profissão farmacêutica e dos estabelecimentos farmacêuticos</b>	
Resolução CFF nº94 de 25 de março de 1972	Responsabilidade técnica na farmácia pública
Resolução CFF nº160 de 23 de Abril de 1982	
Resolução CFF nº308 de 02 de maio de 1997	O exercício profissional farmacêutico
Resolução CFF nº357 de 22 de abril de 2001	Assistência farmacêutica em farmácias e drogarias
Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA RDC nº44, de 17 de agosto de 2009	
	As boas práticas farmacêuticas
<b>Normas técnicas e Manuais da assistência farmacêutica</b>	
Assistência Farmacêutica na atenção básica – Manual e Instruções técnicas para sua organização	Instruções para organização da assistência farmacêutica básica
Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS	Diretrizes para estruturar unidades dispensadoras e centrais de abastecimentos
Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS - Orientações básicas	Orientações para a aquisição de medicamentos
Planejar é preciso: uma proposta de método para a aplicação à assistência farmacêutica	Orientações e metodologia de Planejamento para a assistência farmacêutica
Assistência farmacêutica para gerentes municipais	Orientações sobre as ações estratégicas da assistência farmacêutica para os municípios

Fonte: Elaborado pela autora

A análise dos documentos subsidiou a definição dos componentes da assistência farmacêutica básica, as atividades relacionadas, os resultados esperados de cada atividade, bem como os critérios e padrões da matriz de avaliação.

Uma vez elaborado o diagrama do modelo teórico-lógico da assistência farmacêutica básica, (Apêndice 1) este foi apresentado ao grupo de alunos e professores do Mestrado Profissional composto por 14 técnicos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Mato Grosso e dois professores do curso. A partir das sugestões, um novo diagrama foi elaborado, composto por dois modelos: um macro modelo da assistência farmacêutica e um micromodelo que destrincha cada componente com suas atividades (Apêndice 2 e 3 respectivamente).

Finalizado o diagrama, procedeu-se à construção das matrizes de medidas para avaliação da assistência farmacêutica, com critérios e padrões de avaliação. Para cada componente da assistência farmacêutica foi elaborada uma matriz, perfazendo um total de seis matrizes – seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação - com as dimensões - gestão, institucionalização, organização e financiamento - para cada uma definiu-se vários critérios de avaliação com a descrição do padrão esperado, o documento base que orientou o critério e o padrão, a graduação deste para a avaliação e os meios de verificação deste critério (Apêndice 4).

Após a elaboração das matrizes realizou-se uma consulta a especialistas via correio eletrônico (email) para o processo de validação deste instrumento. Os especialistas julgaram individualmente cada critério da matriz proposta, atribuindo uma pontuação de 0 (zero) a 10 (dez) onde 0 (zero) corresponderia à exclusão do critério e 10 (dez) ao grau de importância máxima do critério. Solicitou-se ainda, que para pontuações inferiores a sete, houvesse uma justificativa ou que fossem feitas observações visando à melhoria do instrumento.

A composição do grupo de especialistas a participar da técnica de validação buscou contemplar diferentes olhares e perspectivas sobre o objeto de estudo incluindo gestores federais, gestores estaduais, na área de políticas e de assistência farmacêutica, gestores de saúde municipais, técnico do CONASS e do CONASEMS, técnicos da assistência farmacêutica do estado e pesquisadores da área. No total foram convidados 17 especialistas, sendo que, destes, sete aceitaram o convite e devolveram o julgamento da matriz, representando 41% do total de convidados (Tabela 1).

**Tabela 1 - Demonstrativo da participação de especialistas na técnica de consenso por consulta a especialistas**

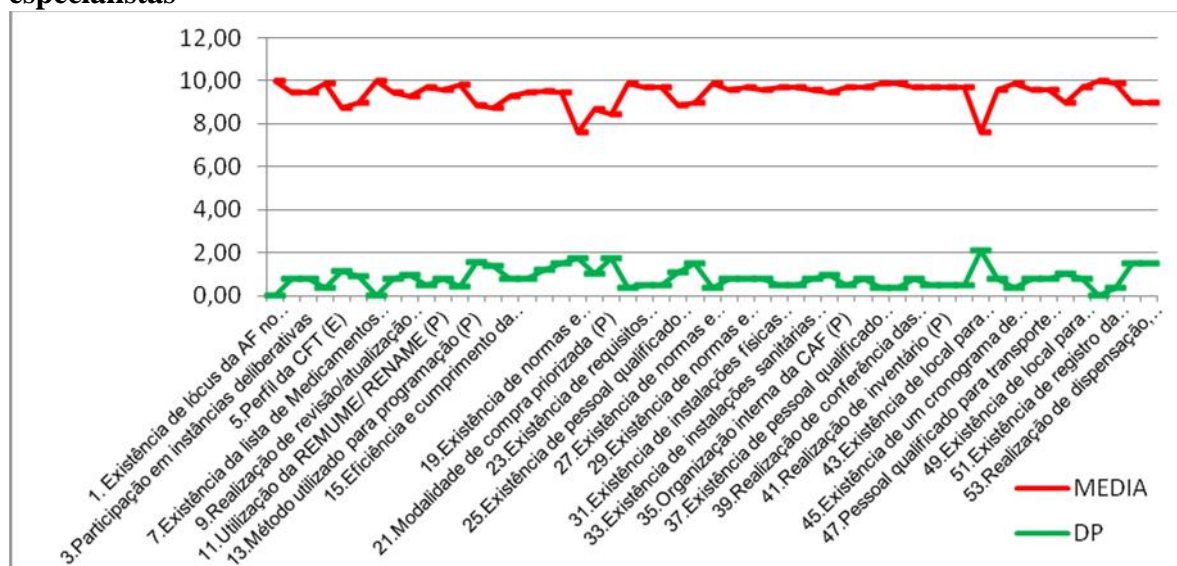
Grupo que Representa	Nº de convidados	nº de Especialista q/ responderam
Gestor Estadual	4	1
Gestor Federal	2	0
Gestor Municipal	1	0
Pesquisador da área	5	1
Técnico do CONASS	1	1
Técnico do CONASEMS	1	1
Técnico de AF do Estado	3	3
Total geral	17	7

Fonte: Elaborado pela autora

Procedeu-se, então, à análise dos julgamentos, trabalhando estatisticamente no banco de dados Microsoft Office Excel as pontuações dadas aos critérios, calculando-se a média das notas e o desvio padrão, apresentados na tabela 4 (Apêndice 5) e analisando-se as observações e justificativas de forma qualitativa, demonstrados no quadro 9 (Apêndice 6).

Quanto às pontuações aferidas aos critérios, houve um grande grau de consenso, com média variando entre 7,57 e 10 e desvio padrão variando de 0 a 2,07 entre todos os critérios, o que confirmou a importância dos critérios apresentados para o monitoramento e avaliação (Gráfico1).

**Gráfico 1 - Representação gráfica da Média e Desvio Padrão das pontuações dadas aos critérios de Monitoramento e Avaliação da assistência farmacêutica básica pelos especialistas**



Fonte: Elaborado pela autora

Foram sugeridas alterações no texto de alguns critérios e padrões e ainda, algumas inclusões. Deste modo, elaborou-se um novo diagrama a partir das sugestões (Figura 2) e novas matrizes com a inclusão de um componente transversal – institucionalização – (Quadros 3 a 9). Foram feitas alterações das dimensões para gestão e práticas e de alguns critérios e padrões, conforme sugerido pelos especialistas.

Para que seja possível a classificação das unidades farmacêuticas (centrais de abastecimento e unidades dispensadoras) e Municípios a serem avaliados foi atribuída a cada critério da matriz de análise uma pontuação de zero a cinco. A classificação da unidade por componente será pelo cálculo da diferença percentual da pontuação máxima pelos pontos obtidos, considerando o seguinte corte: (I) Inadequado = 0 e 33,3%; (IM) Intermediário = >33,3% e 66,6%; (A) Adequado = > 66,6%.

Para que se faça a classificação geral ou por dimensão da unidade farmacêutica a ser avaliada deve-se considerar o valor de correção de 0, 143<sup>2</sup>, pois cada componente tem diferentes números de critérios, conseqüentemente com pontuação máxima variada por componente. A Tabela a seguir apresenta as pontuações máximas e totais por componente e dimensão (Tabela 2).

**Tabela 2 - Pontuações máximas por componente e dimensão da matriz de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica**

Componente/Pontuação Dimensão	Gestão	Praticas	Total
Seleção	15	35	50
Programação	5	30	35
Aquisição	40	25	65
Armazenamento	35	55	90
Distribuição	10	20	30
Dispensação	15	15	30
Institucionalização	20	10	30
<b>Total</b>			<b>330</b>

Fonte: Elaborado pela autora

<sup>2</sup> Valor obtido considerando que o total geral equivale a um e como são sete componentes divide-se um por sete obtendo-se 0, 143.

O estudo seguiu as normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo a resolução CNS nº 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e aprovado com parecer nº 052-12/CEP-ISC.

A participação no presente estudo foi voluntária, mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 7), não envolveu riscos, benefícios diretos, despesas ou compensações financeiras aos colaboradores do método de consenso. Todos os cuidados éticos foram garantidos para confidencialidade das informações no momento da apresentação dos resultados e discussão.

### **3.2.2. Etapa 2 – Elaboração do protocolo de monitoramento e avaliação**

Após a elaboração do modelo-teórico lógico foi criado o protocolo de monitoramento de avaliação, detalhando como o processo deverá ocorrer que instrumentos serão utilizados e como viabilizar a utilização da matriz de análise.

Assim considerando a extensão do Estado e a racionalização dos recursos financeiros propõe-se que o processo de monitoramento e avaliação seja conduzido no nível Regional, que será responsável pela coleta de dados. Uma etapa com coleta de dados preliminar, que se constitui no preenchimento pelo município de um formulário disponibilizado on-line, é sugerida com a intenção de direcionar o processo de monitoramento e avaliação e ainda “driblar” a realidade da falta de recursos na assistência farmacêutica destinada à área de avaliação. Os dados que serão coletados auxiliarão na definição das visitas técnicas (avaliação *in-loco*), classificação de prioridades e levantamento de dados que auxiliam a avaliação do município.

Para a execução desta coleta de dados foi elaborado os seguintes instrumentos: formulário estruturado com perguntas de múltipla escolha ou especificação de outra informação (Apêndice 8), lista de documentos que serão solicitados aos municípios (Apêndice 9), roteiro de observação para visita técnica (Apêndice 10) e questionário semiestruturado

para entrevista com informante-chave (Apêndice 11). Planilhas desenvolvidas no sistema Microsoft Office Excel serão utilizadas na análise dos dados para a execução dos cálculos.

As quatro etapas que este estudo apresenta para o monitoramento e avaliação são:

1. Coleta preliminar de dados (com formulário on-line preenchido pelo município)
2. Análise dos dados da coleta preliminar pelos Escritórios Regionais
3. Solicitação de envio de documentos pelos municípios
4. Visita Técnica

### **3.2.3. Etapa 3 – elaboração da estratégia de implementação**

Após a criação do protocolo foi traçada uma estratégia de implementação desta proposta no Estado de Mato Grosso. A estratégia está composta por cinco etapas que deverão ser executadas no momento oportuno: primeiro, a aplicação desta proposta em dois municípios para uma validação dos instrumentos de coleta de dados e aperfeiçoamento dos mesmos; segundo, a sensibilização dos gestores envolvidos para aderirem ao processo de monitoramento e avaliação e para traçar estratégias de implantação dentro do Estado; terceiro, pactuação em instâncias deliberativas do processo de monitoramento e avaliação; quarto, capacitação dos responsáveis pela implantação; e, quinto, implantação da proposta em todo o Estado por Regional de Saúde.

## **4. PROPOSTA METODOLÓGICA PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO NÍVEL MUNICIPAL**

### **4.1. MODELO TEÓRICO-LÓGICO**

O desenho do modelo teórico-lógico da assistência farmacêutica básica apresentada neste estudo representa as ações do setor por componentes do ciclo da assistência farmacêutica, sendo eles: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Vários são os estudos de assistência farmacêutica que avaliam o setor pelos componentes do ciclo (CONSEDEY et.al., 2000; CONSEDEY et. al., 2003; BERNARDI

et.al., 2006; CORREIA et.al., 2009; BARRETO E GUIMARÃES, 2010, SOUZA et.al., 2011), entretanto apontamos ainda um componente transversal, institucionalização, que se refere às ações que garantem a sustentabilidade do setor, tais como a sua inserção no organograma da Secretaria Municipal de Saúde formalmente, a legalização da rede farmacêutica municipal - unidades dispensadoras e centrais de abastecimento - e a participação do setor em instâncias deliberativas da saúde como forma de integração e divulgação do setor aos outros setores (Figura 2).

As atividades estão divididas em duas dimensões: gestão e práticas (Figura 2). Por gestão entendem-se as ações que se relacionam com o planejamento, gestão orçamentária e financeira, gestão do trabalho, coordenação de ações e garantia de infraestrutura da assistência farmacêutica básica. Por práticas compreende-se o conjunto de ações finalísticas dos processos de trabalho da assistência farmacêutica, ações que operacionalizam as práticas na rede de assistência farmacêutica, elaboração de procedimentos operacionais padrão e rotinas para as diversas fases do ciclo de assistência farmacêutica, organização das práticas, execução das ações planejadas, processos de monitoramento e avaliação.

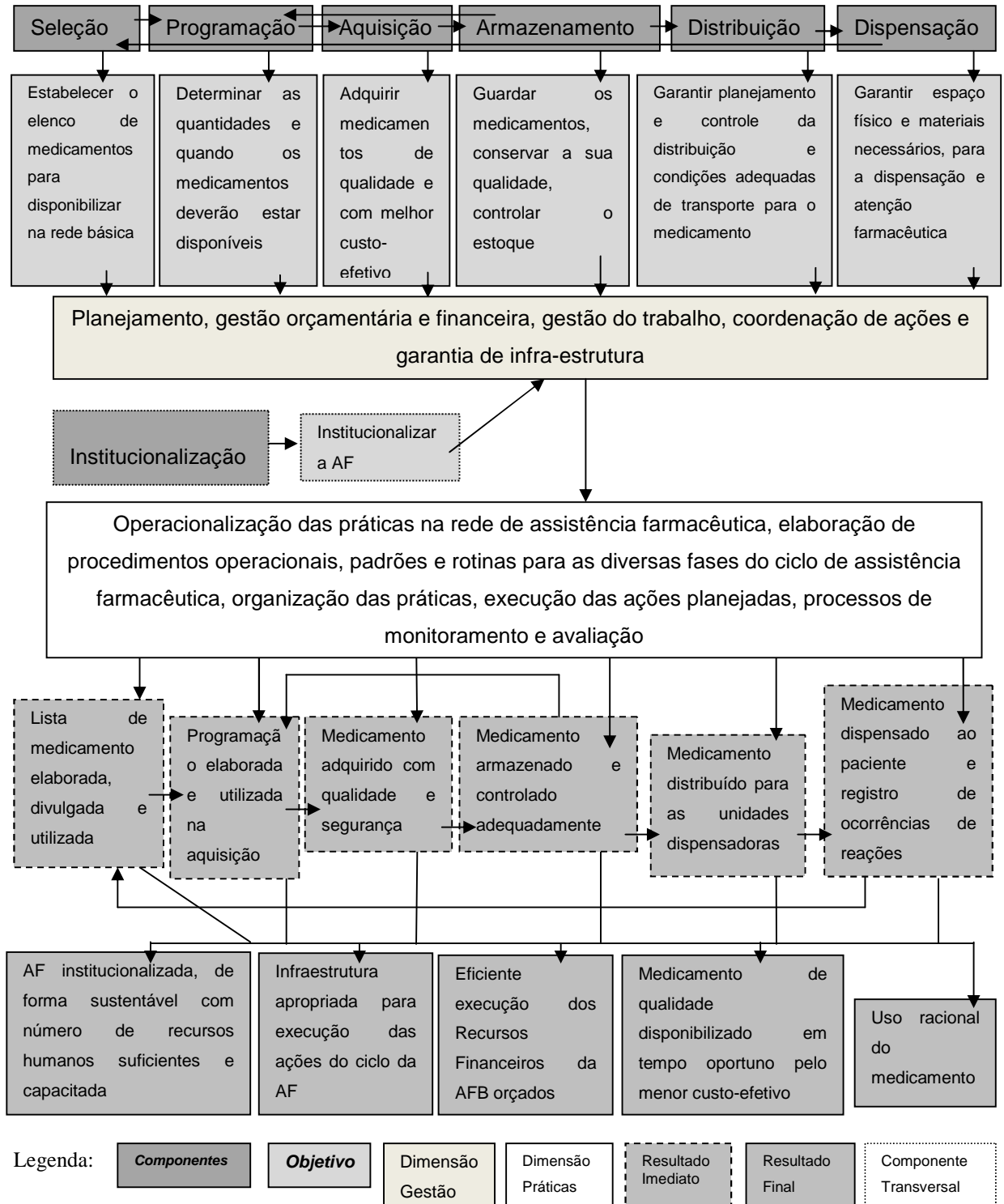
No desenho do modelo teórico-lógico, apresentado neste estudo, as atividades da dimensão da gestão se relacionam de forma sequencial com as da dimensão das práticas, assim o produto ou resultado de cada atividade da dimensão da gestão são inputs, entradas, informação ou recurso para as atividades da dimensão das práticas.

A assistência farmacêutica é um sistema dinâmico e cíclico, o resultado imediato de cada componente se torna o input do componente seguinte. Esta forma cíclica das ações evidencia a interdependência sistêmica dos componentes e que a ausência ou deficiência em qualquer componente compromete todo o ciclo (EMMERICK, 2006).

A dispensação é o componente que depende de todos os outros componentes, pois só ocorrem após a seleção, aquisição, armazenamento e distribuição do medicamento. Este componente é responsável por realimentar o ciclo, pois as informações de reações adversas e de tratamentos coletados nesta fase tornam-se elementos técnicos para o processo de seleção (figura 2).



**Figura 2. Modelo Teórico-Lógico da Assistência Farmacêutica Básica. Dimensões: Gestão e Práticas**



Fonte: Elaborado pela autora

Como parte da construção do modelo teórico-lógico, matrizes de critérios e padrões para cada componente da assistência farmacêutica básica foram elaboradas, apresentamos a seguir cada matriz por respectivo componente.

#### **4.1.1. Seleção de medicamentos**

A seleção de medicamentos visa assegurar a racionalização do uso do medicamento. É um processo primordial na execução da assistência farmacêutica, pois a elaboração da lista de medicamentos essenciais orienta a execução dos outros componentes do ciclo. A lista deve ser revisada periodicamente a fim de rever novas tecnologias e mudanças no perfil epidemiológico.

O componente *seleção* de medicamentos da matriz apresentada neste trabalho contempla critérios da qualidade dos serviços farmacêuticos, voltados para a seleção dos melhores medicamentos para tratamento das doenças conforme perfil epidemiológico do município.

Sendo assim consideramos que a Criação da Comissão Farmacoterapêutica, seu perfil, e produtos (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), Formulário terapêutico, pareceres técnicos e outros) são importantes critérios de avaliação deste componente, pois se constituem em resultados da execução deste.

Em primeiro momento neste componente a matriz contemplava critérios relacionados à institucionalização, após a conferência com especialistas a matriz teve mudanças. Havíamos optado na inclusão dos critérios de institucionalização por entendermos serem estes primordiais à formalização e sustentação da assistência farmacêutica e então os adicionamos no primeiro componente do ciclo, *seleção*. As sugestões dos especialistas se voltaram para criação de um novo componente ou dimensão, pois apesar da pertinência do critério, este não se referia à seleção de medicamentos, conforme se pode visualizar no Quadro 9 (Apêndice 6). Então definimos a *institucionalização* enquanto componente transversal da assistência farmacêutica.

Um novo critério também foi criado para a seleção, que se refere à existência de formulário terapêutico, pois consideramos este um importante instrumento e produto da execução deste componente. O formulário terapêutico se constitui em uma bibliografia relacionada com as bases terapêuticas dos medicamentos incluídos na REMUME/ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e, estando disponível na unidade

dispensadora, auxilia os trabalhadores na atenção farmacêutica e uso racional de medicamentos.

O componente *seleção* de medicamentos inicia-se pela atividade de criação da comissão farmacoterapêutica, pois esta atividade da gestão constitui-se no instrumento/recurso principal para execução de todas as atividades na dimensão das práticas. A comissão tem como funções principais elaborar e atualizar periodicamente a lista de medicamentos e o formulário terapêutico, revisarem constantemente as normas de prescrição, fixar critérios para a obtenção de medicamentos não selecionados, validarem protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços, estimular a promoção do uso racional de medicamentos: boletins, cursos, fóruns de debates etc. Estas ações compuseram vários critérios de avaliação do componente *seleção* desta matriz de análise.

Para uma boa execução do componente, o perfil e a qualificação da equipe desta comissão devem ser considerados; a equipe deve ser formada por diversas classes profissionais, ou seja, formada por uma equipe multiprofissional, visando contemplar todos os níveis de atenção e serviços prestados. Os trabalhadores da comissão devem ser qualificados e capacitados para que estejam preparados para emitir pareceres frente às inovações tecnológicas do ramo (BRASIL, 2006b). O manual técnico do Ministério da Saúde defende a qualificação desta equipe, pois entende ser esta a responsável pelo conhecimento tecnológico que envolve a assistência farmacêutica e por este componente ser o norteador de todo o ciclo.

A utilização e a divulgação da REMUME/RENAME é um critério extremamente pertinente, pois como colocado por uma especialista da técnica de consenso (Quadro 9, Apêndice 6): “*A existência de REMUME sem divulgação e adesão por prescritores é letra morta*” EE.

O conhecimento da população e profissionais de saúde quanto a REMUME/RENAME e formulário terapêutico auxiliam a programação, aquisição e dispensação, pois são subsídios para execução destes processos e objetivam o uso racional do medicamento.

Como meios de verificação dos critérios elencamos documentos que os gestores municipais deverão dispor para a avaliação de diversos critérios, como apresentados no quadro 10 (Apêndice 9). A técnica de observação com roteiro estruturado (Apêndice 10) e entrevista com informante-chave (Apêndice 11) também constituem formas de verificação na avaliação deste componente. Apresentamos assim a matriz de critérios de monitoramento e avaliação do componente *seleção*:

**Quadro 3 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente seleção**

<b>Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação da AFB</b>						
<b>Componente: Seleção</b>						
<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>
<b>Gestão</b>  <b>Ponto Máximo: 15 pontos</b>	1. Existência de Comissão farmacoterapêutica (CFT) (E)	CFT criada pela gestão municipal	BRASIL, 2006b	0 – Não possui CFT  5- Possui CFT	Portaria que nomeia a CFT do município	
	2. Perfil da CFT (E)	CFT formada por equipe multidisciplinar contando com farmacêutico clínico e hospitalar (se o município possuir hospital), dentista, enfermeiro, epidemiologista e médicos. Quanto aos médicos especialistas devem ser consultados quando necessário, não compondo necessariamente a comissão.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe comissão farmacoterapêutica 2,5 – Existe uma comissão mínima, equipe multidisciplinar– Farmacêutico, Dentista, Enfermeiro, Médico Clínico Geral - sem consulta a especialista. 5 – Existe uma comissão formada com equipe multidisciplinar e realiza consulta a especialistas – Farmacêuticos, Enfermeiros, Dentista, Epidemiologista, Ginecologista e Obstetra, pediatra, cardiologia, médico da família ou clínico geral e endocrinologia.	Regimento da CFT,	No Mato Grosso, considerando o seu perfil de morbimortalidade, deve contar com no mínimo especialista para consulta em cardiologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgião, médico da família, endocrinologia.
	3. Existência de capacitação para CFT no plano de educação permanente municipal, ou Regional (P).	Constar uma capacitação planejada para CFT, nos planos de educação permanente.	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b.	0 – Não existe nenhuma programação de capacitação para CFT 2,5 – Existe reuniões técnicas periódicas na CFT 5 – Existe pelo menos uma capacitação programada no plano de educação permanente municipal ou regional para a CFT	Plano de educação permanente municipal ou regional.	

