

VOL. 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE



## Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS

### COLEÇÃO

**Assistência Farmacêutica na gestão municipal:** da instrumentalização às práticas de profissionais de **nível superior** nos serviços de saúde

### PROJETO

**Atenção Básica:** capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Promoção da Saúde

# Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS

VOLUME 2

COLEÇÃO

**Assistência Farmacêutica na gestão municipal:** da instrumentalização às práticas de profissionais de **nível superior** nos serviços de saúde

PROJETO

**Atenção Básica:** capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde



BRASILIA - DF  
2020



Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Promoção da Saúde  
Esplanada dos Ministérios,  
bloco G, 7º andar  
CEP: 70058-900 - Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-6101  
Site: [www.aps.saude.gov.br](http://www.aps.saude.gov.br)  
E-mail: [cgctab@saude.gov.br](mailto:cgctab@saude.gov.br)

*HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ*

R. João Julião, 331, Bela Vista  
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP  
Tel.: (11) 3549-1000  
Site: [www.hospitaloswaldocruz.org.br](http://www.hospitaloswaldocruz.org.br)

*CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS  
MUNICIPAIS DE SAÚDE*

Esplanada dos Ministérios, bloco G,  
anexo B, sala 144  
Zona Cívico-Administrativo  
CEP: 70058-900 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3022-8900  
Site: [www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)

*Grupo executivo:*

Hospital Alemão Oswaldo Cruz:  
Aline Fajardo  
Karen Sarmento Costa  
Samara Kielmann  
CONASEMS:  
Elton da Silva Chaves  
Hisham Mohamad Hamida  
Ministério da Saúde:  
Olivia Lucena de Medeiros  
Hannah Carolina Tavares Domingos  
Izabella Barbosa de Brito

*Coordenação geral do projeto:*

Ana Paula N. Marques de Pinho  
Samara Kielmann

*Coordenação técnica do curso:*

Karen Sarmento Costa

*Gestão do projeto:*

Aline Fajardo  
Camila Tavares de Sousa  
Flávia Landucci Landgraf  
Mariana Castagna Dall'Acqua

*Innovativ – HAOC:*

Gestão dos processos de EaD:  
Débora Schuskel  
Modelagem Instrucional e Pedagógica:  
Débora Schuskel  
Gestão dos Processos do Curso:  
Gicelma Rosa dos Santos  
Adrielly Saron Alves Silva Lopes  
Gestão do ambiente virtual de  
aprendizagem:  
Alline Tibério  
Produção audiovisual:  
Anders Rinaldi Angelin  
Designer Instrucional:  
Daniel Tschisar

*Elaboração do conteúdo e texto:*

Adriane Lopes Medeiros Simone  
Andréia Turmina Fontanella  
André Yoshikane Shoshima  
Anna Heliza Silva Giomo  
Karina Santos Rocha  
Luciane Anita Savi  
Marco Aurélio Pereira  
Maria Cristina Sette de Lima

Noemia Urruth Leão Tavares

Rangel Ray Godoy  
Rondineli Mendes da Silva  
Suetônio Queiroz de Araújo  
Tiago Marques dos Reis  
Vera Lucia Luiza

*Revisão técnica:*

Camila Tavares de Sousa  
Felipe Tadeu Carvalho Santos  
Karen Sarmento Costa  
Patrícia Silveira Rodrigues  
Leonardo Régis Leira Pereira  
Orlando Mário Soeiro  
Elton da Silva Chaves

*Coordenação editorial:*

Júlio César de Carvalho e Silva

*Revisão de texto:*

Julia Nader Dietrich – Educação e  
Jornalismo

*Projeto gráfico e capa:*

Laura Camilo – L7 Design

*Normalização:*

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.

Assistência Farmacêutica na gestão municipal : da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

4 v. : il.

Conteúdo: v. 1. Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS. v. 2. Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS. v. 3. Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios. v. 4. Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde.

Modo de acesso: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_planejamento\\_assistencia\\_farmaceutica\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_planejamento_assistencia_farmaceutica_sus.pdf)

ISBN 978-85-334-2867-6 (coleção)

ISBN 978-85-334-2869-0 (volume 2)

1. Prática farmacêutica baseada em evidências. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Procedimentos clínicos. I. Título.