<b>Componente: Seleção</b>						
<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>
<b>Práticas</b> <b>Ponto</b> <b>Máximo: 35</b> <b>pontos</b>	4. Existência da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (P)	REMUME ou lista de medicamentos para atenção básica publicada em portaria.	BRASIL, 2001; BRASIL, 2010	0 – Não existe lista de medicamentos para atenção básica 2,5 – Existe uma lista de medicamentos para atenção básica, porém informal. 5 – Existe REMUME ou lista de medicamentos da atenção básica publicada	Lista de Medicamentos, Portaria de publicação.	
	5. Existência de Formulário Terapêutico Municipal (P)	Formulário Terapêutico Municipal elaborado e disponível para acesso dos trabalhadores	BRASIL, 2001; BRASIL, 2010	0 – Não existe Formulário Terapêutico Municipal/Nacional disponível para os trabalhadores 2,5 – Existe Formulário Terapêutico Nacional disponível para os trabalhadores 5 – Existe Formulário Terapêutico Municipal disponível para acesso dos trabalhadores	Formulário Terapêutico Municipal ou Nacional e Observação	
	6. Existência de método de elaboração da REMUME ou listas de medicamentos da atenção básica (P)	A REMUME elaborada com base na RENAME, RESME e a partir das necessidades decorrentes do perfil epidemiológico da população.	BRASIL, 2001; BRASIL, 2006b	0 – Não existe REMUME 2,5 – Existe REMUME baseada na RENAME/RESME 5 – Existe REMUME baseada na RENAME/RESME e perfil epidemiológico da população	Informante chave	
	7. Realização de revisão/atualização periódica da REMUME (P)	REMUME revisada e atualizada a cada dois anos.	BRASIL, 2006d	0 – Existe REMUME sem revisão/ atualização 2,5 – Existe REMUME com atualização superior a 2 anos ou com programação para próxima atualização 5 – Existe REMUME com atualização/revisão ocorrida com 2 anos ou menos	Publicação da REMUME e atualizações/ revisões e regimento da CFT	
	8. Divulgação da REMUME/ RENAME (P)	REMUME/RENAME divulgada aos trabalhadores de saúde e população.	BRASIL, 2001; BRASIL, 2006b; BRASIL 2012.	0 – Não existe REMUME/RENAME fixada nas unidades de saúde e consultórios para acesso da população e trabalhadores 2,5 – Existe REMUME/RENAME fixada nas unidades de saúde ou consultório para acesso da população e trabalhadores 5 – Existe REMUME/ RENAME fixadas nas unidades de saúde e consultórios para acesso da população e trabalhadores	Observação	

<b>Componente: Seleção</b>						
<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>
<b>Práticas</b>	9. Utilização da REMUME/RENAME (P)	REMUME/RENAME utilizada como instrumento norteador de prescrição, aquisição e programação.	BRASIL, 2001; BRASIL, 2006b	0 – Não utiliza REMUME/RENAME para prescrição e programação e aquisição 2,5 – Utiliza REMUME/RENAME na prescrição ou na programação e aquisição 5 – Utiliza a REMUME/RENAME na prescrição, programação e aquisição.	Informante chave, receitas médicas e documentos oficiais de programação e da licitação (edital).	
	10. Existência de regulamentação para aquisição e disponibilização de medicamentos imprescindíveis e fora da REMUME	Publicação em portaria dos procedimentos padrões para a aquisição e disponibilização de medicamentos imprescindíveis e fora da REMUME/RENAME		0 – Não existe publicação e procedimentos padrões para aquisição e disponibilização dos medicamentos fora da REMUME/RENAME 2,5 – Existe procedimento padrões para aquisição e disponibilização de medicamentos fora da REMUME/RENAME porem não publicados 5 – Existe publicação de portaria com os procedimentos padrões para a aquisição e disponibilização de medicamentos fora de REMUME/RENAME	Informante Chave e Portaria ou documento com os procedimentos	

Fonte: Elaborado pela autora

### 4.1.3. Programação

A programação é a atividade do setor de assistência farmacêutica que garante regularidade do suprimento de medicamentos. Relaciona-se com a seleção de medicamentos, pois depende dos medicamentos selecionados para tratamento das doenças prevalentes no município. Alimenta o processo de aquisição e depende das informações fornecidas pelo processo de controle de estoque do componente armazenamento.

A execução do componente programação requer poucos gastos com recursos financeiros, materiais e humanos, pois depende principalmente da capacidade de planejamento e de técnicas gerenciais. Necessita realizar cálculos que considerem dados epidemiológicos, de recursos financeiros e de consumo para garantir o suprimento regular dos medicamentos.

Os critérios utilizados para avaliação deste componente referem-se à qualidade de dados da programação para uma boa aquisição, à base de cálculo utilizado nos municípios para as quantidades de medicamentos, ao registro dos procedimentos operacionais padrão e à descentralização da programação às unidades dispensadoras (Quadro 4).

Portanto consideramos como importante ação de programação a elaboração de um catálogo ou manual com especificações técnicas do medicamento (nome do medicamento por Denominação Comum Brasileira (DCB) e por ordem alfabética, número código do medicamento, forma farmacêutica, concentração, apresentação da embalagem, especificações técnicas e níveis de utilização) para orientar a aquisição deste. Bem como a definição das quantidades de medicamentos necessárias para suprir as unidades dispensadoras por determinado período, devendo para isso considerar uma combinação de dados, tais como recursos financeiros disponíveis para a aquisição de medicamentos, o perfil epidemiológico, pensando-se na sazonalidade das doenças, pois o perfil já foi considerado na seleção, período de aquisição, espaço para armazenamento, dados do consumo e de oferta de serviços (BRASIL, 2006b).

A realização desse processo na unidade dispensadora avalia a capacidade gerencial local e diminui possíveis erros de cálculo, pois o nível local tem maior proximidade do paciente e o adequado registro do tratamento possibilita cálculos fidedignos com a redução de falhas de programação e assim, conseqüentemente, racionalização de recursos financeiros e diminuição de perdas, por isso a pertinência da inclusão deste critério na avaliação do município. A existência de um sistema de informação integrado a todas as unidades

dispensadoras diminui a necessidade de descentralização deste processo, pois o sistema pode fornecer dados da programação local, porém não proporciona a avaliação da capacidade gerencial do nível local.

Todos os procedimentos de cálculo da programação devem ser padronizados e registrados em Procedimento Operacional Padrão (POP) e ainda, estarem disponíveis para os responsáveis da realização deste, como forma de garantia de uma boa programação e de reprodução dos cálculos. Assim apresentamos a matriz com os critérios selecionados para o componente *programação*.



**Quadro 4 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Programação**

<b>Componente: Programação</b>						
<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs .</b>
<b>Gestão</b> <b>Ponto Máximo: 5 Pontos</b>	11. Existência de pessoal que realize a programação nas unidades dispensadoras e central de abastecimento (E)	Pessoal responsável pela execução da programação na central de abastecimento e nas unidades dispensadoras	BRASIL, 2006b	0 – Não há pessoal para realização da programação na unidade dispensadora e central de abastecimento 2,5 – Não há pessoal para realizar a programação na unidade dispensadora ou central de abastecimento 5 – Há pessoal para realizar a programação na unidade dispensadora e central de abastecimento	Informante chave e relatórios ou memória de cálculo da programação	
<b>Práticas</b> <b>Ponto Máximo: 30 Pontos</b>	12. Existência de normas e procedimentos operacionais com método e critérios de programação (P)	Normas ou procedimentos operacionais, com critérios e metodologia para a elaboração da programação e período de cobertura, elaborados e disponíveis para quem realiza o procedimento.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe normas ou procedimentos operacionais padrão de programação formalizados e disponíveis para quem realiza o procedimento 5 – Existem normas ou procedimentos operacionais padrão de programação formalizados e disponíveis para quem realiza o procedimento	POP's de programação e informante chave	
	13. Base de cálculo utilizado para programação das quantidades de medicamentos (P)	Programação realizada com a combinação de diversas bases de cálculo, perfil epidemiológico, consumo histórico, consumo médio mensal (CMM) e oferta de serviços e recursos orçamentários e financeiros.	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c	0 – Não utiliza nenhuma base de cálculo de programação ou não há programação 2,5 – Baseiam-se apenas consumo histórico e recursos financeiros disponíveis 5 - Utilizam a combinação de diversas bases de cálculo de programação, perfil epidemiológico, consumo históricos, CMM, oferta de serviços e recursos financeiros.	Informante chave, relatórios ou memória de cálculo da programação.	
	14. Existência de manual ou catálogo de especificação técnica do medicamento (P)	Manual ou catálogo de especificações técnicas dos medicamentos elaborados e disponíveis para acesso no processo de aquisição, constando: nome do medicamento por DCB e por ordem alfabética, número código do medicamento, forma farmacêutica, concentração, apresentação da embalagem, especificações técnicas e níveis de utilização.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe catálogo de medicamentos ou manual de especificações técnicas 2,5 – Existimos manuais ou lista de medicamentos com algumas especificações técnicas, porém não todas exigidas. 5 – Existe catálogo ou manual de especificações técnicas constando: nome do medicamento por DCB e por ordem alfabética, número código do medicamento, forma farmacêutica, concentração, apresentação da embalagem, especificações técnicas e níveis de utilização.	Manual ou catálogo de especificações técnicas	

<b>Componente: Programação</b>						
<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Graduação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs .</b>
<b>Práticas</b>	15. Cumprimento da programação(P)	Medicamentos adquiridos conforme programação, quantidades e período de cobertura.	BRASIL, 2006b,	0 – Não cumpriu a programação ou não realiza programação 2,5 – Cumpriram parcialmente a programação 5 – Cumpriram totalmente a programação	Informante chave	
	16. Eficiência da base de cálculo da programação do município (P)	Central de abastecimento sem acúmulo ou falta de medicamento.	BRASIL, 2006b	0 – Ocorreu desabastecimento ou acúmulo de estoque de todos os medicamentos na central de abastecimento nos últimos três meses 2,5 – Ocorreram desabastecimento ou acúmulo de estoque de alguns medicamentos na central de abastecimento nos últimos três meses 5 – Não houve falta de medicamento e nem acúmulo de medicamentos nos últimos três meses na central de abastecimento	Informante chave e relatório de estoque dos últimos três meses	
	17. Descentralização da programação à unidade dispensadora (P)	Unidade dispensadora realizando programação das quantidades necessárias de medicamentos para sua região adstrita, com a combinação de dados de consumo, perfil epidemiológico e oferta de serviços.	BRASIL, 2006b	0 – Unidade dispensadora não realiza programação de seus medicamentos 2,5 – Unidades dispensadora realizam programação, porém considera apenas dados de consumo. 5 – Unidades dispensadora realizam programação com a combinação de várias bases de cálculo	Relatório de programação da unidade dispensadora	

Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.1.4. Aquisição

O componente *aquisição* de medicamentos visa assegurar a compra de medicamentos seguros, em tempo oportuno, pela melhor relação custo-efetividade.

Sendo assim as ações iniciam-se com a formação da equipe que deve incorporar pessoal qualificado para a execução das ações. A aquisição é um processo complexo da assistência farmacêutica que envolve diversos setores dentro e fora da Secretaria de Saúde e isto trouxe vários questionamentos nos julgamentos dos especialistas, tais como se é função ou não da assistência farmacêutica a definição de modalidade de compra e o acompanhamento de processo. Acreditamos que estas ações necessitam um serviço integrado, com troca de informações técnicas entre o setor de assistência farmacêutica e administrativa do setor de licitação do município, para que não haja falhas no processo. Portanto a participação de pessoal da assistência farmacêutica qualificado com conhecimento de lei de licitação, registro de preços, pregão, legislação sanitárias relacionadas ao medicamento, autorização de funcionamento, licença sanitária, boas práticas de fabricação e recolhimento e problemas existentes na área de medicamentos, no processo licitatório, é uma forte ferramenta para superação de erros na aquisição de medicamento e por isso um importante critério de avaliação deste (BRASIL, 2006b). Assim foram aceitas a sugestões dos especialistas da inclusão de critério na matriz para a emissão de parecer técnico do farmacêutico quanto à licitação bem como a capacitação deste para o processo.

Esta equipe do setor farmacêutico tem ainda a função de planejar o recurso financeiro no orçamento anual da Secretaria de Saúde e executar o planejamento de compra.

Critérios voltados para a existência de requisitos técnicos (marca do medicamento, fabricante, procedência do medicamento, especificações técnicas - forma farmacêutica, concentração, condições de conservação, apresentação -, requisitos de entrega - embalagem, rótulos, bulas e validade dos medicamentos -, registro sanitário, autorização especial de funcionamento emitido pela ANVISA em caso de medicamentos da portaria nº344/98, certificado de cumprimento de boas práticas de fabricação e certificado de boas práticas de fabricação e controle, inscrição da empresa no Conselho Regional de Farmácia (CRF), licença sanitária emitida pela vigilância local) e administrativos (documentação fiscal - medicamentos devem ser entregues com documento fiscal em duas vias constando nome do medicamento por princípio ativo, quantidade, lote, validade, preço unitário do medicamento -, cumprimento de prazo de entrega dos medicamentos e das condições de transporte dos

medicamentos adquiridos) devem ser solicitados via edital de licitação às empresas concorrentes, com vistas a garantir a compra de medicamentos de qualidade e seguros de fornecedores administrativamente aptos (BRASIL, 2006b).

A existência de um cadastro de fornecedores no setor de assistência farmacêutica auxilia o processo de seleção das empresas, pois permite visualizar e acompanhar o cumprimento dos requisitos técnicos e administrativos pelas empresas, no ato da entrega (BRASIL, 2006b). Estes dados poderão subsidiar licitações futuras, incluindo-se em edital o requisito de que as empresas concorrentes não poderão ter ocorrências com pendências de entrega em seu cadastro. Portanto este compôs a matriz de critérios da avaliação do processo de aquisição.

A deflagração da aquisição deve considerar a capacidade de armazenamento, modalidade de compra, disponibilidade e capacidade do fornecedor, nível de estoque e ainda recursos orçamentários e financeiros, para evitar futuras faltas de medicamentos nas centrais de abastecimentos. A existência de normas e procedimentos operacionais padrão constando todos os procedimentos para a aquisição de medicamentos, como e quando enviar o processo para o setor de compras, andamentos e responsáveis, auxilia a organização dos fluxos e deflagração do processo em tempo oportuno, sendo assim constituem importantes critérios de avaliação da aquisição de medicamentos.

**Quadro 5 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Aquisição**

<b>Componente: Aquisição</b>						
<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Graduação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>
<b>Gestão</b> <b>Ponto</b> <b>Máximo:</b> <b>40 pontos</b>	18. Existência de requisitos técnicos exigidos em Edital na aquisição de medicamentos (P)	Edital solicitando das empresas concorrentes que a proposta conste os seguintes requisitos técnicos: marca do medicamento, fabricante, procedência do medicamento, especificações técnicas (forma farmacêutica, concentração, condições de conservação, apresentação), requisitos de entrega (embalagem, rótulos, bulas e validade dos medicamentos), registro sanitário, autorização especial de funcionamento emitido pela ANVISA em caso de medicamentos da portaria nº344/98, certificado de cumprimento de boas práticas de fabricação e certificado de boas práticas de fabricação e controle, inscrição da empresa no CRF, licença sanitária emitida pela vigilância local.	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006d	0 – 0% a <20% dos editais de licitação de medicamentos não solicitam requisitos técnicos para empresas concorrentes ou menos que 50% dos requisitos 2,5 – 20% a <70% dos editais solicitam de 50% a <75% dos requisitos técnicos para as empresas concorrentes 5 – 70% a 100% dos editais solicitam de 75% a 100% dos requisitos técnicos para as empresas concorrentes	Editais de licitação	Requisitos de entrega – Embalagem: original e em perfeito estado, sem violação, aderência e umidade. Rótulos e bulas: devem conter todas as informações em língua portuguesa. Validade: não deverá ser inferior a 12 meses a contar da entrega do produto.
	19. Existência de requisitos administrativos exigidos em Edital de aquisição de medicamentos (P)	Edital solicitando das empresas concorrentes os seguintes requisitos administrativos: Documentação fiscal (medicamentos devem ser entregues com documento fiscal em duas vias constando nome do medicamento por princípio ativo, quantidade, lote, validade, preço unitário do medicamento), cumprimento de prazo de entrega dos medicamentos, condições de transporte dos medicamentos adquiridos.	BRASIL, 2006b; BRASIL 2006d	0 – 0% a <20% dos editais de licitação de medicamentos não solicitam requisitos administrativos para empresas concorrentes ou menos que 50% dos requisitos 2,5 – 20% a <70% dos editais solicitam de 50% a <75% dos requisitos administrativos para as empresas concorrentes 5 – 70% a 100% dos editais solicitam de 75% a 100% dos requisitos administrativo para as empresas concorrentes	Editais de licitação	

Dimensão	Critério	Padrão ou parâmetro	Documento de base	Graduação	Meios de verificação	Obs.
Gestão	20. Existência de pessoal qualificado para acompanhamento do processo de licitação (E)	Pessoal com conhecimento de lei de licitação, registro de preços, pregão, legislação sanitárias relacionadas ao medicamento, autorização de funcionamento, licença sanitária, boas práticas de fabricação, recolhimento e problemas existentes na área de medicamentos, que participe dos processos de licitação e habilitação nos processos de aquisição de medicamentos.	BRASIL, 2006b	0 – Não há pessoal para acompanhamento dos processos de licitação para aquisição de medicamentos pela equipe de AF 2,5 – Há pessoal para acompanhamento dos processos de licitação para aquisição de medicamentos pela equipe de AF, porém sem o conhecimento necessário. 5 - Há pessoal qualificado para acompanhamento dos processos de licitação para aquisição de medicamentos pela equipe de AF	Informante chave	
	21. Capacitação da equipe de aquisição do setor de AF quanto aos processos licitatórios (P)	Realização de capacitação do pessoal da AF quanto aos processos de licitação e legislação concernente.	ANVISA, 2009	0 – Não houve capacitação em aquisição para o setor de AF até o momento. 2,5 – Não houve capacitação em aquisição para o setor de AF até o momento, porém está previsto para o ano. 5 – O pessoal da AF foi capacitado em licitação este ano	Registro de capacitações e plano de capacitações do RH e Informante-chave	
	22. Modalidade de compra utilizada (P)	Modalidades de compra de pregão, registro de preço ou compra com laboratórios oficiais utilizadas para aquisição de medicamentos.	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006d	0 – Mais de 50% do recurso anual gasto na aquisição de medicamentos para farmácia básica ocorreram por dispensa de licitação (compra direta), por convite. 2,5 – De 50% a 70% do recurso anuais gasto na aquisição de medicamentos para farmácia básica ocorreram por pregão, registro de preço ou por compra de laboratórios oficiais. 5 – Mais de 70% do recurso anual gasto na aquisição de medicamentos para farmácia básica ocorreram por pregão, registro de preço ou por compra de laboratórios oficiais.	Informante chave, e editais de aquisição de medicamentos.	

Dimensão	Critério	Padrão ou parâmetro	Documento de base	Gradação	Meios de verificação	Obs.
Gestão	23. Orçamento da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) (P)	Lei Orçamentária Anual do município prevendo no mínimo o valor pactuado em Comissão inter gestora bipartite (CIB), de recurso próprio e repasse fundo a fundo, no seu orçamento, alocados para assistência farmacêutica na atenção básica.	BRASIL, 2006c; BRASIL, 2010; MATO GROSSO, 2011.	0 – Não há no orçamento do Fundo Municipal de Saúde recursos alocados para AFB 2,5 – Há recursos alocados no orçamento do FMS para AFB, porém inferior ao pactuado por ano em CIB. 5 – Há recursos alocados no orçamento do FMS para AFB igual ou superior ao pactuado por ano em CIB	Lei Orçamentária Anual do Município	
	24. Financiamento da AFB (P)	Recursos financeiros da AFB transferidos fundo a fundo mensalmente na conta do FMS conforme pactuação em CIB	BRASIL, 2010 MATO GROSSO, 2011	0 – Não há transferências dos valores pactuados na conta do FMS das três instâncias gestoras 2,5 – Há transferências dos valores pactuados na conta do FMS de uma ou duas instâncias gestoras 5 – Há transferência dos valores pactuados na conta do FMS das três instâncias gestoras	Extrato da conta do FMS	Obs.: este critério deve ser monitorado mensalmente
	25. Execução do recurso financeiro da AFB (P)	Execução de 100% do recurso financeiro da AFB anual sendo executado pelo município na aquisição de medicamentos e/ou ainda 15% do recurso estadual e municipal em qualificação de recursos humanos e estruturação de farmácias.	BRASIL, 2010 MATO GROSSO, 2011	0 – Município executou 0 à <50% do recurso financeiro disponível para AFB no ano 2,5 – Município executou 50% à 100% do recurso financeiro em aquisição de medicamentos e não investiu em qualificação de recursos humanos e estruturação de farmácias 5 – Município executou 50% a 100% do recurso financeiro em aquisição de medicamentos executou de até 15% do recurso estadual e municipal na qualificação de recursos humanos e estruturação de farmácias	Relatório anual de Gestão	

Dimensão	Critério	Padrão ou parâmetro	Documento de base	Gradação	Meios de verificação	Obs.
<b>Práticas</b> <b>Ponto máximo:</b> <b>25 pontos</b>	26. Existência de normas e procedimentos operacionais com os critérios e prazos de envio dos processos de aquisição ao setor de compras (P)	Normas ou procedimentos operacionais padrões redigidos no setor de assistência farmacêutica constando critérios de como e quando enviar os processos para o setor de compra, e que estejam disponíveis para acesso dos responsáveis pela execução do processo de aquisição.	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006d	0 – Não existem normas e procedimentos operacionais padrões redigidos com critérios e prazos de envio dos processos de aquisição ao setor de compras disponíveis para os responsáveis pelo processo de aquisição na AF. 5 – Existem normas e procedimentos operacionais padrões redigidos com critérios e prazos de envio dos processos de aquisição ao setor de compras disponíveis para os responsáveis pelo processo de aquisição na AF.	Normas e procedimentos operacionais	
	27. Existência de normas e procedimentos operacionais do fluxo do processo de aquisição (P)	Normas ou procedimentos operacionais para o fluxo do processo de aquisição redigido constando: fontes de recurso, periodicidade, fluxo do processo com as atribuições e responsabilidades dos setores envolvidos (assistência farmacêutica, planejamento, orçamento, finanças, administrativo/aquisição).	BRASIL, 2006b BRASIL, 2006d	0 – Não existe normas e procedimentos operacionais com fluxo dos processos de aquisição redigidos 5 – Existem normas e procedimentos operacionais com fluxo dos processos de aquisição redigidos constando: fontes de recurso, critérios para iniciar compra (periodicidade), fluxo do processo com as atribuições e responsabilidades dos setores envolvidos (assistência farmacêutica, planejamento, orçamento, finanças, administrativo/aquisição).	Normas e procedimentos operacionais	
	28. Deflagração do processo de aquisição (P)	Processo de aquisição deflagrado em tempo oportuno pela AF considerando capacidade de armazenamento, modalidade de compra, disponibilidade e capacidade do fornecedor, nível de estoque, e ainda recursos orçamentários e financeiros.	BRASIL 2006c	0 – 50% a 100% dos processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento 2,5 – >0% à <50% dos processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta de medicamentos 5 – Nenhum dos processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta de medicamentos	Processos de aquisição, informante chave e relatórios de estoque.	



<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>
<b>Práticas</b>	29. Existência de cadastro e acompanhamento de fornecedores (P)	Cadastro de fornecedores disponível para acesso, com informação de desempenho na entrega, cumprimento dos requisitos técnicos e administrativos na entrega do produto.	BRASIL, 2006b; BRASIL 2006d	0 – Não existe cadastro de fornecedores 2,5 – Existem cadastro de fornecedores, mas não o utiliza para o processo de seleção de fornecedores. 5 – Existem cadastro de fornecedores e o utiliza para o processo de seleção de fornecedores	Informante Chave e cadastro de fornecedores	
	30. Existência de acompanhamento do processo de compra e avaliação técnica da AF no julgamento com emissão de parecer técnico (P)	Processo de compra acompanhado por equipe da Assistência farmacêutica com emissão de parecer técnico sobre avaliação dos itens concorridos pela empresa.		0 – Não existe acompanhamento do processo de compra pela equipe de AF 2,5 – Há acompanhamento do processo de compra sem a emissão de parecer técnico pela equipe de AF 5 – Há acompanhamento do processo de compra e emissão de parecer técnico pela equipe de AF	Informante chave e parecer técnico	

Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.1.5. Armazenamento

O componente *armazenamento* tem por finalidade assegurar a qualidade do medicamento através de condições adequadas de armazenamento, bem como sua guarda e controle de estoque.

Portanto os critérios de avaliação deste componente relacionam-se com um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem diversas atividades voltadas para o recebimento, estocagem, armazenamento, segurança, conservação e controle de estoque do medicamento.

O recebimento de medicamentos está diretamente ligado ao componente *aquisição*, pois responde pela conferência das especificações técnicas (nome da substância (DCB), forma farmacêutica, concentração, apresentação, condição de conservação e transporte, inviolabilidade, embalagem/ rótulo, lote, validade, registro sanitário, responsável técnico, certificado de análise ou laudo de controle de qualidade) e administrativas (análise documental, nome do produto, prazo de entrega, quantidade, preço unitário e total) do produto adquirido.

Para o correto armazenamento a estrutura física da central de abastecimento deve ter piso plano e com espessura suficiente para suportar as cargas, sem rachaduras ou fissuras, paredes de cor clara, pintura lavável isenta de rachaduras, infiltrações e umidade, portas pintadas a óleo, preferencialmente esmaltadas ou de alumínio com dispositivo de segurança automático, teto com forro adequado, com exaustores e telhas térmicas com uso de poliuretano, ou de fibra de vidro ou de lã, janelas com telas de proteção contra entrada de animais e de luz solar direta nos medicamentos. As instalações elétricas devem ser vistoriadas periodicamente, com tomadas suficientes e adequadas para todos os equipamentos sem a utilização de adaptadores e extensões elétricas. As instalações sanitárias não devem ter comunicação direta com a área de estocagem e devem ser apropriadas para não causar mau cheiro no local. Estes são itens imprescindíveis para garantia da qualidade de armazenamento sendo aplicável às centrais de abastecimento e unidades dispensadoras que possuem área de estocagem (BRASIL, 2006b, ANVISA, 2009).

O local de estocagem deve possuir coletores de lixo tampados, armários para guarda de pertences de funcionários separados do estoque, estantes/ prateleiras, estrados para armazenamento, extintores de incêndio fixados nas paredes e sinalizados, termômetro, higrômetro ou psicrômetro, armário de aço com chave para armazenar psicotrôpicos (ou sala

específica), câmara fria ou refrigeradores, empilhadeiras para centrais de abastecimento farmacêuticas de grande porte, fichários e pastas suspensas para arquivo, placas indicativas e material de escritório (BRASIL, 2006b, BRASIL, 2010b). Estes compõem assim os materiais necessários para o correto armazenamento de medicamentos e, portanto se constituem em critério de avaliação em nossa matriz.

Algumas condições de armazenamento devem ser respeitadas, tais como área livre de poeira, lixo, roedores e insetos, medicamentos distantes de ar condicionados, estufas, ou sobre geladeiras ou freezers, ambiente arejado e climatizado, com temperatura entre 15° e 30° C e umidade relativa entre 40 a 70%. Iluminação natural, se artificial de luz fria e sem contato direto nos medicamentos. Geladeiras e freezer sem misturar insumos, vacinas e alimentos com medicamentos termolábeis que devem ser armazenados conforme temperatura indicada. Empilhamento máximo de caixas respeitado (BRASIL, 2006b, ANVISA, 2009).

A organização do local de armazenamento também constitui importante critério de avaliação, pois garante a guarda e controle do medicamento. Conforme regras de armazenamento os medicamentos e insumos de custo mais elevados devem ser armazenados distantes das áreas de recepção, dispensação/expedição e administração, que devem estar próximas à entrada, para evitar o acesso fácil de pessoas estranhas. O estoque deve ser organizado, identificado e bem sinalizado, com área apropriada para termolábeis, psicofármacos, inflamáveis, material médico hospitalar e outro que exija condições específicas. Os medicamentos devem estar dispostos de maneira que permita fácil identificação e os mais próximos de vencer localizados de forma a saírem primeiro, auxiliando assim o controle do estoque (BRASIL, 2006b, ANVISA, 2009). Para o efetivo controle do estoque um sistema de informação torna-se necessário, ou ainda fichas de controle para cada medicamento, a realização de inventário para a conferência do estoque também é um importante processo no controle.

A existência de procedimentos operacionais padrões elaborados para as diversas atividades (recebimento, controle de estoque, inventário, disposição, descarte de medicamentos) do componente *armazenamento* e disponíveis aos responsáveis pela execução, garantem a padronização das ações, auxiliando a realização destas de maneira a alcançar os objetivos do componente.

Assim para o monitoramento e avaliação do componente *armazenamento* alguns documentos são necessários, como forma de verificação dos critérios, tais como relatório de notificações de ocorrências de recebimento e relatório de inventário, fichas de controle de

temperatura e umidade, dentre outros descritos no quadro 10 (Apêndice 9). A técnica de observação (Apêndice 10) e entrevista com informante-chave (Apêndice 11) também deverão ser utilizadas.

**Quadro 6 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Armazenamento**

<b>Componente: Armazenamento</b>						
<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Graduação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>
<b>Gestão</b>  <b>Ponto Máximo:</b> <b>35 pontos</b>	31. Existência de instalações físicas adequadas para armazenamento na Central de abastecimento farmacêutico (CAF) (E)	CAF com piso plano e com espessura suficiente para suportar as cargas, sem rachaduras ou fissuras, paredes de cor clara, pintura lavável isentas de rachaduras, infiltrações e umidade, portas pintadas a óleo, preferencialmente esmaltadas ou de alumínio com dispositivo de segurança automático, teto com forro adequado, com exaustores e telhas térmicas com uso de poliuretano, ou de fibra de vidro ou de lã, janelas com telas de proteção contra entrada de animais, e de luz solar direta nos medicamentos.	BRASIL, 2006b	0 – > 50% das instalações físicas adequadas para armazenamento na CAF 2,5 – 50% á >100% das instalações físicas adequadas para armazenamento na CAF 5 – Todas as instalações físicas adequadas para armazenamento na CAF	Observação e informante chave	
	32. Existência de instalações elétricas adequadas para armazenamento na CAF (E)	CAF com instalações elétricas vistoriadas periodicamente, com tomadas suficientes e adequadas para todos os equipamentos sem a utilização de adaptadores, e extensões elétricas.	BRASIL, 2006b	0 – > 50% das instalações elétricas adequadas para armazenamento na CAF 2,5 – 50% á >100% das instalações elétricas adequadas para armazenamento na CAF 5 – Todas as instalações elétricas adequadas para armazenamento na CAF	Observação e informante chave	
	33. Existência de instalações sanitárias adequadas na CAF (E)	CAF com instalações sanitárias sem comunicação direta com a área de estocagem apropriada para não causar mau cheiro no local.	BRASIL, 2006b	0 – Instalação sanitárias com abertura para área de estocagem e causando mau cheiro 5 – Instalações sanitárias sem comunicação para área de estocagem e apropriadas para não causar mau cheiro no local	Observação	

Dimensão	Critério	Padrão ou parâmetro	Documento de base	Gradação	Meios de verificação	Obs.
Gestão	34. Existência de materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção da CAF (E).	CAF com coletores de lixo tampados, armários para guarda de pertences de funcionários separados do estoque, estantes/ prateleiras, estrados para armazenamento em quantidade suficiente, extintores de incêndio fixados nas paredes e sinalizados, termômetro, higrômetro ou psicrômetro, armário de aço com chave para armazenar psicotrópicos (ou sala específica), câmara fria ou refrigeradores, empilhadeiras para CAF's de grande porte, fichários e pastas suspensas para arquivo, placas indicativas, material de escritório.	BRASIL, 2006b	0 – > 50% dos materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção na CAF. 2,5 – 50% á >80% dos materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção na CAF. 5 – de 80% a 100% dos materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção na CAF.	Observação	
	35. Organização interna da Central de abastecimento farmacêutico (P)	Medicamento estocado de forma ordenada, com área apropriada para termolábeis, psicofármacos, inflamáveis, material médico hospitalar e outro que exija condições específicas, e bem sinalizadas. Área para atividades operativas (recepção, dispensação/expedição e administração) próximas à entrada. Prateleiras dispostas de costas entre si e mantidas uma distância mínima de pelo menos 50cm da parede, e com identificação. Estrados rentes ao chão e com certa altura que permita a limpeza e organizados de maneira que permita a circulação e movimentação do estoque.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe nenhuma organização interna (layout) que permita a guarda e armazenamento dos medicamentos e materiais 2,5 – Existem uma organização interna para guarda e armazenamento, porém não conforme as orientações do ministério. 5 – Existem organização interna conforme as orientações do ministério	Observação	

Dimensão	Critério	Padrão ou parâmetro	Documento de base	Gradação	Meios de verificação	Obs.
Gestão	36. Existência de pessoal qualificado para armazenamento de medicamentos na Central de abastecimento farmacêutico (E)	Equipe para armazenamento contendo pelo menos um farmacêutico, uma pessoa para separar medicamentos outra para conferir, e uma pessoa para registrar as entradas e saídas. Esta equipe treinada para o manuseio e armazenamento dos medicamentos.	BRASIL, 2006b	0 – Não possui equipe mínima para uma central de armazenamento 2,5 – Possuem equipe mínima, porém nunca foram qualificados/ treinados. 5 – Possuem equipe mínima e foram treinados para o manuseio e armazenamento de medicamentos	Informante chave	
	37. Condições relacionadas à estrutura física de estocagem dos medicamentos nas centrais de abastecimento e Unidades dispensadoras (P)	Ambiente arejado e climatizado, com temperatura entre 15° e 30° C, e umidade relativa entre 40 a 70%. Iluminação natural, se artificial de luz fria, e sem contato direto nos medicamentos.	BRASIL, 2006b	0 – Não possui ambiente arejado e climatizado e iluminação natural, se artificial de luz fria, e sem contato direto nos medicamentos na CAF e Unidades dispensadoras. 2,5 – Possuem condições apropriadas de estocagem, com ambiente arejado e climatizado ou iluminação natural, se artificial de luz fria, está em contato direto nos medicamentos apenas na CAF e não nas unidades dispensadoras ou apenas em algumas. 5 – Todas as condições de estocagem são respeitadas na CAF e nas unidades dispensadoras, ambiente arejado e climatizado, com temperatura entre 15° e 30° C, e umidade relativa entre 40 a 70%. Iluminação natural, se artificial de luz fria, e sem contato direto nos medicamentos.	Observação e fichas de controle de temperatura e umidade.	
Práticas Ponto Máximo: 55 pontos	38. Existência de normas e procedimentos operacionais para acesso dos responsáveis pela execução e às especificações.	Normas e procedimentos operacionais padrões para recebimento dos medicamentos elaborados e disponíveis para acesso dos responsáveis pela execução e às especificações.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe normas e procedimentos redigidos quanto ao recebimento de medicamentos disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução 5 - Existem normas e procedimentos redigidos quanto ao recebimento de medicamentos, disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução.	Normas e procedimentos operacionais padrões	

Dimensão	Critério	Padrão ou parâmetro	Documento de base	Gradação	Meios de verificação	Obs.
Práticas	39. Existência de normas e procedimentos para disposição dos medicamentos (P)	Normas e procedimentos operacionais padrão da disposição dos medicamentos elaborados e disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução, informando como dispor os medicamentos, se por ordem alfabética, classe terapêutica, ou outra e organização dos lotes.	BRASIL, 2006b;	0 – Não existe normas e procedimentos operacionais padrões redigidos, disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução, para disposição dos medicamentos. 5 - Existem normas e procedimentos redigidos, disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução, para disposição dos medicamentos.	Normas e procedimentos operacionais Padrão	Este critério aplica-se á CAF, e unidades dispensadoras.
	40. Existência de normas e procedimentos para inventário (P)	Normas e procedimentos operacionais padrão de como realizar o inventário elaborados e disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução, constando período de realização, como proceder em caso de divergência de estoque, e responsáveis.	BRASIL, 2006b;	0 – Não existe normas e procedimentos redigidos, disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução, para inventário dos medicamentos. 5 - Existem normas e procedimentos redigidos, disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução, para Inventário dos medicamentos.	Normas e procedimentos operacionais Padrão	Este critério aplica-se á CAF, e unidades dispensadoras.
	41. Existência de normas e procedimentos para descarte de medicamentos (P)	Normas e procedimentos operacionais padrão, para descarte de medicamentos, elaborados disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução.	BRASIL 2006b	0 – Não existe normas e procedimentos redigidos, disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução, para descarte de medicamentos. 5 - Existem normas e procedimentos redigidos, disponíveis para acesso aos responsáveis pela execução, para descarte de medicamentos.	Normas e procedimentos operacionais Padrão	
	42. Disposição dos medicamentos (P)	Medicamentos organizados de forma lógica, que permita fácil identificação do medicamento, seguindo uma classificação sejam por ordem alfabética, ou classe terapêutica, com os rótulos para frente e dispostos de maneira que os lotes mais próximos de vencer de cada medicamento estejam à esquerda e a frente para saírem primeiro.	BRASIL, 2006b;	0 – Medicamento não está organizado seguindo qualquer classificação e não considera as validades 2,5 – Medicamentos não estão organizados seguindo alguma classificação, porém dispõem os lotes mais próximos de vencer à frente. 5 – Medicamentos dispostos segundo alguma classificação e com os lotes mais próximos a vencer á frente	Informante chave e Observação	Este critério aplica-se á CAF, e unidades dispensadoras.



<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Graduação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>
<b>Práticas</b>	43. Realização de conferência das especificações técnicas no recebimento dos medicamentos na CAF (P)	Especificações técnicas do medicamento conferidas se de acordo com o produto adquirido, no ato do recebimento – nome da substância (DCB), forma farmacêutica, concentração, apresentação, condição de conservação e transporte, inviolabilidade, embalagem/ rótulo, lote, validade, registro sanitário, responsável técnico, certificado de análise ou laudo de controle de qualidade.	BRASIL, 2006b	0 – O medicamento não é conferido no ato do recebimento 2,5 – Apenas algumas especificações técnicas do medicamento (nome do medicamento, forma farmacêutica, apresentação, concentração, lote e validade) são conferidas no ato do recebimento. 5 – Todas as especificações técnicas (nome da substância (DCB), forma farmacêutica, concentração, apresentação, condição de conservação e transporte, inviolabilidade, embalagem/ rótulo, lote, validade, registro sanitário, responsável técnico, certificado de análise ou laudo de controle de qualidade) do medicamento são conferidas no ato do recebimento.	Informante chave, observação, relatório de notificações de ocorrências.	
	44. Realização de conferência das especificações administrativas no recebimento dos medicamentos na CAF (P)	Especificações administrativas do medicamento conferidas se de acordo com o produto adquirido, no ato do recebimento – análise documental, nome do produto, prazo de entrega, quantidade, preço unitário e total.	BRASIL, 2006b	0 – O medicamento não é conferido no ato do recebimento 2,5 – Apenas algumas especificações administrativas (nome do produto, quantidade e preço) do medicamento são conferidas no ato do recebimento. 5 – Todas as especificações administrativas (análise documental, nome do produto, prazo de entrega, quantidade, preço unitário e total) do medicamento são conferidas no ato do recebimento.	Informante chave, observação, relatório de notificações de ocorrências.	

Dimensão	Critério	Padrão ou parâmetro	Documento de base	Graduação	Meios de verificação	Obs.
Práticas	45. Existência de controle de estoque (P)	Informações do medicamento registradas manualmente ou em sistema de informação constando, nome, forma farmacêutica, concentração, apresentação, quantidade atual, lote, validade, movimentação do estoque (entradas e saídas), local de armazenamento, CMM, estoque máximo e mínimo, TR, PR e QR.	BRASIL, 2006b	0 – Não realiza controle de estoque 2,5 – Realizam controle de estoque manual ou informatizado, porém sem informações gerenciais de CMM, estoque máximo e mínimo, TR, PR, QR. 5 – Realizam controle de estoque, manual ou informatizado, com todas as informações gerenciais necessárias.	Fichas ou sistema de informação de controle de estoque	TR – Tempo de reposição PR – Ponto de reposição QR – quantidade de reposição
	46. Realização de inventário (P)	Todos os medicamentos conferidos suas quantidades, lote, validade, por inventário anual. Alguns medicamentos selecionados diariamente para conferência, e ainda de 10% a 20% do estoque conferido periodicamente (mensal, bimestral, trimestral, ou semestral).	BRASIL, 2006b	0 – Não realiza inventário por mais de 1 ano 2,5 – Realizam inventário anualmente de todo o estoque ou de alguns itens periodicamente 5 – Realiza inventário anual de todo o estoque, de alguns itens periodicamente e conferência diária de alguns itens.	Relatório de inventário	Este critério aplica-se à CAF, farmácia, dispensários ou farmácia da unidade de saúde.

Dimensão	Critério	Padrão ou parâmetro	Documento de base	Gradação	Meios de verificação	Obs.
Práticas	47. Condições de estocagem dos medicamentos relacionados a processos de trabalho (P)	Área de armazenamento livre de poeira, lixo, roedores e insetos. Medicamentos distantes de ar condicionados, estufas, ou sobre geladeiras ou freezers. Fichas de controle de temperatura e umidade preenchidas. Medicamentos termolábeis armazenados em geladeira/refrigerador ou freezer, conforme temperatura indicada para armazenamento. Geladeiras e freezer para medicamentos, sem misturar insumos, vacinas e alimentos. Empilhamento máximo respeitado.	BRASIL, 2006b	0 – Área de armazenamentos não possui condições adequadas de estocagem, ambiente com poeira e lixo expostos, com medicamentos próximos às geladeiras e freezers, não realiza controle de temperatura e umidade do ambiente, não é respeitado o empilhamento máximo e há medicamentos e insumos misturados na mesma geladeira. 2,5 – Área de armazenamentos possui condições parcialmente adequadas de estocagem, ambiente livre poeira e lixo, sem medicamentos próximos às geladeiras e freezers, é respeitado o empilhamento máximo, porém não realiza controle de temperatura e umidade do ambiente, há medicamentos e insumos misturados na mesma geladeira. 5 – Possui área de armazenamento livre de poeira, lixo, roedores e insetos. Medicamentos distantes de ar condicionados, estufas, ou sobre geladeiras ou freezers. Fichas de controle de temperatura e umidade preenchidas. Medicamentos termolábeis armazenados em geladeira/refrigerador ou freezer, conforme temperatura indicada para armazenamento. Geladeiras e freezer para medicamentos, sem misturar insumos, vacinas e alimentos. Empilhamento máximo respeitado	Observação e fichas de controle de temperatura e umidade.	
	48. Existência de local próprio para medicamentos vencidos ou danificados para o descarte (P)	Medicamentos vencidos ou danificados guardados em local identificado e reservado para o descarte	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2010b	0 – Medicamento vencido e danificado misturados aos medicamentos para distribuição ou dispensação 2,5 – Medicamentos vencidos ou danificados separados dos medicamentos para distribuição ou dispensação, porém sem identificação. 5 – Medicamentos vencidos e danificados separados dos para distribuição ou dispensação em local identificado	Observação	Este critério aplica-se á CAF, unidades dispensadoras.

Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.1.6. Distribuição

A execução do componente *distribuição* tem por objetivo a disponibilidade do medicamento na unidade dispensadora mais próxima do paciente, em quantidade, qualidade e tempo oportuno.

Portanto os critérios de avaliação apresentados na matriz relacionam-se com a existência de pessoal qualificado e veículos apropriados para a distribuição de medicamentos e aos processos de trabalho que envolve a distribuição (existência de cronograma, de procedimentos operacionais padrões e conferência no ato da distribuição).

Sendo assim os veículos devem possuir isolamento térmico para transporte dos medicamentos termolábeis e que evitem o contato com a luz direta e calor excessivo. Os motoristas devem ser treinados para o manuseio dos medicamentos e forma de transporte, conferência dos medicamentos no ato da saída da Central de abastecimento e da entrada na unidade dispensadora. Estes critérios poderão ser verificados através de entrevista com informante-chave e ainda técnica de observação com roteiro estruturado.

Um cronograma de distribuição anual visa o controle do processo para que não haja falta de medicamentos na unidade dispensadora, apenas a existência do cronograma não remete a sua execução, portanto no processo de avaliação é importante verificar a sua existência e o seu cumprimento, estes critérios serão verificados pela análise de documentos.

Assim segue a matriz com os critérios de avaliação do componente *distribuição*:

**Quadro 7 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Distribuição**

<b>Componente: Distribuição</b>						
<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>
<b>Gestão</b> <b>Ponto Máximo : 10 pontos</b>	49. Pessoal qualificado para transporte dos medicamentos (E)	Motoristas treinados para o manuseio dos medicamentos e transporte.	BRASIL, 2006b	0 – Não há motoristas próprios para a distribuição dos medicamentos 2,5 – Há motorista próprio para a distribuição dos medicamentos, porém nunca foram treinados para o manuseio dos medicamentos. 5 – Há motoristas próprios e treinados para o manuseio dos medicamentos na distribuição	Informante chave	
	50. Existência de veículos apropriados para distribuição (E)	Carros com isolamento térmico para transporte dos termolábeis, com local para acondicionamento dos medicamentos que evitem o contato destes com a luz solar direta e calor excessivo.	BRASIL, 2006b	0 – Não a carros próprios para o transporte de medicamentos no processo de distribuição 2,5 – Há carros próprios para a distribuição dos medicamentos, porém sem local para acondicionamento dos medicamentos para evitar luz direta e calor excessivo. 5 - Há carros próprios para a distribuição dos medicamentos com local para acondicionamento dos medicamentos para evitar luz direta e calor excessivo	Informante chave e observação	
<b>Práticas</b> <b>Ponto Máximo : 20 pontos</b>	51. Existência de Normas e procedimentos operacionais padrão para a distribuição dos medicamentos (P)	Normas e procedimentos operacionais padrão elaborados e disponíveis para acesso, constando todos os procedimentos de análise da solicitação, processamento do pedido, preparação e liberação do pedido, conferência e registro da saída.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe normas e procedimentos redigidos para distribuição de medicamentos 5 – Existem normas e procedimentos redigidos para distribuição de medicamentos	Normas e procedimentos operacionais padrão	
	52. Existência de um cronograma de distribuição (P)	Cronograma de distribuição anual elaborado, estando estabelecido o período de reposição para cada unidade de dispensação.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe cronograma para a distribuição dos medicamentos 5 – Existem um cronograma de distribuição dos medicamentos	Cronograma de distribuição	

<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Graduação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>
<b>Práticas</b>	53. Execução do cronograma de distribuição (P)	Cronograma executado conforme programação.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe cronograma para a distribuição dos medicamentos 2,5 – Existem um cronograma elaborado, porém não é executado conforme programado. 5 – Existem um cronograma de distribuição e é executado conforme programado	Cronograma de distribuição e relatório de distribuição	
	54. Conferência dos medicamentos no ato da saída da CAF e do recebimento na unidade de dispensadora (P)	Medicamento conferido quanto suas propriedades físicas, bem como lote, validade e quantidade na preparação do pedido para distribuição, e conferido no ato do recebimento por responsável na unidade dispensadora.	BRASIL, 2006b	0 – O medicamento não é conferido nem no ato da saída como no recebimento 2,5 – O medicamento é conferido na saída, porém não é conferido no recebimento na unidade dispensadora. 5 – O medicamento é conferido no ato da saída e do recebimento na unidade dispensadora	Observação e informante chave	

Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.1.6. Dispensação

A dispensação é uma ação exclusiva do farmacêutico que consiste na entrega dos medicamentos prescritos ao paciente exercendo a atenção farmacêutica. Tem por objetivo principal o uso correto e racional do medicamento, bem como a adesão do paciente ao tratamento, minimizar erros de prescrição, proporcionar atenção de qualidade, evitar abusos e intoxicações.

Para a execução do componente *dispensação* deve-se garantir estrutura física adequada, ou seja, local na farmácia ou unidade dispensadora com espaço para orientação farmacêutica, contendo mesa com cadeiras de maneira privada para interação do farmacêutico com o usuário, bem como profissional farmacêutico contratado para cada unidade dispensadora e normalização da prescrição e dispensação no município (BRASIL, 2006b).

Um critério relacionado ao número de unidades dispensadoras por região ou habitantes foi pensado inicialmente considerando cobertura uniforme e acesso fácil da população à unidade dispensadora, assim como um critério para a organização do setor relacionado à dispensação, porém não encontramos nacionalmente nenhum embasamento legal.

O manual prático de indicadores de políticas nacionais de medicamentos da OMS possui o indicador de número de farmácias públicas no país, porém este se constitui num indicador de caracterização da rede de assistência farmacêutica sem apresentar um padrão para avaliação.

Nos países da Comunidade Econômica Europeia existem dois modelos de regulação, um anglo-saxônico que não estabelece normas para abertura de farmácias e um mediterrâneo que apresenta restrições geográficas e demográficas para a abertura (LORENZO et.al., 2007).

Após busca de referências internacionais (LORENZO et.al., 2007, MONAGAS, et.al. 2006, EUROPA, 2013, ANIS, 2013), num segundo momento após a consulta a especialistas, decidimos por inclusão do critério de número de unidades dispensadoras por habitante, conforme o padrão da França, pois admite três estágios demográficos: para populações menores que 5.000 habitantes, 2.500 habitantes por farmácia; para populações entre 5.000 e 30.000 habitantes, 3.000 habitantes por farmácia e para populações maiores que 30.000, 3.500 habitantes por farmácia (LORENZO et.al., 2007), pois consideramos que esta graduação equipara-se com as características demográficas dos municípios brasileiros, assim se

diminui erros de avaliação tais como a concentração de unidades dispensadoras em aglomerados populacionais e falta em regiões menos populosas.

A dimensão das práticas do componente dispensação se relaciona as práticas clínicas de atenção farmacêutica (dispensação, orientação farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico) e o registro destas, este constituem informação técnica para o componente *seleção* sendo, portanto responsável pela retroalimentação do ciclo de assistência farmacêutica.