CDU 615.12

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0331

*Título para indexação:*

V. 2. Pharmaceutical Assistance management and planning in the Brazilian Public Health System

# Sumário

<b>Prefácio</b>	<b>06</b>
<b>Abertura</b>	<b>08</b>
Desafios para a gestão municipal: qualificação e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde	
<b>Gestão do SUS e da Assistência Farmacêutica municipal</b>	<b>14</b>
Introdução	16
Aspectos gerais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)	16
O papel das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde	19
Governança e Gestão: responsabilidades dos gestores do SUS	20
O termo <i>accountability</i> no âmbito da administração pública no Brasil	22
Mas o que significa Gestão?	22
Controle interno e externo no SUS	26
Gestão da Assistência Farmacêutica	29
Modelos de organização e de gerenciamento da AF	33
Síntese da Aula	36
Referências	37

<b>Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS</b>	<b>40</b>
Introdução	42
Financiamento como função dos sistemas de saúde	43
Antes do financiamento da AF: o planejamento orçamentário e fundos de saúde	46
Financiamento da Assistência Farmacêutica	52
Organização do financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS	55
Síntese da Aula	63
Referências	64
Material Complementar	66

<b>Planejamento no âmbito do SUS</b>	<b>68</b>
Introdução	70
Planejamento no Sistema Único de Saúde	72
Aspectos normativos	72
Pactuação interfederativa e a agenda de planejamento no território	77
Ciclo do planejamento e do orçamento público	79
Instrumentos da Política Fiscal e da Política de Saúde	81
Cronograma dos instrumentos de planejamento e orçamento	82
Papel da sociedade na governança da Saúde: do planejamento ascendente ao controle e fiscalização no SUS	87
Ferramentas utilizadas no planejamento do SUS: do SARGSUS ao DigiSUS-Gestor	88
Síntese da Aula	91
Referências	91
Material Complementar	93

<b>Planejamento da Assistência Farmacêutica municipal: métodos e aplicações</b>	<b>95</b>
Introdução	97
Aspectos gerais sobre a Assistência Farmacêutica	97
Importância do planejamento	98
Ciclo PDCA	102
Tipo de planejamento	105
Análise SWOT	107
Planejamento Estratégico	108
Síntese da Aula	126
Referências	126

# Prefácio

Esta obra é fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS), na figura da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) realizou-se o projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, com objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) mediante o aprimoramento dos serviços da Assistência Farmacêutica (AF) e sua inserção nos processos de cuidado em conjunto às equipes nas unidades de saúde.

Segundo dados obtidos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM)<sup>1</sup>, realizada em 2015, dentre os desafios para a melhoria da AF em municípios estão: sua ausência no organograma das secretarias (24%) e no plano de saúde (18%), a falta de autonomia financeira (61,5%) e de conhecimento dos valores disponíveis (81,7%), a falta de adoção de procedimentos operacionais para seleção, programação e aquisição (cerca de 50%), e o fato da maioria dos responsáveis pela assistência farmacêutica avaliar a organização da AF como boa e ótima (58,8%) apesar dos indicadores preocupantes.

Ademais, o Brasil figura entre os maiores consumidores globais de medicamentos, o que denota a necessidade do acompanhamento e orientação com vistas ao uso racional, e demanda a implantação de registros estruturados que favoreçam a análise dos impactos gerados por estas tecnologias de cuidado. Por tais razões, torna-se fundamental fomentar o progresso dos serviços farmacêuticos na APS, tanto os técnico-gerenciais quanto os técnico-assistenciais.

O conteúdo desta publicação, resultante do curso *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização à prática nos serviços (profissionais de nível superior)* oferecido pelo projeto, é baseado em conceitos

e reflexões críticas e agrega materiais para a promoção do aperfeiçoamento conceitual e das práticas dos profissionais que atuam na gestão da AF dos municípios, em prol da qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, principalmente, da melhoria das condições de saúde das pessoas, sempre considerando as necessidades de saúde locais e a organização própria do trabalho e da gestão dos territórios.

Ainda no âmbito do projeto, foram desenvolvidos outros três cursos, cada qual voltado a diferentes agentes da AF municipal, da gestão central ao balcão, ressaltando a importância do trabalho corresponsabilizado e integrado. O material elaborado para subsidiar estas formações foi também publicado, resultando nas coleções *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde*, *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e no livro *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*.

Os produtos deste projeto – incluindo este volume – foram estruturados na perspectiva de desenvolvimento de uma RAS capaz de responder e potencializar o desempenho do Sistema Único de Saúde, em termos da garantia do acesso, qualidade e eficiência econômica, objetivando a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde, passos importantes para a evolução dos serviços de atenção na saúde pública brasileira.

Em nome da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, parabenizamos a equipe técnica que elaborou e sistematizou os conteúdos da obra e convidamos os leitores a uma boa leitura.