**Quadro 8- Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Dispensação**

<b>Componente: Dispensação</b>						
<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Graduação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs .</b>
<b>Gestão</b> <b>Ponto</b> <b>Máximo:</b> <b>15 pontos</b>	Existência de local para dispensação na unidade dispensadora (E)	Local na unidade dispensadora com espaço para orientação farmacêutica, contendo mesa com cadeiras de maneira privada para interação do farmacêutico com o usuário.	BRASIL 2006b, BRASIL 2009, BRASIL, 1997, BRASIL 2001	0 – Não existe local específico para realização da dispensação com orientação farmacêutica 5 – Existem local específico para realização da dispensação com orientação farmacêutica	Observação	
	Existência de farmacêutico na unidade dispensadora (E)	Presença de farmacêutico como responsável técnico na unidade dispensadora	BRASIL, 2009, BRASIL, 1972, BRASIL, 1982, BRASIL 2001	0 – Não há farmacêutico na unidade dispensadora 2,5 – Há farmacêutico na unidade dispensadora, porém sem responsabilidade técnica no CRF. 5 – Há farmacêutico responsável na unidade dispensadora, como responsável técnico.	Observação e Documento de responsabilidade técnica	
	Número de Unidades dispensadoras por habitantes (E)	Número de unidades dispensadoras > que um considerando que, município com populações menores que 5.000 habitantes devem ter uma unidade dispensadora a cada 2500 habitantes; Municípios com populações entre 5000 e 30.000 habitantes, uma unidade dispensadora a cada 3000 habitantes e municípios com populações maiores que 30.000, 3500 habitantes por unidade dispensadora.		0 – menos que uma unidade dispensadora por número de habitantes, sendo que município com populações menores que 5.000 habitantes devem ter uma unidade dispensadora a cada 2500 habitantes; Municípios com populações entre 5000 e 30.000 habitantes, uma unidade dispensadora a cada 3000 habitantes e municípios com populações maiores que 30.000, 3500 habitantes por unidade dispensadora. 5 – Uma ou mais que uma unidade dispensadora considerando que município com populações menores que 5.000 habitantes devem ter uma unidade dispensadora a cada 2500 habitantes; Municípios com populações entre 5000 e 30.000 habitantes, uma unidade dispensadora a cada 3000 habitantes e municípios com populações maiores que 30.000, 3500 habitantes por unidade dispensadora.	Informante-chave Cadastro CNES Dados IBGE	

Dimensão	Critério	Padrão ou parâmetro	Documento de base	Gradação	Meios de verificação	Obs .
<b>Práticas</b> <b>Ponto</b> <b>Máximo:</b> <b>15 pontos</b>	Existência de registro da dispensação (P)	Existência de cadastro do paciente com informação do tratamento prescrito, medicamentos dispensados, informações passadas ao paciente, e registro de ocorrências no uso do medicamento.	BRASIL, 2006b, BRASIL 2001	0 – Não é realizado nenhum cadastro do paciente com dados da dispensação 5- Há registro da dispensação com anotação no cadastro do paciente para acompanhamento do tratamento	Fichas de dispensação/ prontuário ou sistema de informação	
	Existência de normalização (portaria) do processo de prescrição e dispensação (P)	Normas e procedimentos para prescrição e dispensação elaborados e divulgados aos profissionais de saúde e população.	BRASIL, 2006b, BRASIL 2001	0 – Não existe processo normalizado para a prescrição e dispensação 2,5 – Existem normas e procedimentos operacionais para a prescrição e dispensação, porém não são divulgadas. 5 – Existem normas e procedimentos operacionais para a prescrição e dispensação	Normas e procedimentos operacionais	
	Realização de dispensação, orientação farmacêutica e/ou realização de seguimento farmacoterapêutico (P).	Paciente orientado quanto à prescrição, e como proceder ao tratamento, assegurado o correto uso do medicamento, avaliado as características do paciente sendo escolhida a melhor técnica farmacêutica, dispensação, orientação ou seguimento farmacoterapêutico.	BRASIL, 2006b, BRASIL, 1997, BRASIL 2001	0 – Não há orientação ao paciente quanto o tratamento, apenas entrega do medicamento. 2,5 – Realizam-se apenas o processo de dispensação dos medicamentos 5 – Realizam-se a orientação ao paciente escolhendo-se a técnica mais apropriada para cada paciente, dispensação, orientação ou seguimento farmacoterapêutico.	Observação e informante chave	

Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.1.7. Institucionalização

O componente *institucionalização* perpassa todos os componentes do ciclo, pois se relaciona à garantia de estrutura e organização da assistência farmacêutica e ainda à legalização nos órgãos reguladores de toda a rede farmacêutica. Entende-se por estrutura os recursos humanos e materiais necessários para desenvolver os processos de trabalho, as organizações das atividades e procedimentos que permitem prestar um serviço farmacêutico integral.

A institucionalização torna visível a assistência farmacêutica a todos os setores da Secretaria de Saúde e do município, bem como da população. Ações de monitoramento e avaliação em serviço da assistência farmacêutica foram incluídas enquanto critérios do componente, pois entendemos que estas ações garantem a sustentabilidade do setor, visto que possibilita o direcionamento das ações e a tomada de decisão quando existem falhas na execução do ciclo. Outro critério com objetivo de sustentabilidade é a representação do setor de assistência farmacêutica nas instâncias deliberativas, já que estas permitem maior visibilidade do setor.

A transversalidade do componente se concretiza na garantia de infraestrutura para cada componente do ciclo, nas equipes formadas para cada ação, e na legalização do setor. Sendo assim, apresentamos a seguir a matriz de critérios para monitoramento e avaliação do componente.

**Quadro 9 - Matriz de critérios e padrões para monitoramento e avaliação do componente Institucionalização**

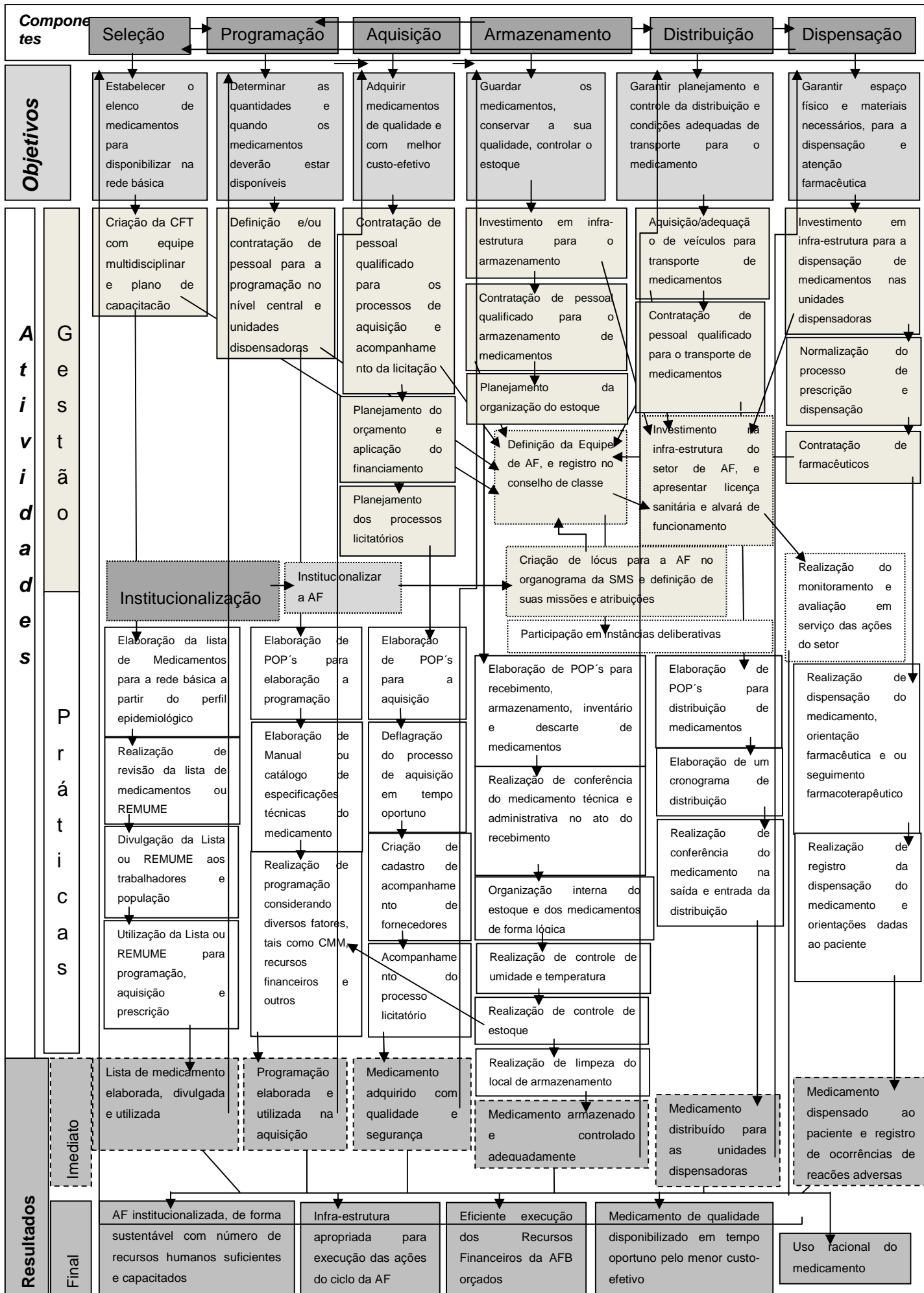
<b>Componente: Institucionalização</b>						
<b>Dimensão</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>
<b>Gestão</b> <b>Ponto</b> <b>Máximo:</b> <b>20 pontos</b>	Existência de lócus da AF no Organograma da SMS (E)	Presença no organograma da Secretaria Municipal de saúde de um lócus para a AF (diretoria/ coordenadoria/ gerência ou superintendência)	BRASIL, 2009a; BRASIL 2006b	0 – Não existe lócus para AF no organograma da SMS 5 – Existem formalmente um lócus para AF no organograma da SMS	Organograma da Secretaria municipal de Saúde	
	Existência de definição da Missão, atribuições e competências da AF (P).	Constar formalmente as competências, missão e atribuições da AF, em documento público ou regimento interno.	BRASIL, 2009a; BRASIL 2006b	0 – Não existe regimento interno ou documento formal com a missão, competências e atribuição da AF. 2,5 – Existe somente missão ou somente competências ou atribuições da AF. 5 – Existem competências, missão e atribuição em regimento interno ou documento formal.	Regimento interno, ou documento que descreva a missão, atribuição e competências da AF.	
	Existência de Alvará Sanitário expedido pelo órgão competente (P)	Estabelecimento farmacêutico apresentando o Alvará Sanitário expedido pelo órgão sanitário competente e afixado em local visível ao público	ANVISA, 2009	0 – O estabelecimento farmacêutico não possui alvará sanitário expedido pelo órgão sanitário competente afixado em local visível 5 – O estabelecimento farmacêutico possui alvará sanitário expedido pelo órgão sanitário competente afixado em local visível	Alvará Sanitário	
	Existência de Certidão de regularidade técnica pelo conselho Regional de Farmácia (P)	Estabelecimento farmacêutico apresentado Certidão de regularidade técnica expedida pelo Conselho Regional de Farmácia e afixado em local visível ao público	ANVISA, 2009	0 – O estabelecimento farmacêutico não possui Certidão de regularidade técnica expedida pelo conselho regional de Farmácia afixado em local visível 5 – O estabelecimento farmacêutico possui Certidão de regularidade técnica expedida pelo conselho regional de Farmácia afixado em local visível	Certidão de regularidade Técnica	

Dimensão	Critério	Padrão ou parâmetro	Documento de base	Gradação	Meios de verificação	Obs.
<b>Práticas</b> <b>Ponto</b> <b>Máximo:</b> <b>10 pontos</b>	Realização de monitoramento e avaliação em serviços pelo setor de assistência farmacêutica (P)	Setor de assistência farmacêutica executando o processo de monitoramento e avaliação das ações planejadas no ano para o setor	BRASIL, 2006b	0 – O setor de Assistência Farmacêutica não realiza o processo de monitoramento e avaliação 5 – O setor de Assistência Farmacêutica realiza o processo de monitoramento e avaliação	Informante-chave Relatório de Monitoramento e avaliação	
	Participação em instâncias deliberativas	A CAF deve possuir pelo menos um funcionário sendo membro efetivo do Conselho Municipal de Saúde, ou Comissão Intergestora Regional.	BRASIL, 2006b	0 – Não possui funcionário da AF membro de instâncias deliberativas 5- Possui pelo menos 1 funcionário da AF membro em instância deliberativa	Resolução da instância deliberativa com os membros efetivos e suplentes.	

Fonte: Elaborado pela Autora

Para concluir a apresentação do modelo teórico-lógico demonstramos todas as atividades da assistência farmacêutica por componente e suas articulações (figura 3).

**Figura 3 - Modelo teórico-lógico da assistência farmacêutica básica: Atividades**



## **4.2. O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA**

O processo de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica ocorrerá nas seguintes etapas:

### **4.2.1. 1ª Etapa – Coleta Preliminar de Dados**

Esta etapa tem por objetivos: a) caracterizar o município para auxiliar o processo de avaliação; b) realizar uma pré-avaliação do município; c) eleger os municípios sujeitos a visita técnica; d) identificar os informantes-chaves; e) elencar a lista de documentos necessários para a visita técnica.

Dois tipos de dados serão levantados nesta etapa: 1) Dados para caracterização do município, tais como perfil socioeconômico e demográfico, situação saúde (mortalidade e morbidade), dados da rede de assistência farmacêutica (unidades dispensadoras e centrais de abastecimento, recursos humanos destinados à assistência farmacêutica); 2) Dados relacionados a todos os critérios apresentados na matriz de análise.

Estes dados fornecem informações básicas sobre as características demográficas, de saúde, econômicas e contextos farmacêuticos em que a assistência farmacêutica é executada. As informações podem ser utilizadas para ajudar a identificar os principais problemas de saúde e no setor de assistência farmacêutica, pois fornecem dados básicos que os gestores responsáveis pelo setor devem conhecer e ter disponível. Estes geralmente devem ser atualizados anualmente. Alguns dos dados podem ser úteis para comparações entre os diversos municípios do Estado.

As informações podem ser coletadas em poucos dias, e para isso é necessário um adequado acesso ao informante-chave no setor da assistência farmacêutica e epidemiologia.

A coleta das informações será por um formulário (Apêndice 8) disponibilizado on-line ao município para preenchimento e devolução ao escritório regional de saúde.



#### **4.2.2. 2ª Etapa – análise dos dados enviados pelos municípios aos escritórios regionais de saúde**

Esta etapa constitui-se na consolidação dos dados levantados anteriormente, na forma de relatórios, apresentando a caracterização do município e a pré-avaliação da assistência farmacêutica. O objetivo é o planejamento das próximas etapas, tais como elencar a lista de documentos que será solicitado ao município e eleger os municípios prioritários para visita técnica.

Uma vez que os dados necessários para a pré-avaliação foram colhidos através do preenchimento do formulário, o próximo passo é processá-los. Os dados serão verificados de forma geral, a assistência farmacêutica como um todo e ainda por componente e dimensão. Para facilitar o processamento e cálculo o programa Microsoft Office Excel será utilizado.

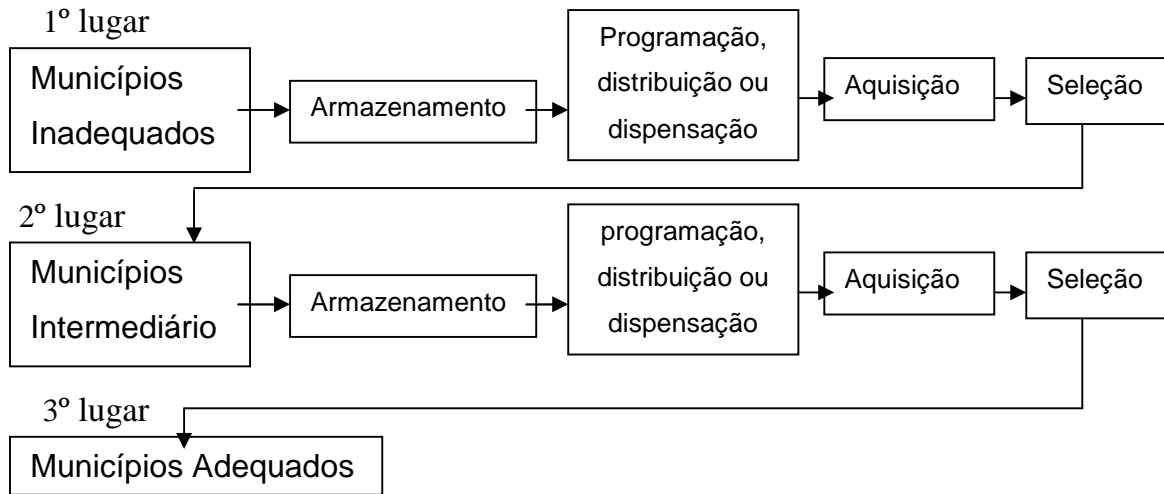
Assim como apresentado anteriormente na metodologia dessa dissertação, o corte para a classificação na avaliação baseia-se nos seguintes percentuais: (I) Inadequado = 0 e 33,3%; (IM) Intermediário = >33,3% e 66,6%; (A) Adequado = > 66,6%.

Assim para a escolha dos municípios prioritários de visita técnica deverá se considerar a avaliação geral do setor da assistência farmacêutica do município, o método de cálculo para avaliação já foi apresentado na metodologia dessa pesquisa. A prioridade se dará da seguinte forma: em primeiro lugar os municípios que foram avaliados na pontuação geral da pré-avaliação como inadequados. Dentre estes, os prioritários seguem a seguinte ordem por componentes: armazenamento, programação, distribuição ou dispensação, aquisição e seleção<sup>3</sup>, em segundo lugar os municípios avaliados na classificação geral como intermediários seguidos pela mesma ordem por componentes; e, terceiro, os municípios adequados. Os fluxos para escolha dos municípios prioritários para visita técnica estão representados na figura 4 a seguir:

---

<sup>3</sup> Esta ordem foi baseada na porcentagem de critérios por componente que utilizam a técnica de observação como meio de verificação.

**Figura 4 - Fluxo para escolha dos municípios prioritários de visita técnica**



Fonte: Elaborado pela autora

Portanto com a análise dos dados deve-se proceder ao planejamento anual de visita técnica aos municípios conforme fluxo acima.

Este processo auxilia a preparação da visita técnica, pois direciona os informantes-chave, permite estabelecer o número de estabelecimentos que serão visitados e assim estimar o período da visita técnica bem com elencar os documentos que serão solicitados na visita ao município. Este compõe a próxima etapa.

#### **4.2.3. 3ª Etapa – solicitação de envio de documentos pelos municípios**

Esta etapa consiste no envio de documentos solicitados aos municípios pelos Escritórios Regionais de Saúde.

Após a análise e processamento dos dados da pré-avaliação, os documentos necessários para verificação de diversos critérios das matrizes de monitoramento e avaliação serão solicitados pelo Escritório Regional de Saúde. O município deverá encaminhar os documentos escaneados via email. O responsável pelo setor de assistência farmacêutica no Escritório Regional de Saúde realiza o preenchimento do check-list dos documentos solicitados (Apêndice 9). Este processo permitirá pontuar os critérios que são avaliados por documentos.

#### 4.2.4. 4ª Etapa – visita técnica

Posteriormente ao processamento dos dados da pré-avaliação é possível elencar os informantes-chave de cada componente do ciclo e as unidades a serem visitadas, o que ocorreu na segunda etapa deste processo de monitoramento e avaliação.

Esta etapa consiste na avaliação *in-loco*, ou seja, no nível local, através de visita técnica, na qual serão coletados os dados através de entrevista com informante-chave e técnica de observação.

A etapa se divide em 5 (cinco) momentos:

##### **1º Momento:** Entrevista com informante-chave

Para realização deste passo deverá ser agendada a entrevista com o informante-chave, anteriormente à visita técnica. O responsável pela assistência farmacêutica do Escritório Regional de Saúde é o responsável pelo agendamento da visita e da entrevista com os informantes-chave pré-selecionados e é o entrevistador ou quem este capacitar para realização.

A entrevista ocorrerá no momento da visita técnica pré-agendada e seguirá um questionário estruturado (Apêndice 11) com perguntas abertas. Deverão ser anotados dados do estabelecimento e do informante chave neste. As entrevistas serão transcritas e então retiradas às informações necessárias para avaliação dos critérios que se relacionam.

O entrevistador deve estar orientado a não serem tendenciosas nas respostas dos informantes-chave, e não emitir julgamentos quando da aplicação do instrumento, para que os dados sejam os mais fidedignos possíveis. Caso o entrevistador ache necessário retornar a questões já respondidas, poderá fazê-lo e, em caso de divergência dos dados, a informação deverá ser confirmada em outro momento ou data.

##### **2º Momento:** Visita às unidades dispensadoras, centrais de abastecimento e setor de assistência farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde.

Este passo consiste na visita à rede de assistência farmacêutica para realização de observação com roteiro estruturado (Apêndice 10).

O roteiro consiste em um check-list para a verificação dos padrões estabelecidos em diversos critérios. Assim será possível por análise e processamento de dados pelo Microsoft Office Excel avaliar a pontuação obtida pelo município.

**3º Momento:** Digitação dos dados coletados em banco de dados e análises dos mesmos.

Os dados coletados na entrevista, observação e nos documentos enviados deverão ser digitados em banco de dados (Microsoft Office Excel) e realizados os cálculos de cada critério.

A avaliação poderá ser realizada de forma sistemática agrupando-se as pontuações dos critérios por componente ou por dimensão e ainda por avaliação geral do município. As informações ainda podem ser trabalhadas com comparações nos diferentes Municípios das regionais ou do Estado. O método para o cálculo dos critérios na avaliação da assistência farmacêutica do município foi abordado no capítulo de metodologia dessa dissertação.

As análises e recomendações necessárias aos municípios deverão ser documentadas na forma de um relatório.

**4º Momento:** Reunião técnica com equipe da Secretaria Municipal de Saúde.

O técnico do Escritório Regional de Saúde que realizou a avaliação deverá promover uma reunião com a equipe de assistência farmacêutica e Secretário Municipal de Saúde ou representante legal para apresentação dos resultados da avaliação e recomendações. Neste passo o técnico deverá dirigir a criação de um plano para alcance de metas para melhoria do resultado de avaliação, quando necessário.

Os resultados da avaliação só serão úteis se subsidiarem outras ações, ou seja, a tomada de decisão para mudanças. Estes devem conduzir ações para a dimensão da gestão e das práticas. Devendo para isso reconhecer o que é adequado e incentivar a sua continuação e corrigir o que está inadequado.

Na dimensão da gestão os resultados auxiliam os gestores a definir novas estratégias, proporcionam conhecimento do setor, e a realocação de recursos humanos e financeiros bem como o ajuste dos planos e metas.

Sendo assim esta etapa deve considerar as diversas ações que são o foco do resultado do monitoramento e avaliação.

**5º Momento:** Consolidação dos dados no nível Regional

O Escritório Regional de Saúde deverá realizar relatório com a consolidação dos dados coletados de todos os municípios de sua abrangência e encaminhar à Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado para que este oriente os planos de trabalho anual do Estado e a formulação de políticas de assistência farmacêutica.

Como um resumo de todo o processo, um relatório deve ser preparado pelo Responsável do setor de assistência farmacêutica do Escritório Regional de Saúde, para comunicar as informações obtidas, os resultados e conclusões à Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado. Este relatório deve ser a base para as decisões sobre políticas farmacêuticas e estratégias de ação.

Além deste relatório oficial, outras maneiras de divulgação dos resultados devem ser consideradas, tais como apresentações em instâncias deliberativas, artigos e outros, subsidiando assim outros estados e o país como um todo.

As apresentações, relatórios e artigos devem ser adaptados aos públicos específicos e resultados devem ser fornecidos de forma clara e visualmente atraente (MEDINA E FERNANDES, 2008; WORTHEN, et.al. 2004).

## **5. ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA**

Para implementação desta proposta de monitoramento e avaliação sugere-se a aplicação do protocolo em um município de pequeno porte e um de grande porte para análise da aplicabilidade dos instrumentos e seus aperfeiçoamentos. Após este processo, a proposta deverá ser apresentada ao gestor Estadual da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica, ao Superintendente de Políticas de Saúde, à Superintendente de Articulação Regional, e à Coordenadoria de Tecnologia de Informação, pois estes compõem o grupo gestor envolvido na implementação da proposta. Esta apresentação visa sensibilizá-los e traçar estratégias de implantação do monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica.

O instrumento será apresentado em reunião da comissão intergestora bipartite (CIB) para pactuação da aplicação do instrumento e aprovação da estratégia de implantação. O técnico de assistência farmacêutica de cada regional de saúde será capacitado quanto multiplicadores, ou seja, pessoa capaz de capacitar outros em sua região e que será referência para o processo de monitoramento e avaliação, e será responsável pela aplicação da proposta aos municípios de sua abrangência.

Recomendamos que a gerência de insumos estratégicos da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado e os setores de assistência farmacêutica nos Escritórios Regionais de Saúde sejam os responsáveis pelo monitoramento e avaliação, bem como a intervenção quando necessário.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho nos permitiu confirmar o quão complexo podem ser os processos de monitoramento e avaliação diante das mais variadas condições, estruturas e processos de trabalho que envolve a assistência farmacêutica nos diversos municípios do País e assim como colocado por Cosendey (2000) “não existe uma avaliação perfeita”. Este estudo procurou apresentar uma proposta de monitoramento e avaliação normativa coerente e adequada com vistas à legislação que abrange o setor.

Verificou-se que ainda existem algumas lacunas na legislação brasileira, tais como fonte de financiamento do governo federal para a estruturação e qualificação da assistência farmacêutica e para a garantia de contratação de recursos humanos, falta de diretrizes para a abertura de unidades dispensadoras e organização do setor, assim definimos alguns critérios com base no apresentado em pesquisas internacionais. Acreditamos que a aplicação deste instrumento identificará outras falhas, permitindo assim aos gestores direcionamento das decisões e implementação de ações do setor.

Esta pesquisa assim como outras apresenta as ações do ciclo da assistência farmacêutica enquanto componentes de avaliação (COSENDEY, 2000; OLIVEIRA et. al., 2002; COSENDEY ET.al., 2003, BERNADO et.al., 2006; BARRETO E GUIMARÃES, 2010; EMMERICK, 2011) e apresenta um novo componente transversal, institucionalização, que tem por objetivos formalizar e legalizar o setor garantindo assim a sustentabilidade deste.

Para o aperfeiçoamento da proposta apresentada torna-se essencial a aplicação desta em vários cenários, podendo assim realizar os ajustes necessários. É sabido que mudanças de tempo e contexto ocasionam necessidade de alteração dos critérios e padrões e, portanto esta deve estar em constante atualização, bem como cada Estado pode adequá-la à sua realidade.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para o alcance de uma assistência farmacêutica exemplar, com ampliação do acesso aos medicamentos pela população com atenção farmacêutica, o seu uso correto e racional com garantia de qualidade e segurança.

Acreditamos ainda que esta proposta possa estimular a aplicação e institucionalização do monitoramento e avaliação em serviço nos Estados e Municípios.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANIS, Asociación Nacional de Informadores de La Salud. **Población y distancia entre oficinas critérios de abertura de farmácias em La EU** [on line]. Acessado em 16 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://www.anisalud.com/es/actualidad/notas-de-prensa/poblacion-y-distancia-entre-oficinas-criterios-de-abertura-de-farmacias-e>

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada da nº 44**, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre as boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário de funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. Brasília DF, 2009.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M C. L. **Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6); 1207-1220, jun., 2010.

BERNARDI, et.al. **Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul**. Saúde e Sociedade, 2006, v.15.n.1.p.73-83.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Brasília DF, Senado 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm), acesso em: 03 jan. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Lei orgânica de saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm), Acesso em: 20 set.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.40 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html), Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. . Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência**



**farmacêutica na Atenção Básica: Manual e instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006b. 100p. . – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. 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 a aplicação à assistência farmacêutica.** Brasília, 2006c. 74p. – (Série B. Textos básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Aquisição de medicamentos para a assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas.** Brasília, 2006d. 56p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 4217, de 28 de dezembro de 2010.** Aprova as normas de financiamento execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União nº 249, seção 1, p.72, 29 dez. 2010 Disponível em: <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, Acesso em: 16 mai. 2011.

BRASIL. **Lei nº 12305, de 2 de agosto de 2010.** Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Diário Oficial da União , 03 ago. 2010 b.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS** in: Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. – Brasília: CONASS, 2007.v.7.186p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.11(3):705-711, 2006

CORREIA, A.R.F. et.al. **Definição de Indicadores para Avaliação da Assistência Farmacêutica na Rede Pública de Fortaleza-Ceará (Brasil) baseada em Métodos de Consenso.** Latim American Journal of Pharmacy, 2009; 28 (3): 366-74.

COSENDEY, M. A. E. et. al., **Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1), p.171-182, jan-mar, 2000.

COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil.** Tese de doutorado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2000. 358p

COSENDEY, M. A. E.; et. al. **Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):395-406, mar - abr, 2003

DONABEDIAN, A. **Garantía y Monitoria de Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio**. México, 1990.

EMMERICK, I. C. M. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, 2006. 105p.

EUROPA. União Européia. Jornal Oficial da Europa. [on line]. Acessado em 13 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lang=pt&ihmlang=pt&lng1=pt,pt&lng2=bg,cs,da,de,el,en,es,et,fi,fr,hu,it,lt,lv,mt,nl,pl,pt,ro,sk,sl,sv,&val=525752:cs>

FELISBERTO, E. **Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes**. Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil. Recife, 4 (3): 317-321, jul. / set., 2004.

FRAGA F.N.R, **A utilização de um modelo lógico para reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal**. Dissertação de mestrado profissional. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 157p

LORENZO, S.M. et.al. **La diferenciación territorial em lós servicios farmacêuticos comunitários em Ciudad de La Habana**. Rev.cub.salud pública vol.33 n.1 La Habana. Jan/Mar, 2007.

MANZANO, E.F. et.al. **Indicadores vinculados a lãs funciones asistenciales de lós servicios farmacêuticos comunitários em lãs regiones Central y Oriental de Cuba**. Rev. Cubana Farm. v.40 n.1 Ciudad de La Habana ene-abr, 2006.

MARIN, N. (org), et. al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Organizado por Nelly Marin et. al. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003. 373 p.

MATO GROSSO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB nº086 de 15 de setembro de 2011**. Dispõe sobre o elenco de medicamentos na atenção básica para o estado de Mato Grosso. Mato Grosso, 2011.

MATO GROSSO. Secretaria Estadual de Saúde. **Decreto Nº 2.916, de 19 de Outubro de 2010**. Aprova o Regimento Interno da secretaria do Estado da Saúde. Mato Grosso, 2010. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/institucional>

MEDINA, M.G.; et.al., **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais**. In: Hartz & Vieira-da-Silva. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e Sistemas de Saúde. EDUFBA/FIOCRUZ. Salvador, Rio de Janeiro. 2005, p. 41-63

MEDINA, M.G.; AQUINO, R. **Monitoramento e Avaliação em saúde** In: Programa Nacional de Capacitação em Informação, 2001. [Material didático]

MEDINA, M.G.; FERNANDES A.S. **Utilidade da avaliação para gestores de saúde: uma contribuição com base na análise dos relatórios dos Estudos de Linha de Base**. In: Hartz

Z, Felisberto E. e Silva L.M.V. (org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008; p.101-116.

OLIVEIRA L. C. F. et. al. **Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica em um Município da Bahia, Brasil**. Revista Baiana de Saúde Pública, v.34, n.4, p.853-864, out./dez. 2010.

OLIVEIRA, M. A. et. al. **Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1429-1439, set-out, 2002

OPAS, Organização pan-americana da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasil; 2005.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154p

PEPE, V.L.E, et.al. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica**. Ciência e saúde coletiva. 15(5):2405-2414,2010.

RIECK, E.B. **Análise da Gestão Estadual da assistência farmacêutica a partir do pensamento complexo**. Dissertação de Mestrado. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2008. 144p.

SOUZA, L.S., et.al. **Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do Estado de Sergipe**. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.,32(3):403-410, 2011.

SOUZA, P.C.; SCATENA, J.H.G. **Avaliação normativa: utilizando indicadores de produção para analisar um hospital no contexto do sistema local e regional de saúde**. RAS, Vol. 11, No 43 – Abr-Jun, 2009.

TAMAKI, ET. AL. **Metodologia de construção de um painel de indicadores para monitoramento e avaliação da gestão do SUS**. Ciência e Saúde Coletiva, 17(4):839-849, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: Hartz & Vieira-da-Silva. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e Sistemas de Saúde. EDUFBA/FIOCRUZ. Salvador, Rio de Janeiro. 2005, p. 15-40.

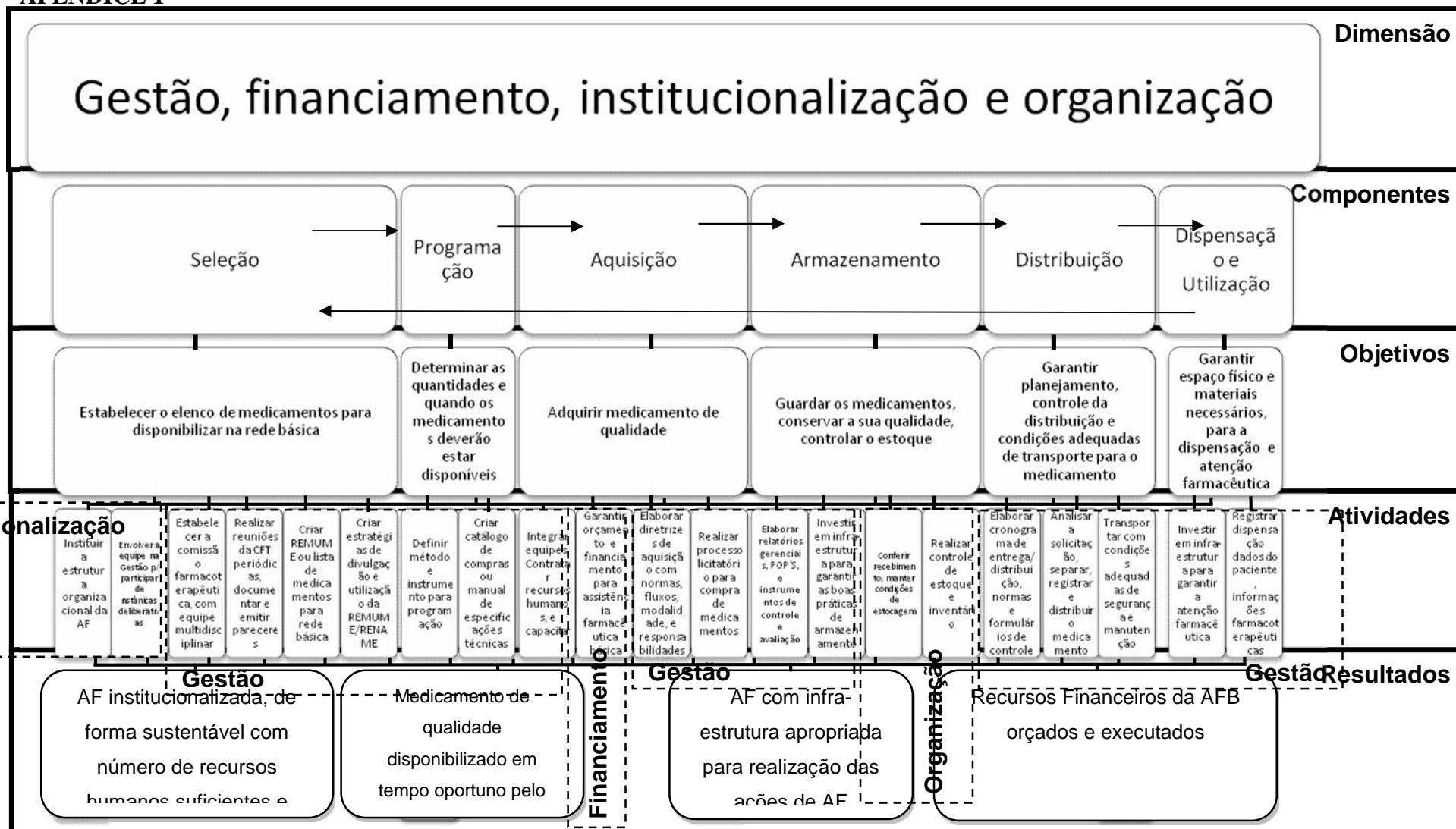
VIEIRA F.S. **Assistência Farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27(2):149-56.

WHO, World Health Organization. **Indicators for monitoring national drug policies – A practical manual**. 2.ed. Geneva, 1999.

WORTHEN, BR, et.al. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. (trad. Dinah de Abreu Azevedo). São Paulo: Editora Gente; 2004.

# APÊNDICE

APÊNDICE 1



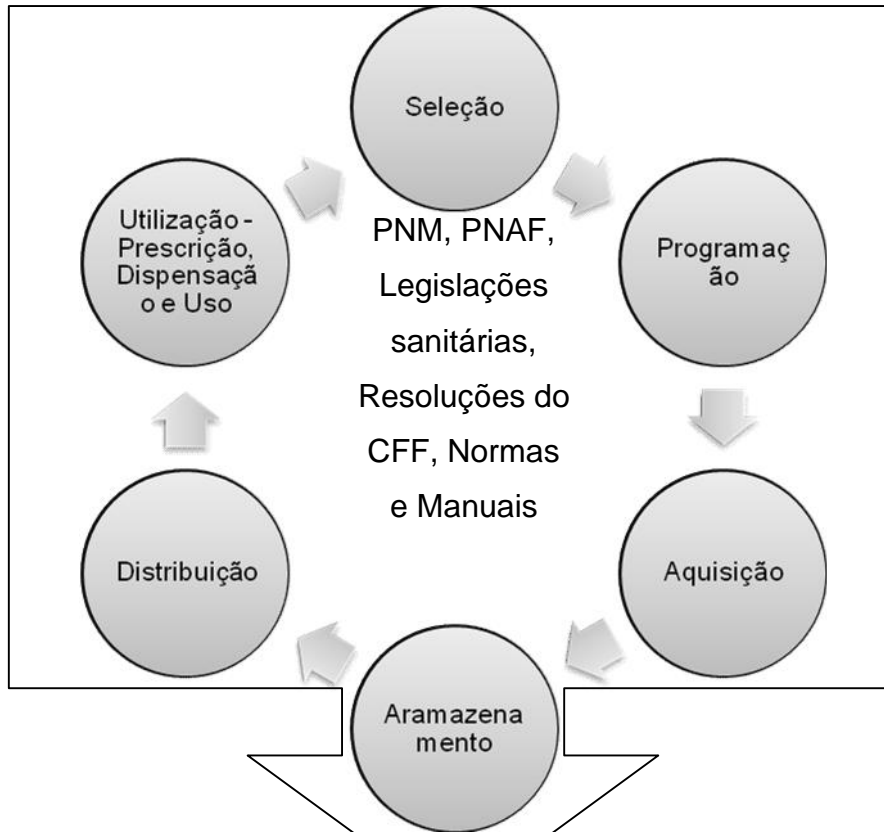
Modelo Lógico Preliminar da Assistência Farmacêutica Básica. Estrutura e Processo

## APÊNDICE 2

### Gestão

#### Organização

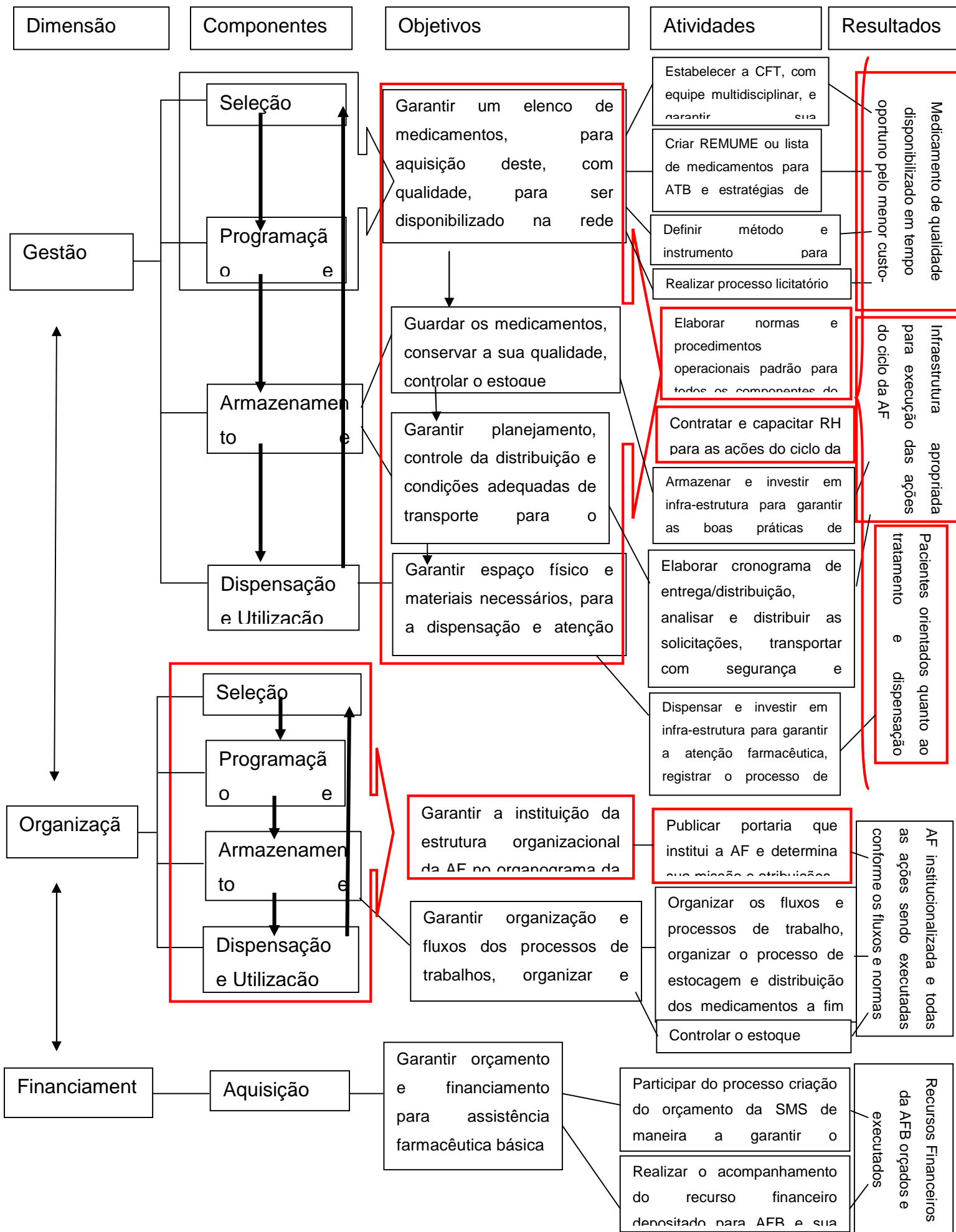
#### Financiamento



Disponibilizar medicamentos selecionados para a atenção básica em tempo oportuno, de qualidade, pelo menor preço, na quantidade necessária, orientar a utilização, garantir o uso racional

Garantia do medicamento de qualidade, seguro e eficaz, à promoção do uso racional e o acesso da população à aqueles considerados essenciais

## APÊNDICE 3



Modelo teórico-lógico Preliminar da Assistência Farmacêutica Básica. Estrutura e Processo.



## APÊNDICE 4

<b>Matriz de critérios e padrões para avaliação da Assistência Farmacêutica Básica</b>								
<b>Componente: Seleção</b>								
<b>Dimensão</b>	<b>Critério*</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>	<b>Nota 0 a 10</b>	<b>Observação ou justificativa</b>
<b>Institucionalização</b>	Existência de lócus da AF no Organograma da SMS (E)	Presença no organograma da Secretaria Municipal de saúde de um lócus para a AF (diretoria/ coordenadoria/ gerência ou superintendência)	BRASIL, 2009a; BRASIL 2006b	0 – Não existe lócus para AF no organograma da SMS 5 – Existe formalmente um lócus para AF no organograma da SMS	Organograma da Secretaria municipal de Saúde			
	Existência de definição da Missão, atribuições e competências da AF (P).	Constar formalmente as competências, missão e atribuições da AF, em documento público ou regimento interno.	BRASIL, 2009a; BRASIL 2006b	0 – Não existe regimento interno ou documento formal com a missão, competências e atribuição da AF. 2,5 – Existe somente missão ou somente competências ou atribuições da AF. 5 – Existe competências, missão e atribuição em regimento interno ou documento formal.	Regimento interno, ou documento que descreva a missão, atribuição e competências da AF.			
	Participação em instâncias deliberativas	A CAF deve possuir pelo menos um funcionário sendo membro efetivo do Conselho Municipal de Saúde, ou	BRASIL, 2006b	0 – Não possui funcionário da AF membro de instâncias deliberativas 5- Possui pelo menos 1 funcionário da AF membro em instância	Resolução da instância deliberativa com os membros efetivos e suplentes.			

		Comissão Intergestora Regional.		deliberativa				
<b>Gestão</b>	Existência de Comissão de farmácia e terapêutica (CFT) (E)	CFT criada pela gestão municipal	BRASIL, 2006b	0 – Não possui CFT 5- Possui CFT	Portaria que nomeia a CFT do município			
	Perfil da CFT (E)	CFT formada por equipe multidisciplinar e especialistas contando com farmacêutico clínico e hospitalar (se o município possuir hospital), dentista, enfermeiro, epidemiologista e médicos. Quanto aos médicos deve-se incluir o maior número de especialistas disponível no município, considerando o perfil epidemiológico da região.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe comissão farmacoterapêutica 2,5 – Existe uma comissão mínima, equipe multidisciplinar, mas sem especialistas – Farmacêutico, Dentista, Enfermeiro, Médico Clínico Geral. 5 – Existe uma comissão formada com equipe multidisciplinar e especialistas – Farmacêuticos, Enfermeiros, Dentista, Epidemiologista, Ginecologista e Obstetra, pediatra, cardiologia, médico da família ou clínico geral e endocrinologia.	Regimento da CFT.	No Mato Grosso, considerando o seu perfil de morbimortalidade, deve contar com no mínimo especialista em cardiologia, pediatria, ginecologia e obstetria, cirurgião, médico da família, endocrinologia.		
	Existência de plano de educação permanente municipal, ou	Constar uma capacitação planejada para CFT, nos planos de	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009a;	0 – Não existe nenhuma programação de capacitação para CFT	Plano de educação permanente municipal ou regional.			

	Regional para capacitação da CFT (P).	educação permanente.	BRASIL, 2009b.	2,5 – Existe reuniões técnicas periódicas 5 – Existe uma capacitação programada no plano de educação permanente municipal ou regional				
<b>Componente: Seleção</b>								
<b>Dimensão</b>	<b>Critério*</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>	<b>Nota 0 a 10</b>	<b>Observação ou justificativa</b>
<b>Gestão</b>	Existência da lista de Medicamentos Essenciais Municipal (REMUME) (P)	REMUME ou lista de medicamentos para atenção básica publicada em portaria.	BRASIL, 2001; BRASIL, 2010	0 – Não existe lista de medicamentos formal 5 – Existe REMUME ou lista de medicamentos da atenção básica publicada	Portaria de publicação			
	Existência de método de elaboração da REMUME ou listas de medicamentos da atenção básica (P)	A REMUME elaborada com base na RENAME, RESME e a partir das necessidades decorrentes do perfil epidemiológico da população.	BRASIL, 2001; BRASIL, 2006b	0 – Não existe REMUME 2,5 – Existe REMUME baseada na RENAME/RESME 5 – Existe REMUME baseada na RENAME/RESME e perfil epidemiológico da população	Informante chave			
	Realização de revisão/atualização periódica da REMUME (P)	REMUME revisada e atualizada a cada dois anos.	MARIN, 2003; BRASIL, 2006d	0 – Existe REMUME sem revisão/atualização 2,5 – Existe REMUME com atualização superior a 2 anos ou com programação para	Publicação da REMUME e atualizações/revisões e regulamento da CFT			

				próxima atualização 5 – Existe REMUME com atualização/revisão ocorrida com 2 anos ou menos				
	Divulgação da REMUME/RENAME (P)	REMUME/RENAME divulgada aos profissionais de saúde e população.	BRASIL, 2001; BRASIL, 2006b; BRASIL 2012	0 – Não existe REMUME/RENAME fixada nas unidades de saúde e consultórios 2,5 – Existe REMUME/RENAME fixada nas unidades de saúde ou consultório 5 – Existe REMUME/RENAME fixadas nas unidades de saúde e consultórios	Observação			
	Utilização da REMUME/RENAME (P)	REMUME/RENAME utilizada como instrumento norteador de prescrição, aquisição e programação.	BRASIL, 2001; BRASIL, 2006b	0 – Não utiliza REMUME/RENAME para prescrição e programação e aquisição 2,5 – Utiliza REMUME/RENAME na prescrição ou na programação e aquisição 5 – Utiliza a REMUME/RENAME na prescrição, programação e aquisição.	Informante chave			

--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Componente: Programação</b>								
<b>Dimensão</b>	<b>Critério*</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>	<b>Nota de 0 a 10</b>	<b>Observação ou justificativa</b>
<b>Gestão</b>	Existência de normas e procedimentos operacionais com método e critérios de programação (P)	Normas ou procedimentos operacionais, com critérios e métodos para a elaboração da programação e período de cobertura, elaborados e disponíveis para acesso.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe critérios e métodos de programação documentados 5 – Existe normas ou procedimentos operacionais dos métodos e critérios de programação	POP's de programação e informante chave			
	Método utilizado para programação (P)	Programação realizada com a combinação de diversos métodos, perfil epidemiológico, consumo histórico, consumo médio mensal (CMM) e oferta de serviços e recursos orçamentários e financeiros.	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c	0 – Não utiliza método de programação ou não há programação 2,5 – Utiliza apenas um ou dois métodos de programação combinados, perfil epidemiológico ou consumo histórico ou oferta de serviços ou recursos financeiros. 5 - Utiliza a combinação de diversos métodos de programação, perfil epidemiológico, consumo histórico, CMM, oferta de serviços e recursos financeiros.	Informante chave, relatórios ou memória de cálculo da programação.			
	Existência de	Manual ou	BRASIL,	0 – Não existe catálogo de	Manual ou			

manual ou catálogo de especificação técnica do medicamento (P)	catálogo de especificações técnicas dos medicamentos elaborado e disponível para acesso no processo de aquisição, constando: nome do medicamento por DCB e por ordem alfabética, número código do medicamento, forma farmacêutica, concentração, apresentação da embalagem, especificações técnicas e níveis de utilização.	2006b	medicamentos ou manual de especificações técnicas 2,5 – Existe manual ou lista de medicamentos com algumas especificações técnicas, porém não todas exigidas. 5 – Existe catálogo ou manual de especificações técnicas constando: nome do medicamento por DCB e por ordem alfabética, número código do medicamento, forma farmacêutica, concentração, apresentação da embalagem, especificações técnicas e níveis de utilização.	catálogo de especificações técnicas			
Eficiência e cumprimento da programação(P)	Medicamentos adquiridos conforme programação, quantidades e período de cobertura.	BRASIL, 2006b,	0 – Não cumpriu a programação e ocorreu desabastecimento ou acúmulo de estoque de todos os medicamentos na central de abastecimento nos últimos três meses 2,5 – Cumpriu a programação, porém ocorreu desabastecimento ou acúmulo de estoque de alguns medicamentos na central de abastecimento nos últimos três meses.	Relatório do estoque dos últimos três meses com consumo médio mensal e informante chave			

				5 – Cumpriu a programação e não houve falta de medicamento e nem acúmulo de medicamentos nos últimos três meses na central de abastecimento				
	Existência de pessoal para a programação nas unidades dispensadoras e central de abastecimento (E)	Pessoal com competência e atribuições definidas para execução da programação na central de abastecimento e nas unidades dispensadoras	BRASIL, 2006b	0 – Não realiza programação na unidade dispensadora e central de abastecimento 2,5 – Realiza programação na unidade dispensadora ou central de abastecimento 5 – Realiza programação na unidade dispensadora e central de abastecimento	Informante chave e relatórios ou memória de cálculo da programação			

**Componente: Aquisição**

<b>Dimensão</b>	<b>Critério*</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>	<b>Nota de 0 a 10</b>	<b>Observação ou Justificativa</b>
<b>Financiamento</b>	Recursos financeiros orçados para a Assistência Farmacêutica Básica (AFB) no orçamento da Secretaria Municipal de saúde (P)	Lei Orçamentária Anual do município prevendo no mínimo R\$8,82 por hab./ano de recurso próprio e repasse fundo a fundo, no seu orçamento, alocados para assistência farmacêutica na atenção básica.	BRASIL, 2006c; BRASIL, 2010; MATO GROSSO, 2011.	0 – Não há no orçamento do Fundo Municipal de Saúde recursos alocados para AFB 2,5 – Há recursos alocados no orçamento do FMS para AFB, porém inferior à R\$ 8,82 por hab./ano. 5 – Há recursos alocados no orçamento do FMS para AFB igual ou superior à R\$ 8,82 por hab./ano	Lei Orçamentária Anual do Município			
	Financiamento da AFB (P)	Recursos financeiros da AFB transferidos fundo a fundo mensalmente na conta do FMS nos seguintes valores: I - União: R\$ 5,10 por habitante/ano;	BRASIL, 2010 MATO GROSSO, 2011	0 – Não há transferências dos valores pactuados na conta do FMS das três instâncias gestoras 2,5 – Há transferências dos valores pactuados na conta do FMS de uma ou duas instâncias gestoras 5 – Há transferência dos valores pactuados na conta do FMS das três	Extrato da conta do FMS	Obs.: este critério deve ser monitorado mensalmente		

		II - Estado: R\$ 1,86 por habitante/ano; e. III - Município: R\$ 1,86 por habitante/ano.		instâncias gestoras				
<b>Gestão</b>	Existência de normas e procedimentos operacionais com os critérios de modalidade de compra do processo de aquisição (P)	Normas ou procedimentos operacionais para o processo de aquisição redigido constando modalidade de compra, e que estejam disponíveis para acesso.	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006d	0 – Não existe normas e procedimentos operacionais com critérios de modalidade de compra para o processo de aquisição redigido 5 – Existe normas e procedimentos operacionais com critérios de modalidade de compra para o processo de aquisição redigido.	Normas e procedimentos operacionais			
	Existência de normas e procedimentos operacionais do fluxo do processo de aquisição (P)	Normas ou procedimentos operacionais para o fluxo do processo de aquisição redigidos constando: fontes de recurso, periodicidade, fluxo do processo com as atribuições e responsabilidades dos setores envolvidos (assistência farmacêutica, planejamento, orçamento, finanças, administrativo/aquisição).	BRASIL, 2006b BRASIL, 2006d	0 – Não existe normas e procedimentos operacionais com fluxo dos processos de aquisição redigidos 5 – Existe normas e procedimentos operacionais com fluxo dos processos de aquisição redigidos constando: fontes de recurso, critérios para iniciar compra (periodicidade), fluxo do processo com as atribuições e responsabilidades dos setores envolvidos (assistência farmacêutica, planejamento, orçamento, finanças, administrativo/aquisição).	Normas e procedimentos operacionais			
	Modalidade de compra prioritizada (P)	Modalidades de compra de pregão, registro de preço ou compra com laboratórios oficiais prioritizadas para	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006 d	0 – Mais de 50% do recurso anual gasto na aquisição de medicamentos para farmácia básica ocorreram por dispensa de licitação (compra direta), por convite. 2,5 – De 50% a 70% do recurso	Informante chave, e editais de aquisição de medicamentos.			



		aquisição de medicamentos.		anual gasto na aquisição de medicamentos para farmácia básica ocorreram por pregão, registro de preço ou por compra de laboratórios oficiais. 5 – Mais de 70% do recurso anual gasto na aquisição de medicamentos para farmácia básica ocorreram por pregão, registro de preço ou por compra de laboratórios oficiais.				
--	--	----------------------------	--	---	--	--	--	--

**Componente: Aquisição**

<b>Dimensão</b>	<b>Critério*</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Graduação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>	<b>Nota de 0 a 10</b>	<b>Observação ou Justificativa</b>
<b>Gestão</b>	Existência de requisitos técnicos exigidos em Edital na aquisição de medicamentos (P)	Edital solicitando das empresas concorrentes que a proposta conste os seguintes requisitos técnicos: marca do medicamento, fabricante, procedência do medicamento, especificações técnicas (forma farmacêutica, concentração, condições de conservação, apresentação),	BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006 d	0 – 0% a <20% dos editais de licitação de medicamentos não solicitam requisitos técnicos para empresas concorrentes ou menos que 50% dos requisitos 2,5 – 20% a <70% dos editais solicitam de 50% a <75% dos requisitos técnicos para as empresas concorrentes 5 – 70% a 100% dos editais solicitam de 75% a 100% dos requisitos técnicos para as empresas	Editais de licitação	Requisitos de entrega – Embalagem: original e em perfeito estado, sem violação, aderência e umidade. Rótulos e bulas: devem conter todas as informações em língua portuguesa. Validade: não deverá ser inferior a 12 meses a contar da entrega do		

		requisitos de entrega (embalagem, rótulos, bulas e validade dos medicamentos), registro sanitário, autorização especial de funcionamento emitido pela ANVISA em caso de medicamentos da portaria nº344/98, certificado de cumprimento de boas práticas de fabricação e certificado de boas práticas de fabricação e controle, inscrição da empresa no CRF, licença sanitária emitida pela vigilância local.		concorrentes		produto.		
Existência de requisitos administrativos exigidos em Edital de aquisição de medicamentos (P)	Edital solicitando das empresas concorrentes os seguintes requisitos administrativos: Documentação fiscal (medicamentos devem ser entregues com documento fiscal em duas vias constando nome do medicamento por princípio ativo, quantidade, lote, validade, preço unitário do medicamento), Cumprimento de prazo de entrega dos medicamentos, condições de transporte dos medicamentos adquiridos.	BRASIL , 2006b; BRASIL 2006 d	0 – 0% a <20% dos editais de licitação de medicamentos não solicitam requisitos administrativos para empresas concorrentes ou menos que 50% dos requisitos 2,5 – 20% a <70% dos editais solicitam de 50% a <75% dos requisitos administrativos para as empresas concorrentes 5 – 70% a 100% dos editais solicitam de 75% a 100% dos requisitos administrativo para as empresas concorrentes	Edital de licitação				
Deflagração do processo de aquisição (P)	Processo de aquisição deflagrado em tempo oportuno pela AF considerando capacidade de armazenamento, modalidade de compra, disponibilidade e capacidade do fornecedor, nível de estoque, e ainda	BRASIL 2006c	0 – 50% a 100% dos processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento 2,5 – >0% à <50% dos processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta de medicamentos 5 – Nenhum dos processos de	Processos de aquisição, informante chave e relatórios de estoque.				

		recursos orçamentários e financeiros.		aquisição de medicamentos iniciados após a falta de medicamentos				
	Existência de pessoal qualificado para acompanhamento do processo de licitação (E)	Pessoa com conhecimento de lei de licitação, registro de preços, pregão, legislação sanitárias relacionadas ao medicamento, autorização de funcionamento, licença sanitária, boas práticas de fabricação, recolhimento e problemas existentes na área de medicamentos, que participe dos processos de licitação e habilitação nos processos de aquisição de medicamentos.	BRASIL, 2006b	0 – Não há acompanhamento dos processos de licitação para aquisição de medicamentos pela equipe de AF 2,5 – Há acompanhamento dos processos de licitação para aquisição de medicamentos pela equipe de AF, porém sem o conhecimento necessário. 5 - Há acompanhamento dos processos de licitação para aquisição de medicamentos pela equipe de AF com equipe qualificada	Informante chave			
	Existência de cadastro e acompanhamento de fornecedores (P)	Cadastro de fornecedores disponível para acesso, com informação de desempenho na entrega, cumprimento dos requisitos técnicos e administrativos na entrega do produto.	BRASIL, 2006b; BRASIL 2006 d	0 – Não existe cadastro de fornecedores 2,5 – Existe cadastro de fornecedores, mas não o utiliza para o processo de seleção de fornecedores. 5 – Existe cadastro de fornecedores e o utiliza para o processo de seleção de fornecedores	Informante Chave e cadastro de fornecedores			

**Componente: Armazenamento**

<b>Dimensão</b>	<b>Critério*</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>	<b>Nota de 0 a 10</b>	<b>Observação ou Justificativa</b>
<b>Gestão</b>	Existência de normas e procedimentos para recebimento dos medicamentos na CAF	Normas e procedimentos operacionais para recebimento dos medicamentos elaborados e disponíveis para acesso. Constando toda informação de como proceder ao recebimento, o que se deve conferir, como registrar o recebimento, encaminhamentos, como proceder em caso de	BRASIL, 2006b	0 – Não existe normas e procedimentos redigidos quanto ao recebimento de medicamentos 2,5 – Existe normas e procedimentos redigidos quanto ao recebimento de	Normas e procedimentos operacionais	CAF – Central de Abastecimento farmacêutico		

	(P)	divergência nas especificações.		medicamentos, porém não constam todas as informações necessárias. 5 - Existe normas e procedimentos redigidos quanto ao recebimento de medicamentos, constando todas as informações necessárias.				
	Existência de normas e procedimentos para disposição dos medicamentos (P)	Normas e procedimentos operacionais padrão da disposição dos medicamentos elaborados e disponíveis para acesso, informando como dispor os medicamentos, se por ordem alfabética, classe terapêutica, ou outra e organização dos lotes.	BRASIL, 2006b; MARIN, 2003	0 – Não existe normas e procedimentos redigidos para disposição dos medicamentos 5 - Existe normas e procedimentos redigidos para disposição dos medicamentos	Normas e procedimentos operacionais	Este critério aplica-se á CAF, farmácia, dispensários ou farmácia da unidade de saúde.		
	Existência de normas e procedimentos para inventário (P)	Normas e procedimentos operacionais padrão de como realizar o inventário elaborados e disponíveis para acesso, constando período de realização, como proceder em caso de divergência de estoque, e responsáveis.	BRASIL, 2006b; MARIN, 2003	0 – Não existe normas e procedimentos redigidos para inventário dos medicamentos 5 - Existe normas e procedimentos redigidos para Inventário dos medicamentos	Normas e procedimentos operacionais	Este critério aplica-se á CAF, farmácia, dispensários ou farmácia da unidade de saúde.		
	Existência de normas e procedimentos para descarte de medicamentos	Normas e procedimentos operacionais padrão, para descarte de medicamentos, elaborados disponíveis para acesso.	BRASIL 2006b	0 – Não existe normas e procedimentos redigidos para descarte de medicamentos 5 - Existe normas e procedimentos redigidos para descarte	Normas e procedimentos operacionais			

	tos (P)			de medicamentos				
	Existência de instalações físicas adequadas para armazenamento na CAF (E)	CAF com piso plano e com espessura suficiente para suportar as cargas, sem rachaduras ou fissuras, paredes de cor clara, pintura lavável isentas de rachaduras, infiltrações e umidade, portas pintadas a óleo, preferencialmente esmaltadas ou de alumínio com dispositivo de segurança automático, teto com forro adequado, com exaustores e telhas térmicas com uso de poliuretano, ou de fibra de vidro ou de lã, janelas com telas de proteção contra entrada de animais, e de luz solar direta nos medicamentos.	BRASIL, 2006b	0 – > 50% das instalações físicas adequadas para armazenamento na CAF 2,5 – 50% á >100% das instalações físicas adequadas para armazenamento na CAF 5 – Todas as instalações físicas adequadas para armazenamento na CAF	Observação e informante chave			
	Existência de instalações elétricas adequadas para armazenamento na CAF (E)	CAF com instalações elétricas vistoriadas periodicamente, com tomadas suficientes e adequadas para todos os equipamentos sem a utilização de adaptadores, e extensões elétricas.	BRASIL, 2006b	0 – > 50% das instalações elétricas adequadas para armazenamento na CAF 2,5 – 50% á >100% das instalações elétricas adequadas para armazenamento na CAF 5 – Todas as instalações elétricas adequadas para armazenamento na CAF	Observação e informante chave			

**Componente: Armazenamento**

<b>Dimensão</b>	<b>Critério*</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Graduação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>	<b>Nota de 0 a 10</b>	<b>Observação ou Justificativa</b>
<b>Gestão</b>	Existência	CAF com instalações sanitárias sem	BRASIL, 2006b	0 – Instalações	Observação			

	de instalações sanitárias adequadas na CAF (E)	comunicação direta com a área de estocagem apropriada para não causar mau cheiro no local.		sanitárias com abertura para área de estocagem e causando mau cheiro 5 – Instalações sanitárias sem comunicação para área de estocagem e apropriadas para não causar mau cheiro no local				
	Existência de materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção da CAF (E).	CAF com coletores de lixo tampados, armários para guarda de pertences de funcionários separados do estoque, estantes/ prateleiras, estrados para armazenamento, extintores de incêndio fixados nas paredes e sinalizados, termômetro, higrômetro ou psicrômetro, armário de aço com chave para armazenar psicotrópicos (ou sala específica), câmara fria ou refrigeradores, empilhadeiras para CAF's de grande porte, fichários e pastas suspensas para arquivo, placas indicativas, material de escritório.	BRASIL, 2006b	0 – > 50% dos materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção na CAF 2,5 – 50% á >100% dos materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção na CAF 5 – Todos os materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção na CAF	Observação			

	Organização interna da CAF (P)	Medicamento estocado de forma ordenada, com área apropriada para termolábeis, psicofármacos, inflamáveis, material médico hospitalar e outro que exija condições específicas, e bem sinalizadas. Área para atividades operativas (recepção, dispensação/expedição e administração) próximas à entrada. Prateleiras dispostas de costas entre si e mantidas uma distância mínima de pelo menos 50cm da parede, e com identificação. Estrados rentes ao chão e com certa altura que permita a limpeza e organizados de maneira que permita a circulação e movimentação do estoque.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe nenhuma organização interna (layout) que permita a guarda e armazenamento dos medicamentos e materiais 2,5 – Existe uma organização interna para guarda e armazenamento, porém não conforme as orientações do ministério 5 – Existe organização interna conforme as orientações do ministério	Observação			
	Disposição dos medicamentos (P)	Medicamentos organizados de forma lógica, que permita fácil identificação do medicamento, seguindo uma classificação seja por ordem alfabética, ou classe terapêutica, com os rótulos para frente e dispostos de maneira que os lotes mais próximos de vencer de cada medicamento estejam a esquerda e a frente para saírem primeiro.	BRASIL, 2006b; MARIN, 2003	0 – Medicamentos não estão organizados seguindo qualquer classificação e não considera as validades 2,5 – Medicamentos não estão organizados seguindo alguma classificação, porém dispõem os lotes mais próximos de vencer à frente 5 – Medicamentos dispostos segundo alguma classificação e com os lotes mais	Informante chave e Observação	Este critério aplica-se á CAF, farmácia, dispensários ou farmácia da unidade de saúde.		





									i c a t i v a
<b>Organização</b>	Realização de conferência das especificações técnicas no recebimento dos medicamentos na CAF (P)	Especificações técnicas do medicamento conferidas se de acordo com o produto adquirido, no ato do recebimento – nome da substância (DCB), forma farmacêutica, concentração, apresentação, condição de conservação e transporte, inviolabilidade, embalagem/ rótulo, lote, validade, registro sanitário, responsável técnico, certificado de análise ou laudo de controle de qualidade.	BRASIL, 2006b	0 – O medicamento não é conferido no ato do recebimento 2,5 – Apenas algumas especificações técnicas do medicamento são conferidas no ato do recebimento 5 – Todas as especificações técnicas do medicamento são conferidas no ato do recebimento	Informante chave, observação, relatório de notificações de ocorrências				
	Realização de conferência das especificações administrativas no recebimento dos medicamentos na CAF (P)	Especificações administrativas do medicamento conferidas se de acordo com o produto adquirido, no ato do recebimento – análise documental, nome do produto, prazo de entrega, quantidade, preço unitário e total.	BRASIL, 2006b	0 – O medicamento não é conferido no ato do recebimento 2,5 – Apenas algumas especificações administrativas do medicamento são conferidas no ato do recebimento 5 – Todas as especificações administrativas do medicamento são conferidas no ato do recebimento	Informante chave, observação, relatório de notificações de ocorrências				
	Existência de controle de estoque (P)	Informações do medicamento registradas manualmente ou em sistema de informação constando, nome, forma farmacêutica, concentração, apresentação, quantidade atual, lote, validade, movimentação do estoque (entradas e saídas), local de	BRASIL 2006b	0 – Não realiza controle de estoque 2,5 – Realiza controle de estoque manual ou informatizado, porém sem informações gerenciais de CMM, estoque máximo e	Fichas ou sistema de informação de controle de estoque	TR – Tempo de reposição PR – Ponto de reposição QR – quantidade de reposição			

		armazenamento, CMM, estoque máximo e mínimo, TR, PR e QR.		mínimo, TR, PR, QR 5 – Realiza controle de estoque, manual ou informatizado, com todas as informações necessárias				
Realização de inventário (P)		Todos os medicamentos conferidos suas quantidades, lote, validade, por inventário anual. Alguns medicamentos selecionados diariamente para conferência, e ainda de 10% a 20% do estoque conferido periodicamente (mensal, bimestral, trimestral, ou semestral).	BRASIL, 2006b	0 – Não realiza inventário por mais de 1 ano 2,5 – Realiza inventário anualmente de todo o estoque ou de alguns itens periodicamente 5 – Realiza inventário anual de todo o estoque, de alguns itens periodicamente e conferência diária de alguns itens	Relatório de inventário	Este critério aplica-se à CAF, farmácia, dispensários ou farmácia da unidade de saúde.		
Condições de estocagem dos medicamentos (P)		Área de armazenamento livre de poeira, lixo, roedores e insetos. Medicamentos distantes de ar condicionados, estufas, ou sobre geladeiras ou freezers. Fichas de controle de temperatura e umidade preenchidos. Ambiente arejado e climatizado, com temperatura entre 15° e 30° C, e umidade relativa entre 40 a 70%. Iluminação natural, se artificial de luz fria, e sem contato direto nos medicamentos. Medicamentos termolábeis armazenados em geladeira/refrigerador ou freezer, conforme temperatura indicada para armazenamento. Geladeiras e freezer para medicamentos, sem misturar insumos, vacinas e alimentos. Empilhamento máximo respeitado.	BRASIL, 2006b	0 - >50% das condições de estocagem são respeitadas 2,5 – 50% a >100% das condições de estocagem são respeitadas 5 – Todas as condições de estocagem são respeitadas.	Observação e fichas de controle de temperatura e umidade.			
Existência de local para medicamentos vencidos ou danificados para recolhimento da vigilância sanitária local (P)		Medicamentos vencidos ou danificados guardados em local identificado e reservado para o recolhimento pela vigilância sanitária local	BRASIL, 2006b; ANVISA, 2009	0 – Medicamentos vencidos e danificados misturados aos medicamentos para distribuição ou dispensação 2,5 – Medicamentos	Observação	Este critério aplica-se à CAF, farmácia, dispensários ou farmácia da unidade de saúde		

				vencidos ou danificados separados dos medicamentos para distribuição ou dispensação, porém sem identificação 5 – Medicamentos vencidos e danificados separados dos para distribuição ou dispensação em local identificado				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Componente: Distribuição**

<b>Dimensão</b>	<b>Critério*</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Gradação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>	<b>Nota de 0 a 10</b>	<b>Observação ou Justificativa</b>
<b>Gestão</b>	Existência de Normas e procedimentos operacionais padrão para a distribuição dos medicamentos (P)	Normas e procedimentos operacionais padrão elaborados e disponíveis para acesso, constando todos os procedimentos de análise da solicitação, processamento do pedido, preparação e liberação do pedido, conferência e registro da saída.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe normas e procedimentos redigidos para distribuição de medicamentos 5 – Existe normas e procedimentos redigidos para distribuição de medicamentos	Normas e procedimentos operacionais padrão			
	Existência de um cronograma de distribuição (P)	Cronograma de distribuição anual elaborado, estando estabelecido o período de reposição para cada unidade de saúde, farmácia ou dispensário.	BRASIL, 2006b	0 – Não existe cronograma para a distribuição dos medicamentos 2,5 – Existe um cronograma elaborado, porém não é seguido na distribuição 5 – Existe um	Cronograma de distribuição			

				cronograma de distribuição e é seguido para execução da distribuição				
	Conferência dos medicamentos no ato da saída da CAF e do recebimento na unidade de saúde/farmácia ou dispensário (P)	Medicamento conferido quanto suas propriedades físicas, bem como lote, validade e quantidade na preparação do pedido para distribuição, e conferido no ato do recebimento por responsável na unidade de saúde/ farmácia ou dispensário	BRASIL,2006b	0 – O medicamento não é conferido nem no ato da saída como no recebimento 2,5 – O medicamento é conferido na saída, porém não é conferido no recebimento na unidade/ farmácia ou dispensário 5 – O medicamento é conferido no ato da saída e do recebimento na unidade de saúde/ farmácia ou dispensário	Observação e informante chave			
	Pessoal qualificado para transporte dos medicamentos (E)	Motoristas treinados para o manuseio dos medicamentos e transporte.	BRASIL, 2006b	0 – Não há motoristas próprios para a distribuição dos medicamentos 2,5 – Há motorista próprios para a distribuição dos medicamentos, porém nunca foram treinados para o manuseio dos medicamentos 5 – Há motoristas próprios e treinados para o manuseio dos medicamentos na distribuição	Informante chave			
	Existência de veículos	Carros com isolamento térmico para transporte dos termolábeis,	BRASIL, 2006b	0 – Não a carros próprios para o	Informante chave e observação			

	apropriados para distribuição (E)	com local para acondicionamento dos medicamentos que evitem o contato destes com a luz solar direta e calor excessivo.		transporte de medicamentos no processo de distribuição 2,5 – Há carros próprios para a distribuição dos medicamentos, porém sem local para acondicionamento dos medicamentos para evitar luz direta e calor excessivo 5 - Há carros próprios para a distribuição dos medicamentos com local para acondicionamento dos medicamentos para evitar luz direta e calor excessivo				
--	-----------------------------------	--	--	---	--	--	--	--

**Componente: Dispensação**

<b>Dimensão</b>	<b>Critério*</b>	<b>Padrão ou parâmetro</b>	<b>Documento de base</b>	<b>Graduação</b>	<b>Meios de verificação</b>	<b>Obs.</b>	<b>Nota de 0 a 10</b>	<b>Observação ou Justificativa</b>
<b>Gestão</b>	Existência de local para dispensação na farmácia, dispensário ou unidade de saúde (E)	Local na farmácia, dispensário ou unidade de saúde com espaço para orientação farmacêutica, contendo mesa com cadeiras de maneira privada para interação do farmacêutico com o usuário	BRASIL 2006b, BRASIL 2009, BRASIL, 1997, BRASIL 2001	0 – Não existe local específico para realização da dispensação com orientação farmacêutica 5 – Existe local específico para realização da dispensação com orientação	Observação			

				farmacêutica				
Existência de farmacêutico na unidade dispensadora (E)	Presença de farmacêutico como responsável técnico na unidade dispensadora	BRASIL, 2009, BRASIL, 1972, BRASIL, 1982, BRASIL 2001	0 – Não há farmacêutico na unidade dispensadora 2,5 – Há farmacêutico na unidade dispensadora, porém sem responsabilidade técnica no CRF 5 – Há farmacêutico responsável na unidade dispensadora, como responsável técnico	Observação e Documento de responsabilidade técnica				
Existência de registro da dispensação (P)	Existência de cadastro do paciente com informação do tratamento prescrito, medicamentos dispensados, informações passadas ao paciente, e registro de ocorrências no uso do medicamento.	BRASIL, 2006b, BRASIL 2001	0 – Não é realizado nenhum cadastro do paciente com dados da dispensação 5- Há registro da dispensação com anotação no cadastro do paciente para acompanhamento do tratamento	Fichas de dispensação/prontuário ou sistema de informação				
Existência de normalização (portaria) do processo de prescrição e dispensação (P)	Normas e procedimentos para prescrição e dispensação elaborados e divulgados aos profissionais de saúde e população.	BRASIL, 2006b, BRASIL 2001	0 – Não existe processo normalizado para a prescrição e dispensação 2,5 – Existe normas e procedimentos operacionais para a prescrição e dispensação, porém não são divulgadas 5 – Existe normas e	Normas e procedimentos operacionais				

				procedimentos operacionais para a prescrição e dispensação				
	Realização de dispensação, orientação farmacêutica e/ou realização seguimento farmacoterapêutico (P)	Paciente orientado quanto à prescrição, e como proceder ao tratamento, assegurado o correto uso do medicamento, avaliado as características do paciente sendo escolhido a melhor técnica farmacêutica, dispensação, orientação ou seguimento farmacoterapêutico.	BRASIL, 2006b, BRASIL, 1997, BRASIL 2001	0 – Não há orientação ao paciente quanto o tratamento 2,5 – Realiza-se apenas o processo de dispensação dos medicamentos 5 – Realiza-se a orientação ao paciente escolhendo-se a técnica mais apropriada para cada paciente	Observação e informante chave			

## APÊNDICE 5

**Tabela 3 - Matriz com as pontuações dos especialistas e médias e desvio padrão**

Matriz para seleção dos critérios de monitoramento e avaliação da AFB											
Componente	Dimensão	CRITÉRIOS	PONTOS ATRIBUÍDOS AOS INDICADORES POR CADA UM DOS CONFERENCISTAS							DE ZERO (EXCLUSÃO DO INDICADOR) A DEZ (IMPORTÂNCIA MÁXIMA)	
			A	B	C	D	E	F	G	MEDI	DP
			A	B	C	D	E	F	G	A	DP
Seleção	Institucionalização	1. Existência de locus da AF no Organograma da SMS (E)	10	10	10	10	10	10	10	10,00	0,00
		2. Existência de definição da Missão, atribuições e competências da AF (P)	9	10	10	10	8	10	9	9,43	0,79
		3. Participação em instâncias deliberativas	9	9	10	10	10	10	8	9,43	0,79
	Gestão	4. Existência de Comissão de farmácia e terapêutica (CFT) (E)	10	10	10	10	9	10	10	9,86	0,38
		5. Perfil da CFT (E)	9	10	8	9	8	10	7	8,71	1,11
		6. Existência de plano de educação permanente municipal, ou Regional para capacitação da CFT (P)	9	10	8	9		10	8	9,00	0,89
		7. Existência da lista de Medicamentos Essenciais Municipal (REMUME) (P)	10	10	10	10	10	10	10	10,00	0,00
		8. Existência de método de elaboração da REMUME ou listas de medicamentos da atenção básica (P)	9	10	10	10	8	10	9	9,43	0,79
		9. Realização de revisão/atualização periódica da REMUME (P)	8	10	8	9	10	10	10	9,29	0,95
		10. Divulgação da REMUME/ RENAME (P)	9	10	10	10	10	10	9	9,71	0,49
		11. Utilização da REMUME/ RENAME (P)	9	10	10	10	10	10	8	9,57	0,79
Programação	Gestão	12. Existência de normas e procedimentos operacionais com método e critérios de programação (P)	9	10	10	10	10	10		9,83	0,41
		13. Método utilizado para programação (P)	8	10	10	10	8	10	6	8,86	1,57
		14. Existência de manual ou catálogo de especificação técnica do medicamento (P)	9	10	9	9	6	10	8	8,71	1,38
		15. Eficiência e cumprimento da programação (P)	9	10	9	8	9	10	10	9,29	0,76
		16. Existência de pessoal para a programação nas unidades dispensadoras e central de abastecimento (E)	9	8	10	10	10	10	9	9,43	0,79
Aquisição	Financiamento	17. Recursos financeiros orçados para a Assistência Farmacêutica Básica (AFB) no orçamento da Secretaria Municipal de saúde (P)	10	7	10	10	10	10	10	9,50	1,22
		18. Financiamento da AFB (P)	10	10	10	10	6	10	10	9,43	1,51
	Gestão	19. Existência de normas e procedimentos operacionais com os critérios de modalidade de compra do processo de aquisição (P)	9	10	7	5	6	8	8	7,57	1,72
		20. Existência de normas e procedimentos operacionais do fluxo do processo de aquisição (P)	8	10	8	8		10	8	8,67	1,03
		21. Modalidade de compra priorizada (P)	8	10	8	5	9	10	9	8,43	1,72
		22. Existência de requisitos técnicos exigidos em Edital na aquisição de medicamentos (P)	9	10	10	10	10	10	10	9,86	0,38



		23.Existência de requisitos administrativos exigidos em Edital de aquisição de medicamentos (P)	9	10	10	10	9	10	10			9,71	0,49	
		24.Deflagração do processo de aquisição (P)	9	10	10	10	10	10	9			9,71	0,49	
		25.Existência de pessoal qualificado para acompanhamento do processo de licitação (E)	9	10	9	7	8	10	9			8,86	1,07	
		26.Existência de cadastro e acompanhamento de fornecedores (P)	9	10	10	10	6	10	8			9,00	1,53	
Armazenamento	Gestão	27.Existência de normas e procedimentos para recebimento dos medicamentos na CAF (P)	9	10	10	10	10	10	10			9,86	0,38	
		28.Existência de normas e procedimentos para disposição dos medicamentos (P)	8	10	10	10	10	10	9			9,57	0,79	
		29.Existência de normas e procedimentos para inventário (P)	8	10	10	10	10	10	10			9,71	0,76	
		30.Existência de normas e procedimentos para descarte de medicamentos (P)	9	10	10	10	10	10	8			9,57	0,79	
		31.Existência de instalações físicas adequadas para armazenamento na CAF (E)	9	10	10	10	10	10	9			9,71	0,49	
		32.Existência de instalações elétricas adequadas para armazenamento na CAF (E)	9	10	10	10	10	10	9			9,71	0,49	
		33.Existência de instalações sanitárias adequadas na CAF (E)	9	10	10	10	10	10	8			9,57	0,79	
		34.Existência de materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção da CAF (E)	8	10	10	10	10	10	8			9,43	0,98	
		35.Organização interna da CAF (P)	9	10	10	10	10	10	9			9,71	0,49	
		36.Disposição dos medicamentos (P)	8	10	10	10	10	10	10			9,71	0,76	
		37.Existência de pessoal qualificado para armazenamento de medicamentos na CAF (E)	9	10	10	10	10	10	10			9,86	0,38	
		Organização	38.Realização de conferência das especificações técnicas no recebimento dos medicamentos na CAF (P)	9	10	10	10	10	10	10			9,86	0,38
			39.Realização de conferência das especificações administrativas no recebimento dos medicamentos na CAF (P)	8	10	10	10	10	10	10			9,71	0,76
40.Existência de controle de estoque (P)	9		10	10	10	10	10	9			9,71	0,49		
41.Realização de inventário (P)	9		9	10	10	10	10	10			9,71	0,49		
42.Condições de estocagem dos medicamentos (P)	9		10	10	10	10	10	9			9,71	0,49		
		43.Existência de local para medicamentos vencidos ou danificados para recolhimento da vigilância sanitária local (P)	8	10	5	5	7	10	8			7,57	2,07	
Distribuição	Gestão	44.Existência de Normas e procedimentos operacionais padrão para a distribuição dos medicamentos (P)	9	10	10	10	10	10	8			9,57	0,79	
		45.Existência de um cronograma de distribuição (P)	9	10	10	10	10	10	10			9,86	0,38	
		46.Conferência dos medicamentos no ato da saída da CAF e do recebimento na unidade de saúde/ farmácia ou dispensário (P)	8	10	10	10	10	10	9			9,57	0,79	
		47.Pessoal qualificado para transporte dos medicamentos (E)	8	10	10	10	10	10	9			9,57	0,79	

		48.Existência de veículos apropriados para distribuição (E)	8	10	8	8	10	10	9	9,00	1,00
Dispensação	Gestão	49.Existência de local para dispensação na farmácia, dispensário ou unidade de saúde (E)	8	10	10	10	10	10	10	9,71	0,76
		50.Existência de farmacêutico na unidade dispensadora (E)	10	10	10	10	10	10	10	10,00	0,00
		51.Existência de registro da dispensação (P)	10	10	10	10	10	10	9	9,86	0,38
		52.Existência de normalização (portaria) do processo de prescrição e dispensação (P)	8	10	10	10	6	10	9	9,00	1,53
		53.Realização de dispensação, orientação farmacêutica e/ou realização seguimento farmacoterapêutico (P)	9	10	10	10	6	10	8	9,00	1,53

## APÊNDICE 6

### Quadro 10 - Quadro das Justificativas e observações dos especialistas por componente

<b>Seleção</b>
1. Existência de lócus da AF no Organograma da SMS (E)
Indicador pertinente, porém não é de seleção. Sugiro acrescentar uma dimensão que inclua aspectos relacionados à organização do serviço (gestão da AF)
10. Divulgação da REMUME/ RENAME (P)
A existência de REMUME sem divulgação e adesão por prescritores e letra morta. Também é importante que a população a conheça, lembrando que deve conhecer haver acesso a outros medicamentos de outros componentes, o que está estabelecida na RENAME. Na graduação proposta não há mensuração para conhecimento da REMUME pela população
11. Utilização da REMUME/ RENAME (P)
Não esquecer que talvez coubesse estabelecer como serão tratadas eventuais exceções. Isto é, acesso a medicamentos que não estão na REMUME, mas que sejam imprescindíveis para algum caso ou usuário. Isso ocorre no caso de alta hospitalar, por exemplo.
5. Perfil da CFT (E)
Não há necessidade de constituição de comissão com especialistas. Deve existir a comissão nata que se reúne ordinariamente e na necessidade de parecer de especialista, este é convidado a participar.
Acho que também deveria ser previsto um profissional da área da farmacologia e, se disponível um profissional que detenha conhecimentos relacionados à avaliação de tecnologia em saúde. Muitas vezes estes profissionais tem maior importância que especialistas, cuja opinião tem nível baixo de evidência ao se selecionarem medicamentos.
Refleta na possibilidade de inclusão na graduação da situação. Existência da comissão com equipe mínima e com uma equipe de consultores especialistas. Que poderão ser consultados a partir da necessidade. Inclusive esses consultores não precisam necessariamente residir no município.
8. Existência de método de elaboração da REMUME ou listas de medicamentos da atenção básica (P)
E bastante provável, salvo no caso de haver alguma condição epidemiológica muito específica, que a REMUME terá como parâmetro de elaboração e atualização a própria RENAME. Assim mais importante que o método, seria a periodicidade.
<b>Programação</b>
13. Método utilizado para programação (P)
Apesar de a programação ser uma atividade fundamental, o uso de um método ou vários métodos não afetará ou impedirá que seja feita adequadamente.
O perfil epidemiológico, considerando que reflete as causas de adoecimento e morte da população foram certamente consideradas ao se estabelecer o elenco da REMUME. Assim, no caso da programação talvez se tivesse um dado mais fidedigno da necessidade incluir alguma pesquisa sobre os pacientes que vem sendo atendidos nos serviços e o tratamento que preconizado.
14. Existência de manual ou catálogo de especificação técnica do medicamento (P)
Obs.: deve existir pelo menos uma lista com todos os produtos especificados no mesmo formato do pedido de compra.
Se o município utilizar o sistema Hórus, o código a ser usado seria o do CATMAT. Acho que não tem relevância, salvo se as normas administrativas exigirem número código do medicamento. A embalagem não pode constar (ex.. x comp. por caixa), pois não pode ser informado na compra por ser direcionamento no processo. Cuidado com o nível em que se pretende chegar às especificações técnicas. De modo geral, são exigidos o atendimento as exigências sanitária (registro na ANVISA, licença de funcionamento, etc.) que não aparecem ai.
16. Existência de pessoal para a programação nas unidades dispensadoras e central de abastecimento (E)

Obs.: é essencial que nas farmácias das unidades exista o farmacêutico para dispensar, registrar informação sobre a dispensação e fazer balanço mensal para envio das informações para a CAF central. Essas informações nortearão a programação e aquisição dos medicamentos de forma adequada.

A Programação poderá ser realizada em nível da Coordenação da AF e repassada para o pessoal responsável pela execução, que possivelmente até poderão fazer parte da equipe que planejou tal programação, mas que criteriosamente segue um padrão definido para todas as unidades dispensadoras.

#### **Aquisição**

17. Recursos financeiros orçados para a Assistência Farmacêutica Básica (AFB) no orçamento da Secretaria Municipal de saúde (P)

Refleta quanto à utilização dos recursos para além da aquisição dos medicamentos. Existe orçamento párea a manutenção dos serviços da AF? Tipo monitoramento, treinamentos, supervisão, manutenção e aquisição de equipamentos, e moveis...

Senti falta da verificação de dois aspectos importantes: 1) Existência de parecer técnico emitido por um farmacêutico do julgamento da licitação. 2) existência de treinamento sobre aquisição

Não entendi por que o valor de R\$ 8,82. O valor mínimo a ser aplicado e o previsto pelo CBAF. Nem sempre ele e orçamentado pelo município, pois depende de como foi a pactuação no estado. Como pode variar mencionaria de forma genérica o valor mínimo a ser aplicado na AFB com base na legislação e pactuação.

Rediscutir os valores dos repasses inter federativos- posicionamento do CONASS, CONASEMS e Equipe de AF do CONASEMS na reunião de tripartide de novembro de 2012. Os novos elencos de medicamentos não foram votados, aguardando novos valores a serem apresentados.

18. Financiamento da AFB (P)

Sempre há transferência do FNS para a AFB. Sugiro avaliar exatamente o que quer saber e reformular. Talvez coubesse melhor avaliar a aplicação dos recursos no período de 1 ano. Não explicitar o valor para dar caráter mais permanente ao indicador. Vale o que mencionei acima

19. Existência de normas e procedimentos operacionais com os critérios de modalidade de compra do processo de aquisição (P)

Aquisição deve ser atribuição da Secretaria de administração e/ou Planejamento. Acredito que a programação é atribuição da AF.

Obs.: apesar de ser obrigatório, é uma ação a ser realizada juntamente com o setor de compras ou equivalente do município. Assim, depende em parte da AF.

As normas e procedimentos estão estabelecidos em Lei. Eles são de domínio da área que faz o processo de compra. Se a AF faz alguma indicação neste sentido, caberia avaliar o conhecimento das normas na área publica. O POP caberia mais para estabelecer quando e como deve ser encaminhada a solicitação de compra pela AF ao setor responsável.

20. Existência de normas e procedimentos operacionais do fluxo do processo de aquisição (P)

Obs.: esta ação depende de toda a secretaria. O coordenador da AF pode buscar as parcerias entre os setores para que, em conjunto, seja definido o fluxo.

21. Modalidade de compra priorizada (P)

Essa definição poderá ser realizada pela assessoria Jurídica (parecer jurídico) Ao farmacêutico, questões contábeis poderão trazer sobrecarga.

Sugiro modalidades de compra utilizadas.

Obs.: apesar de ser obrigatório o uso da licitação (modalidade pregão), muitos municípios ainda utilizam outras formas de aquisição.

23. Existência de requisitos administrativos exigidos em Edital de aquisição de medicamentos (P)

Existem documentos exigidos que fazem parte do edital mas que não são solicitados pela AF e sim pela comissão. Ater-se a requisitos administrativos relacionados à AF.

25. Existência de pessoal qualificado para acompanhamento do processo de licitação (E)

Obs.: é essencial que seja um farmacêutico a executar essa atividade.

Extrapolou a AF. Sugiro algo como Há acompanhamento do processo de compra e avaliação técnica da AF no julgamento com emissão de parecer técnico

26. Existência de cadastro e acompanhamento de fornecedores (P)

A legislação não permite que eu selecione fornecedores salvo na existência de impedimento legal de algum deles.

#### **Armazenamento**

28. Existência de normas e procedimentos para disposição dos medicamentos (P)

Tenho uma observação ou questionamento: qual o critério para utilização da palavra dispensário? Foi porque no CNES algumas unidades cadastraram a farmácia como dispensário?

38. Realização de conferência das especificações técnicas no recebimento dos medicamentos na CAF (P)

Na graduação caberia mencionar as especificações técnicas dos medicamentos...

39. Realização de conferência das especificações administrativas no recebimento dos medicamentos na CAF (P)

Na graduação caberia mencionar – as exigências administrativas para o recebimento dos medicamentos foram atendidas... novamente, no que couber ser avaliado pela AF

43. Existência de local para medicamentos vencidos ou danificados para recolhimento da vigilância sanitária local (P)

Não conheço legislação, porém acredito que não é atribuição da VISA (local ou estadual).

O recolhimento nem sempre é da VISA. Cabe melhor dizer para descarte. Também não sei se foi verificado se há POP para isso, o que é importante.

#### **Distribuição**

44. Existência de Normas e procedimentos operacionais padrão para a distribuição dos medicamentos (P)

Avaliar se a dimensão e Gestão. Como essa terminologia muitas vezes é usada como sinônimo de gerenciamento sugiro avaliar consultando a literatura.

48. Existência de veículos apropriados para distribuição (E)

Veículos utilizados para transporte dos medicamentos a serem distribuídos. Observo que toda a cadeia de transporte deve ser adequada e não só a de distribuição.

#### **Dispensação**

49. Existência de local para dispensação na farmácia, dispensário ou unidade de saúde (E)

Não considero Gestão

52. Existência de normalização (portaria) do processo de prescrição e dispensação (P)

A legislação sanitária estabelece isso.

53. Realização de dispensação, orientação farmacêutica e/ou realização seguimento farmacoterapêutico (P)

Penso que 0 – seria no caso de somente se entregar o medicamento ao paciente. 2,5 observar que pela terminologia usualmente adotada, a dispensação pressupõe alguma orientação. 5 seria para os casos em que são adotados acompanhamentos complementares e individuais como o seguimento farmacoterapêutico.

## APÊNDICE 7

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ISC/UFBA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada: A Assistência Farmacêutica Básica no Estado de Mato Grosso: Uma proposta de monitoramento e avaliação**, que tem como **objetivo**: Desenvolver uma proposta metodológica para monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica municipal no Estado de Mato Grosso. Este é um estudo está utilizando o método de consenso Delphi para definição dos indicadores e elaboração da matriz de análise. A pesquisa terá duração de um ano, com o término previsto para dezembro de 2012.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em avaliar a matriz de análise e pontuar os indicadores, bem como sugerir alterações se necessário. O formulário será guardado por cinco (05) anos e incinerado após esse período.

Sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica.

Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

---

Maria Guadalupe Medina

Orientadora- UFBA/ISC

Tel.: (71) 3283-7407

e-mail: medina@ufba.br

Patrícia de Sousa Freitas

Orientanda- UFBA/ISC

Cel.: (66) 9988-1282

e-mail: patriciadsf@ig.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa ISC/UFBA

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_

(assinatura)

## APÊNDICE 8

### Formulário de Pré-Avaliação

Data do Preenchimento:

#### Identificação do Informante

1 Nome:	<input type="text"/>
2 Cargo:	<input type="text"/>
3 Perfil Profissional:	<input type="text"/>
4 Lotação:	<input type="text"/>

#### Identificação do Município

5 Nome do Município:	<input type="text"/>		
6 Estado:	<input type="text"/>		
7 Extensão Territorial:	<input type="text"/>	Km <sup>2</sup>	
8 Nome do Secretário (a) de Saúde:	<input type="text"/>		
9 Telefone da SMS	<input type="text"/>		

#### Aspectos Sócioeconômico-Demográficos

10 População Total:	<input type="text"/>				
11 População Urbana:	<input type="text"/>				
12 População Rural:	<input type="text"/>				
13 População Feminina:	<input type="text"/>				
14 População Masculina	<input type="text"/>				
15 População por Faixa etária	< 1 ano	1<=14 anos	15<=39 anos	40<=59 anos	> 60 anos
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



17	Principal Atividade Econômica		
18	Porcentagem de abastecimento de água tratada		%
19	Porcentagem de Rede de esgoto		%

**Situação Saúde**

20	Taxa Mortalidade Geral		
21	Taxa Mortalidade infantil		
22	Taxa de Mortalidade na infância		
23	Taxa de Mortalidade por causas externas		
24	Mortalidade proporcional Doenças Infecciosas		
25	Mortalidade proporcional Doenças Não Infecciosas		
26	Taxa de Mortalidade específica por diabetes		
27	Taxa de Mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório		
28	Prevalência de Diabetes melitus		
29	Prevalência de Hipertensão Arterial		

**Informações da Rede de Saúde Municipal**

30	Nº de unidades de atendimento primário		
31	Nº de unidades de atendimento secundário (especializado)		
32	Nº de unidades de pronto atendimento		
33	Nº de hospitais públicos		
34	Nº de hospitais conveniados ao SUS		
35	Município é referência para alguma especialidade médica	Sim	Não
		Qual?	
36	% do orçamento do Município destinado à Saúde		%

## Informações da Rede de Assistência Farmacêutica

37	Lócus da Assistência farmacêutica no organograma da SMS	Superintendência	Diretoria	Coordenadora	Gerência	Não há lócus da AF no organograma	
38	Nº de Unidades de dispensação						
39	Nº por Tipo de Unidade dispensadora	Farmácia Central	Farmácia Distrital	PSF	Central de Abastecimento Farmacêutico	Policlínica	
		Centro de referência	CAPS	Hospitais	Centro de Reabilitação	Centro de Saúde	
		Outro		Qual?			
40	Nº de Profissionais destinados exclusivamente ao Setor de Assistência Farmacêutica						
41	Nº de Profissionais destinados exclusivamente ao Setor de Assistência Farmacêutica por Categoria Profissional	Auxiliar Administrativo	Recepcionista	Limpeza	Enfermeiro	Técnico de enfermagem	
		Odontólogo	Advogado	Bioquímico/Biomédico	Contador	Médico	
		Outro	Qual?				
42	Nº de farmacêuticos no SUS do Município						
43	Nº de farmacêuticos no SUS do Município destinados à Assistência Farmacêutica						
44	Nº de	Seleção	Programação	Aquisição	Armazenamento	Distribuição	

Farmacêuticos nas seguintes atividades

--	--	--	--	--

Dispensação      Outra      Qual?

--	--	--

45

Nº de farmacêuticos por tipo de Unidade dispensadora, exercendo dispensação

Farmácia Central	Farmácia Distrital	PSF	Central de Abastecimento Farmacêutico	Policlínica

Centro de referência	CAPS	Hospitais	Centro de Reabilitação	Centro de Saúde

Outro	Qual?

Responsável por cada Atividade

46

Seleção

Nome	Função

47

Programação

--	--

48

Aquisição

--	--

49

Armazenamento

--	--

50

Distribuição

--	--

51

Dispensação

--	--

### Informações quanto às atividades do Setor de Assistência Farmacêutica

52

Existe Comissão farmacoterapêutica nomeada (CFT)

Possui CFT	Não possui CFT

53

Perfil da CFT

Farmacêutico	Odontólogo	Enfermeiro	Médico Clínico Geral	Epidemiologista

	Ginecologista e Obstetra	Pediatra	Cardiologista	Médico da Família	Endocrinologista
	Realiza consulta a especialistas quando necessário				Não possui CFT
54	<b>Existe capacitação para a CFT no plano de educação permanente municipal, ou Regional.</b>	Não existe nenhuma programação de capacitação para CFT	Existe reuniões técnicas periódicas na CFT	Existe pelo menos uma capacitação programada no plano de educação permanente municipal ou regional para CFT	
55	<b>Existe Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)</b>	Não existe REMUME ou lista de medicamentos para atenção básica	Existe uma lista de medicamentos para atenção básica, porém informal.	Existe REMUME ou lista de medicamentos da atenção básica publicada	
56	<b>Existe Formulário Terapêutico (FT) Municipal disponível para acesso dos trabalhadores</b>	Não existe FT Municipal/Nacional para acesso dos trabalhadores	Existe FT Nacional disponível para os trabalhadores	Existe FT Municipal disponível para acesso dos trabalhadores	
57	<b>Método de elaboração da REMUME ou listas de medicamentos da atenção básica</b>	REMUME baseada na RENAME/RESME	REMUME baseada na RENAME/RESME e perfil epidemiológico da população		
58	<b>Realiza revisão/atualização periódica da REMUME</b>	REMUME sem revisão/atualização	REMUME com atualização superior a 2 anos ou com programação para próxima atualização	REMUME com atualização/revisão ocorrida com 2 anos ou menos	
59	<b>Divulga a REMUME/ RENAME</b>	Não existe REMUME/RENAME fixada nas unidades de saúde e consultórios para acesso da população e trabalhadores		Existe REMUME/ RENAME fixadas nas unidades de saúde e consultórios para acesso da população e trabalhadores	

60	<b>Utiliza a REMUME/RENAME na:</b>	Programação	Aquisição	Prescrição	Não utiliza	
61	<b>Existe regulamentação Municipal para aquisição e disponibilização de medicamentos imprescindíveis e fora da REMUME</b>	Não existe regulamentação municipal para aquisição e disponibilização dos medicamentos fora da REMUME/RENAME	Existe regulamentação Municipal para aquisição e disponibilização de medicamentos fora da REMUME/RENAME porem não publicados formalmente	Existe regulamentação municipal para a aquisição e disponibilização de medicamentos fora de REMUME/RENAME publicados em portaria		
62	<b>Existe pessoal para realizar a programação nas:</b>	Unidades dispensadoras		Central de Abastecimento	Não há pessoal para a programação de medicamentos	
63	<b>Existe normas e procedimentos operacionais padrão com método e critérios de programação</b>	Sim	Não			
64	<b>Base de cálculo utilizado para programação das quantidades de medicamentos:</b>	Consumo Histórico	Recursos Financeiros	Perfil epidemiológico	Consumo médio Mensal	Oferta de serviços
		Nenhum	Outro	Qual		
65	<b>Existe de manual ou catálogo de medicamentos com as seguintes especificações técnica:</b>	Nome por DCB e ordem alfabética	Código	forma farmacêutica	concentração	apresentação
		Nível de utilização	Não existe	Outra	Qual	

66 **As quantidades de medicamentos programados para o ano foram adquiridas:**

Totalmente	Parcialmente	Não realiza programação

67 **Quanto ao estoque de medicamento houve nos últimos três meses:**

Desabastecimento de alguns itens	Acúmulo de alguns itens	Desabastecimento total	Acúmulo de Vários Medicamentos	Nem acúmulo e nem desabastecimento de medicamentos

68 **A programação realizada na unidade dispensadora considera as seguintes bases de cálculo:**

Consumo Histórico	Recursos Financeiros	Perfil epidemiológico	Consumo médio Mensal	Oferta de serviços
Não realiza programação na unidade dispensadora		Outra	Qual	

69 **Em licitação o edital de aquisição de medicamentos solicita que as propostas contenham os seguintes requisitos técnicos**

marca do medicamento	fabricante	procedência do medicamento	especificações técnicas do medicamento	requisitos de entrega
autorização especial de funcionamento para medicamentos da portaria 344/98	registro sanitário	certificado de cumprimento de boas práticas de fabricação	inscrição da empresa no CRF	licença sanitária emitida pela vigilância local

70 **Em licitação o edital de aquisição de medicamentos solicita que as propostas contenham os seguintes requisitos administrativos**

NF com nome do medicamento na DCB	NF apresentar quantidade, lote, e validade	NF contento Preço Unitário	Cumprimento do prazo de entrega	Cumprimento de condições de transporte

71 <b>Existe pessoal da AF com conhecimento de leis de licitação, legislação sanitária relacionada ao medicamento para acompanhamento dos processos de licitação.</b>	Existe pessoal da AF qualificado para acompanhamento	Existe pessoal para acompanhamento sem qualificação	Não existe pessoal da AF para acompanhamento		
72 <b>Quanto à capacitação da equipe de aquisição do setor de AF referente a processos licitatórios</b>	Não houve capacitação em aquisição para o setor de AF até o momento.	Não houve capacitação em aquisição para o setor de AF até o momento, porém está previsto para o ano.	O pessoal da AF foi capacitado em licitação este ano		
73 <b>Informe quanto de recurso foi gasto na aquisição de medicamentos por modalidade de compra (ano anterior)</b>	Dispensa de licitação	Convite	Pregão	Registro de preço	Laboratórios oficiais
	Outra	Qual			
74 <b>Informe o valor em R\$ de recursos alocados para a AFB no orçamento municipal: (ano anterior)</b>					
74 <b>Informe o financiamento (R\$) transferido por esfera de governo para o FMS da AFB (ano anterior)</b>	Federal	Estadual	Municipal		
74 <b>Informe o recurso executado (gasto) do componente básico da AF</b>					

(ano anterior)

--

75 Assinale quais normas e procedimentos operacionais padrão estão disponíveis para os responsáveis na AF pela aquisição

POP de critérios e prazos de envio dos processos de aquisição para o setor de compras

--

POP dos fluxos dos processos de aquisição

--

Nenhum

--

76 Quando é deflagrado o processo de aquisição

Sempre que falta medicamentos

--

Às vezes após a falta o medicamento

--

Conforme programação

--

No início do ano independente da falta ou não e medicamentos

--

Outro

Qual

--	--

77 Existe cadastro e acompanhamento de fornecedores e para o que é utilizado

Existe é utilizado para seleção de fornecedores

--

Existe é utilizado para controle de entrega

--

Não existe

--

Outro

--

Qual

--

78 No acompanhamento do processo de compra há avaliação técnica da AF no julgamento das empresas com emissão de parecer

Há acompanhamento e emissão de parecer técnico pela equipe de AF

--

Há acompanhamento sem a emissão de parecer técnico pela equipe de AF

--

Não existe acompanhamento

--

79 Quanto a instalações físicas assinale o que você encontra na Central de abastecimento Farmacêutico municipal

Piso plano

--

Piso sem rachadura e fissuras

--

Portas esmaltadas ou de alumínio

--

Portas pintadas a óleo

--

Portas com dispositivo de segurança automático

--

Parede de cor clara

--

Parede com pintura lavável

--

Parede sem rachadura

--

Parede sem infiltração

--

Parede sem umidade

--



			Teto com telhas térmicas com uso de poliuretano, ou de fibra de vidro ou de lã.	Janelas com telas de proteção contra entrada de animais	Janela com proteção de luz solar direta nos medicamentos	
	Teto com forro adequado	Teto com exaustores				
80	<b>Quanto às instalações elétricas assinala como apresenta a CAF</b>	Tomada Suficientes	Tomadas insuficientes	Tomadas utilizam adaptadores	Equipamentos ligados à extensão	Instalações elétricas vistoriadas
81	<b>Quanto às instalações sanitárias assinala como elas se apresentam na CAF</b>	Com abertura para área de estocagem	Causando mau cheiro na área de estocagem		Sem comunicação com a área de estocagem	
82	<b>Assinala os materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários existentes na CAF para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção.</b>	coletores de lixo tampados	armários para guarda de pertences de funcionários separados do estoque	armários para guarda de pertences de funcionários junto do estoque	estantes/prateleiras	estrados para armazenamento em quantidade suficiente
		armário de aço com chave para armazenar psicotrópicos (ou sala específica)	câmara fria ou refrigeradores	empilhadeiras para CAF's de grande porte	fichários e pastas suspensas para arquivo	placas indicativas
		extintores de incêndio sem fixar e sinalizar	extintores de incêndio fixados nas paredes	extintores de incêndio sinalizados	termômetro	higrômetro ou psicrômetro
		placas indicativas	material de escritório			
83	<b>Assinala como está organizada internamente a Central de abastecimento</b>	área apropriada para termolábeis e sinalizada	área apropriada para psicofármacos e sinalizada	área apropriada para inflamáveis e sinalizada	área apropriada para material médico hospitalar e sinalizada	Estrados não rentes ao chão e com certa altura que permita a limpeza

farmacêutico

--	--	--	--	--

Prateleiras dispostas de costas entre si	Prateleiras mantidas uma distância mínima de pelo menos 50 cm da parede	Estrados organizados de maneira que permita a circulação e movimentação o do estoque.	Área para atividades operativas (recepção, dispensação/expedição e administração) próximas à entrada

84 **Assinale a equipe de armazenamento de medicamentos na Central de abastecimento farmacêutico**

Farmacêutico	Pessoa para separar medicamentos	Pessoa para conferir a separação	Pessoa para registrar as entradas e saídas

Outra	Qual

85 **Assinale a informação quanto ao treinamento desta equipe**

Equipe foi capacitada para realização de suas funções	Não houve capacitação até o momento	A capacitação está agendada

86 **Assinale as condições relacionadas à estrutura física de estocagem dos medicamentos que você visualiza na CAF e Unidade dispensadora**

Ambiente arejado na CAF	Ambiente arejado em todas as unidades dispensadoras	Ambiente arejado em parte das unidades dispensadoras	Ambiente Climatizado na CAF	Ambiente climatizado em todas as unidades dispensadoras
Ambiente climatizado em algumas Unidades dispensadoras	Não há ambiente arejado e climatizado na CAF	Não há ambiente climatizado e arejado em todas as unidades dispensadoras	Não há ambiente arejado e climatizado em algumas unidades dispensadoras	Há Iluminação natural e se artificial de luz fria sem contato com o medicamento na CAF

	Há Iluminação natural e se artificial de luz fria sem contato com o medicamento em todas as unidades dispensadoras	Há Iluminação natural e se artificial de luz fria sem contato com o medicamento em algumas unidades dispensadoras	Não há iluminação natural ou artificial fria sem contato com o medicamento na CAF	Não há iluminação natural ou artificial fria sem contato com o medicamento nas Unidades dispensadora		
87	<b>Assinale quais normas e procedimentos operacionais padrão (POP) estão disponíveis para os responsáveis na AF pelo armazenamento</b>	POP para disposição de medicamentos	POP para inventário	POP para descarte de medicamento	POP para recebimento de medicamentos	Nenhum
88	<b>Como estão dispostos os medicamentos na CAF</b>	Organizados por ordem alfabética ou outra classificação	Dispostos de maneira que os lotes próximos a vencer fiquem à esquerda e a frente	Não estão organizados por nenhuma classificação	Não há preocupação com a disposição quanto à validade	
89	<b>Assinale os itens que são conferidos no ato do recebimento dos medicamentos na CAF</b>	Nome do medicamento (DCB)	Forma farmacêutica	Concentração	Apresentação	Lote
		Validade	Condição de conservação e transporte	Certificado de análise ou laudo de controle de qualidade	Embalagem/ rótulo	Registro sanitário
		Inviolabilidade	Quantidade	Preço unitário	Preço total	Prazo de entrega
90	<b>Assinale como é feito o controle de estoque na CAF e nas unidades dispensadoras</b>	Controle de estoque manual na CAF com informações gerenciais (CMM, estoque máx. e min., TR, PR, QR)	Controle de estoque manual nas Unidades dispensadoras sem informações gerenciais			Controle de estoque manual na CAF sem informações gerenciais

	Controle de estoque manual nas Unidades dispensadoras com informações gerenciais (CMM, estoque máx. e min., TR, PR, QR)	Controle de estoque informatizado na CAF	Controle de estoque informatizado nas unidades dispensadoras		
90 <b>Assinale como é Realizado o inventário na CAF e Unidades dispensadoras com estoque</b>	Anualmente de todo o estoque na CAF	Periodicamente de alguns itens na CAF	Diariamente de alguns itens na CAF	Não realiza inventário na CAF	
	Anualmente de todo o estoque nas Unidades Dispensadoras	Periodicamente de alguns itens nas Unidades Dispensadoras	Diariamente de alguns itens nas Unidades Dispensadoras	Não realiza inventário nas Unidades Dispensadoras	
91 <b>Assinale as condições de estocagem relacionadas a processos de trabalho que você visualiza na CAF e Unidade dispensadoras</b>	Ambiente livre de poeira e lixo	Ambiente livre de roedores	Ambiente livre de insetos	Medicamentos distantes de ar condicionados	Medicamentos distantes de estufas ou geladeiras
	Fichas de controle de temperatura e umidade preenchidas	Medicamentos termolábeis armazenados em geladeira própria com controle de temperatura	Medicamentos termolábeis armazenados misturados com outros insumos ou vacinas	Medicamentos armazenados em geladeira sem controle de temperatura	Empilhamento máximo respeitado
92 <b>Assinale como são armazenados os medicamentos vencidos ou danificados para o descarte</b>	Junto aos medicamentos para distribuição ou dispensação	Separado dos medicamentos de distribuição ou dispensação		Separados dos medicamentos para distribuição e dispensação em local identificados	
93 <b>Assinale a informação referente ao pessoal qualificado para transporte/distribuição dos medicamentos</b>	Não há motoristas próprios para distribuição de medicamentos	Há motorista para o transporte/distribuição dos medicamentos		Há motorista para o transporte/distribuição dos medicamentos e treinados para o manuseio de medicamentos	

94	<b>Assinale as condições dos veículos de distribuição de medicamentos</b>	Não possui veículo próprio para distribuição	Veículos próprios para distribuição e sem local para acondicionamento de maneira a evitar luz direta e calor excessivo nos medicamentos	Veículos próprios para distribuição e com local para acondicionamento de maneira a evitar luz direta e calor excessivo nos medicamentos		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
95	<b>Existe de Procedimentos operacionais padrão para a distribuição dos medicamentos</b>	Sim	Não			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
96	<b>Existe um cronograma de distribuição</b>	Sim	Não			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
97	<b>O cronograma de distribuição foi executado</b>	Totalmente	Parcialmente	Não existe ou não é executado		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
98	<b>Assinale os itens que indicam como é a conferência dos medicamentos na distribuição</b>	Conferido no ato da saída da CAF	Conferido no ato da entrada da Unidade dispensadora	Não é conferido nem na saída e nem na entrada		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
99	<b>Assinale como é o local para dispensação na unidade dispensadora</b>	Espaço para conversa entre farmacêutico e usuário	Local privado com mesa e cadeiras	Não há local privado para dispensação	Dispensação feita por janela ou similar	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
100	<b>Quem é responsável pela dispensação na unidade dispensadora</b>	Farmacêutico como responsável técnico em todas as unidades dispensadoras	Farmacêutico como responsável técnico em algumas unidades dispensadoras	Não há farmacêutico responsável nas unidades dispensadoras	Técnico Administrativo	Técnico de enfermagem
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Enfermeiro	Recepcionista	outro	Qual	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101	<b>Assinale o que se registra na dispensação</b>	Tratamento prescrito	Medicamentos dispensados	Informações passadas ao paciente	Registro de ocorrência no uso do medicamento	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

--	--	--	--

Outra	Qual

102 **Assinale como é a normalização do processo de prescrição e dispensação**

Não é padronizado e normalizado	Há um padrão de formulário e número de vias da receita, porém não publicados.	Processos normalizados por portaria ou POP

103 **Como é feita a entrega de medicamentos ao paciente**

Há apenas a entrega de medicamentos, sem nenhuma orientação.	Realiza a dispensação de medicamentos	É escolhida a melhor técnica de atenção farmacêutica (dispensação, orientação ou seguimento farmacoterapêutico) para cada paciente.

104 **Existe definição da Missão, atribuições e competências da AF.**

Não existe regimento interno ou documento formal com a missão, competências e atribuição da AF.	Existe somente missão ou somente competências ou atribuições da AF	Existe competências, missão e atribuição em regimento interno ou documento formal.

105 **Quanto à legalização do setor a CAF e Unidades dispensadoras possuem Alvará Sanitário expedido pelo órgão competente e Certidão de regularidade técnica pelo conselho Regional de Farmácia**

CAF com Alvará Sanitário fixado	Unidades dispensadoras com alvará sanitário fixado	CAF com Certidão de regularidade e técnica fixada	Unidades dispensadoras com certidão de regularidade de técnica fixada	Não possui nenhuma regularização

105 **Realiza monitoramento e avaliação em serviços pelo setor de assistência farmacêutica**

Sim

Não

--	--

106 **Quanto à participação da equipe de AF em instâncias deliberativas assinale:**

Não possui funcionário da AF membro de instâncias deliberativas

Possui pelo menos 1 funcionário da AF membro em instância deliberativa

Fonte: Elaborado pela autora

## APÊNDICE 9

### Quadro 11 - Lista de documentos necessários para monitoramento e avaliação por critério

#### Alvará Sanitário

---

- 63. Existência de Alvará Sanitário expedido pelo órgão competente (P)

#### Cadastro de fornecedores

---

- 29. Existência de cadastro e acompanhamento de fornecedores (P)

#### Certidão de regularidade técnica

---

- 56. Existência de farmacêutico na unidade dispensadora (E)
- 64. Existência de Certidão de regularidade técnica pelo conselho Regional de Farmácia (P)

#### Cronograma de distribuição

---

- 52. Existência de um cronograma de distribuição (P)
- 53. Execução do cronograma de distribuição (P)

#### Editais de licitação

---

- 18. Existência de requisitos técnicos exigidos em Edital na aquisição de medicamentos (P)
- 19. Existência de requisitos administrativos exigidos em Edital de aquisição de medicamentos (P)
- 22. Modalidade de compra utilizada (P)

#### Extrato da conta do FMS

---

- 24. Financiamento da AFB (P)

#### Fichas de controle de temperatura e umidade.

---

- 37. Condições relacionadas à estrutura física de estocagem dos medicamentos (P)
- 47. Condições de estocagem dos medicamentos relacionados a processos de trabalho (P)

#### Fichas de dispensação/prontuário ou sistema de informação

---

- 58. Existência de registro da dispensação (P)

#### Fichas ou sistema de informação de controle de estoque

---

- 45. Existência de controle de estoque (P)

#### Formulário Terapêutico Municipal ou Nacional

---

- 5. Existência de Formulário Terapêutico Municipal (P)

#### Lei Orçamentária Anual do Município

---

- 23. Orçamento da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) (P)

#### Lista de Medicamentos para atenção básica

---

- 4. Existência da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (P)

#### Manual ou catálogo de especificações técnicas

---

- 14. Existência de manual ou catálogo de especificação técnica do medicamento (P)

#### Normas e procedimentos operacionais Padrão

---

- 12. Existência de normas e procedimentos operacionais com método e critérios de programação (P)
- 26. Existência de normas e procedimentos operacionais com os critérios e prazos de



envio dos processos de aquisição ao setor de compras (P)

- 27. Existência de normas e procedimentos operacionais do fluxo do processo de aquisição (P)
- 38. Existência de normas e procedimentos operacionais padrões para recebimento dos medicamentos na CAF (P)
- 39. Existência de normas e procedimentos para disposição dos medicamentos (P)
- 40. Existência de normas e procedimentos para inventário (P)
- 41. Existência de normas e procedimentos para descarte de medicamentos (P)
- 51. Existência de Normas e procedimentos operacionais padrão para a distribuição dos medicamentos (P)
- 59. Existência de normalização (portaria) do processo de prescrição e dispensação (P)

---

#### **Organograma da Secretaria municipal de Saúde**

- 61. Existência de lócus da AF no Organograma da SMS (E)

---

#### **Parecer técnico referente ao processo licitatório**

- 30. Existência de acompanhamento do processo de compra e avaliação técnica da AF no julgamento com emissão de parecer técnico (P)

---

#### **Plano de educação permanente municipal ou regional.**

- 3. Existência de plano de educação permanente municipal, ou Regional para capacitação da CFT (P).

---

#### **Portaria de publicação**

- 4. Existência da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (P)

---

#### **Portaria ou documento com os procedimentos operacionais padrão para aquisição de medicamentos fora da portaria**

- 10. Existência de regulamentação para aquisição e disponibilização de medicamentos imprescindíveis e fora da REMUME

---

#### **Portaria que nomeia a CFT do município**

- 1. Existência de Comissão farmacoterapêutica (CFT) (E)

---

#### **Processos de aquisição**

- 28. Deflagração do processo de aquisição (P)

---

#### **Receitas médicas**

- 9. Utilização da REMUME/ RENAME (P)

---

#### **Regimento da CFT**

- 2. Perfil da CFT (E)
- 7. Realização de revisão/atualização periódica da REMUME (P)

---

#### **Regimento interno, ou documento que descreva a missão, atribuição e competências da AF.**

- 62. Existência de definição da Missão, atribuições e competências da AF (P).

---

#### **Registro de capacitações**

- 21. Capacitação da equipe de aquisição do setor de AF quanto aos processos licitatórios (P)

---

#### **Relatório anual de Gestão**

- 25. Execução do recurso financeiro da AFB (P)

---

#### **Relatório de estoque dos últimos três meses**

- 16. Eficiência da base de cálculo da programação do município (P)

---

#### **Relatório de inventário**

- 46. Realização de inventário (P)

---

#### **Relatório de Monitoramento e avaliação**

---

- 65. Realização de monitoramento e avaliação em serviços pelo setor de assistência farmacêutica (P)

#### **Relatório de notificações de ocorrências**

---

- 43. Realização de conferência das especificações técnicas no recebimento dos medicamentos na CAF (P)
- 44. Realização de conferência das especificações administrativas no recebimento dos medicamentos na CAF (P)

#### **Relatório de programação da unidade dispensadora**

---

- 17. Descentralização da programação à unidade dispensadora (P)

#### **Relatórios ou memória de cálculo da programação**

---

- 11. Existência de pessoal para a programação nas unidades dispensadoras e central de abastecimento (E)
- 13. Base de cálculo utilizado para programação das quantidades de medicamentos (P)

#### **REMUME**

---

- 4. Existência da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (P)
- 7. Realização de revisão/atualização periódica da REMUME (P)

#### **REMUME atualizações/revisões**

---

- 7. Realização de revisão/atualização periódica da REMUME (P)

#### **Resolução da instância deliberativa com os membros efetivos e suplentes.**

---

- 66. Participação em instâncias deliberativas



## APÊNDICE 10

### Roteiro e Chek-List de Observação

#### Dados de identificação do estabelecimento farmacêutico

Nome do Estabelecimento

Município

Estado

*Para verificação destas informações devem ser percorridas todas as unidades dispensadoras e consultórios nestas se existir*

Existe Formulário Terapêutico Municipal/Nacional disponível para acesso dos trabalhadores

FTM disponível	FTN disponível	Não existe disponível
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Existe REMUME/ RENAME fixada para acesso da população e trabalhadores

Sim	Não
<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Para verificação destas informações devem ser observadas as condições na Central de Abastecimento Farmacêutico*

Quanto às instalações físicas, elétricas e sanitárias para armazenamento na Central de abastecimento farmacêutico (CAF) existe:

Piso plano	Piso sem rachadura e fissuras	Portas esmaltadas ou de alumínio	Portas pintadas a óleo	Portas com dispositivo de segurança automático
Parede de cor clara	Parede com pintura lavável	Parede sem rachadura	Parede sem infiltração	Parede sem umidade
Teto com forro adequado	Teto com exaustores	Teto com telhas térmicas com uso de poliuretano, ou de fibra de vidro ou de lã.	Janelas com telas de proteção contra entrada de animais	Janela com proteção de luz solar direta nos medicamentos
Tomada Suficientes	Tomadas insuficientes	Tomadas utilizam adaptadores	Equipamentos ligados à extensão	Instalações elétricas vistoriadas
Instalações sanitárias com abertura para área de estocagem	Instalações sanitárias causando mau cheiro na área de estocagem		Instalações sanitárias sem comunicação com a área de estocagem	
coletores de lixo tampados	armários para guarda de pertences de funcionários separados do estoque	armários para guarda de pertences de funcionários junto do estoque	estantes/prateleiras	estrados para armazenamento em quantidade suficiente

Quanto aos materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários para armazenamento, limpeza, segurança, conservação e manutenção da CAF.

armário de aço com chave para armazenar psicotrópicos (ou sala específica)	câmara fria ou refrigerador es	empilhadeiras para CAF's de grande porte	fichários e pastas suspensas para arquivo	placas indicativas
extintores de incêndio sem fixar e sinalizar	extintores de incêndio fixados nas paredes	extintores de incêndio sinalizados	termômetro	higrômetro ou psicrômetro
placas indicativas	material de escritório			

Organização interna da Central de abastecimento farmacêutico

área apropriada para termolábeis e sinalizada	área apropriada para psicofármacos e sinalizada	área apropriada para inflamáveis e sinalizada	área apropriada para material médico hospitalar e sinalizada	Estrados não rentes ao chão e com certa altura que permita a limpeza

Prateleiras mantidas uma distância mínima de 50 cm da parede	Prateleiras dispostas de costas entre si	Estrados organizados de maneira que permita a circulação e movimentação do estoque.	Área para atividades operativas (recepção, dispensação/expedição e administração) próximas à entrada.

Quanto às condições relacionadas à estrutura física e processos de estocagem dos medicamentos verifica-se:

Ambiente arejado	Ambiente Climatizado	Há Iluminação natural e se artificial de luz fria sem contato com o medicamento	Medicamentos armazenados em geladeira sem controle de temperatura	Empilhamento máximo respeitado

Ambiente livre de poeira e lixo	Ambiente livre de roedores	Ambiente livre de insetos	Medicamentos distantes de ar condicionado	Medicamentos distantes de estufas ou geladeiras

	Medicament os termolábeis armazenado	Medicamentos termolábeis armazenados misturados com outros insumos ou vacinas
Fichas de controle de temperatura e umidade preenchidas	s em geladeira própria com controle de temperatura	

Na Disposição dos medicamentos verifica-se:

Organizados por ordem alfabética ou outra classificação	Dispostos de maneira que os lotes próximos a vencer fiquem à esquerda e a frente

Itens conferidos no ato do recebimento:

Nome do medicament o (DCB)	Forma farmacêutic a	Concentração	Apresentaç ão	Lote

Validade	Condição de conservação e transporte	Certificado de análise ou laudo de controle de qualidade	Embalagem / rótulo	Registro sanitário

Inviolabilida de	Quantidade	Preço unitário	Preço total	Prazo de entrega

Quanto à forma e local para medicamentos vencidos ou danificados para o descarte

Junto aos medicamen tos para distribuição ou dispensaçã	Separado dos medicamentos de distribuição ou dispensação	Separados dos medicamentos para distribuição e dispensação em local identificados
--	---	---



o

--	--	--

***Para Verificação desta informação é necessário observar o veículo de distribuição***

O Veículo de distribuição de medicamentos apresenta-se:

Não possui veículo próprio para distribuição	Veículos próprios para distribuição e sem local para acondicionamento de maneira a evitar luz direta e calor excessivo nos medicamentos	Veículos próprios para distribuição e com local para acondicionamento de maneira a evitar luz direta e calor excessivo nos medicamentos

***Para coleta deste dado deve-se acompanhar um processo de distribuição de medicamentos***

Quanto à distribuição dos medicamentos, estes são conferidos:

Conferido no ato da saída da CAF	Conferido no ato da entrada da Unidade dispensadora	Não é conferido nem na saída e nem na entrada

***Para coleta destes dados deve-se visitar todas as unidades dispensadoras***

Quanto à estrutura física para dispensação:

Espaço para conversa entre farmacêutico e usuário	Local privado com mesa e cadeiras	Não há local privado para dispensação	Dispensação feita por janela ou similar

Existe farmacêutico responsável técnico para dispensação

Sim      Não

--	--

Quais técnicas de atenção farmacêuticas são utilizadas na entrega de medicamentos:

	Dispensação	Orientação Farmacêutica	Seguimento farmacoterapêutico
Nenhuma			

Fonte: Elaborado pela autora

## APÊNDICE 11

### Questionário para entrevista com Informante-Chave por componente

#### Seleção

---

Como a REMUME ou lista de medicamentos da atenção básica foi elaborada, em que se embasou?

Como a REMUME/ RENAME tem sido utilizada no município?

Existe alguma regulamentação para aquisição e disponibilização de medicamentos imprescindíveis e fora da REMUME?

#### Programação

---

Quem faz a programação de medicamentos deste estabelecimento (unidades dispensadoras ou/e central de abastecimento)?

Existem normas ou procedimentos operacionais padrões com método e critérios para a realização da programação? Se sim. Elas estão disponíveis para acesso?

Como é feito o cálculo da programação das quantidades de medicamentos

Como está sendo executada a programação?

Houve algum desabastecimento de medicamentos nos últimos três meses, ou acúmulo de medicamentos?

#### Aquisição

---

Quem acompanha o processo de licitação de medicamentos?

Como esse pessoal foi preparado para acompanhamento da aquisição de medicamentos?

Como o município costuma adquirir os medicamentos da atenção básica? Por qual meio licitatório?

Para iniciar o processo de aquisição quais critérios são utilizados?

Como é feito o acompanhamento dos processos licitatórios? Existe algum sistema ou cadastro dos fornecedores?

Qual função a equipe de assistência farmacêutica tem nos julgamentos das propostas, na compra de medicamentos?

#### Armazenamento

---

Como se apresenta Central de abastecimento farmacêutico (CAF) quanto às instalações físicas para armazenamento?

E quanto às instalações elétricas?

Quem compõe a equipe de armazenamento quanto suas funções? Como este pessoal foi preparado para o armazenamento?

Quais critérios são utilizados na disposição dos medicamentos armazenados?

Como é feita a conferência no ato do recebimento dos medicamentos na CAF?

#### Distribuição

---

Quem realiza a distribuição de medicamentos, qual o vínculo com o setor de assistência farmacêutica?

Como esse pessoal foi preparado para a distribuição de medicamentos?

Quais e como são os veículos para distribuição?

Como é realizada a distribuição de medicamentos desde a saída da CAF até o recebimento na unidade dispensadora?

### **Dispensação**

---

Onde é feita a dispensação de medicamentos no município? Quantas são essas unidades?

Como é realizado o processo de dispensação de medicamentos nas unidades dispensadoras?

### **Institucionalização**

---

O município tem instituído processos de monitoramento e avaliação em serviços para o setor de assistência farmacêutica?