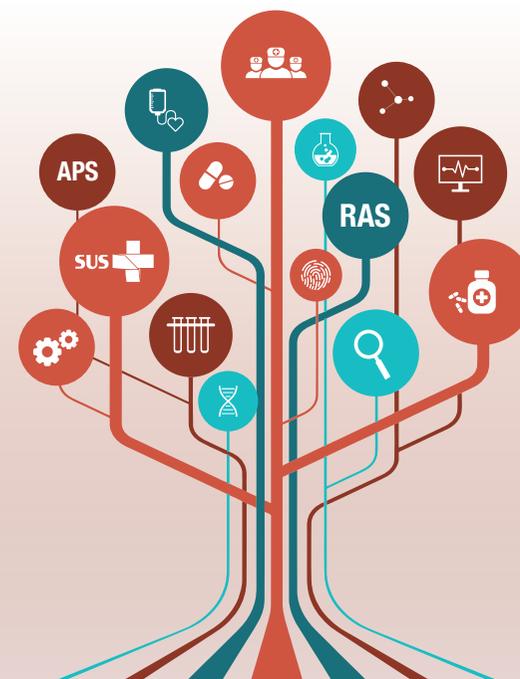
Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo

**Ministério da Saúde**

## Referências

1. Gerlack LF, Karnikowski MG, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, Leite SN, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Costa KS. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2017 Nov 13;51:15s.

# Abertura



## Desafios para a gestão municipal: qualificação e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde

Autores: Samara Kielmann, Aline Fajardo, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Camila Tavares de Sousa, Karen Sarmiento Costa, Patrícia Silveira Rodrigues, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

# Desafios para a gestão municipal: qualificação e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde

**Autores: Samara Kielmann, Aline Fajardo, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Camila Tavares de Sousa, Karen Sarmento Costa, Patrícia Silveira Rodrigues, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida**

Os desafios impostos pela transição demográfica e epidemiológica em curso no Brasil, que se caracterizam pelo aumento da população, transformações nas estruturas etárias e perfil de adoecimento, demandam do Sistema Único de Saúde (SUS) capacidade de resposta ao cenário complexo, atualmente apresentado, que envolve tripla carga de doenças, com uma predominância das doenças crônicas e ainda elevada prevalência de doenças parasitárias, infecciosas e da morbimortalidade por causas externas, impondo necessidade de reorganização das práticas, da estrutura e da lógica de funcionamento institucional do SUS como resposta a estas demandas.

A organização do SUS em redes de atenção à saúde (RAS), sob coordenação da Atenção Básica/Primária em Saúde, tem se colocado como resposta na superação da fragmentação sistêmica e do modelo de atenção à saúde baseado em ações curativas e centrado no médico, sendo eficaz tanto na organização de um modelo horizontal, articulado, proativo, focado na integralidade do cuidado e reorientação da gestão do cuidado com abordagem multi e interdisciplinar, quanto no enfrentamento aos desafios impostos pelo atual cenário demográfico, socioeconômico, epidemiológico e sanitário<sup>1</sup>.

Neste contexto, é fundamental a integração sistêmica da Assistência Farmacêutica às RAS, por meio da oferta dos serviços farmacêuticos que englobam atividades técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos) enquanto apoio à rede e, nos diferentes pontos de atenção da rede, o cuidado farmacêutico, sob a dimensão clínico-assistencial e técnico-pe-

dagógica do trabalho em saúde voltado ao indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde<sup>2</sup>.

Enquanto sistema de apoio, entende-se como fundamental a qualificação das atividades técnico-gerenciais a serem desenvolvidas, que devem estar integradas e sincronizadas com vistas à garantia do abastecimento dos medicamentos, nas diferentes unidades funcionais, com suficiência, regularidade e qualidade para atender as necessidades singulares da rede de atenção à saúde<sup>2</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica inova ao explicitar como diretrizes da assistência farmacêutica na atenção básica o desenvolvimento de

---

ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado<sup>3:Art.7</sup>.

---

Esta também reconhece a necessidade da garantia de qualificação da força de trabalho para a gestão e a atenção à saúde, a partir do estímulo e viabilização da formação, educação permanente e continuada dos profissionais com qualificação dos serviços ofertados à população<sup>3</sup>.

No que se refere à Assistência Farmacêutica no SUS, mesmo identificando um conjunto de avanços significativos - por exemplo, a melhor organização das responsabilidades executivas no âmbito do pacto federativo, ampliação do investimento na área pelos entes federados e do acesso a medicamentos, melhor estruturação de serviços farmacêuticos nos municípios e presença de sistemas informatizados - reconhece-se que ainda persistem barreiras e desafios a serem enfrentados<sup>2</sup>. Entre eles, a não implementação na totalidade dos municípios da política de assistência farmacêutica, deficiências nos processos de planejamento e gestão, ações focadas no medicamento e no insumo e não no usuário, recursos humanos pouco qualificados, inadequação de procedimentos técnico-gerenciais, ambientes pouco adequados às exigências e necessidades dos serviços farmacêuticos, relações municipais de medicamentos pouco baseadas em critérios técnico-científicos, nível de integração baixo entre os diferentes serviços farmacêuticos e destes com os demais serviços de saúde da rede e a incipiência dos serviços farmacêuticos assistenciais<sup>4,5</sup>.

Neste cenário, torna-se premente o desenvolvimento de ações pedagógicas para capacitar profissionais que atuam na gestão da Assistência Farmacêutica municipal. Tendo em vista a demanda de formação aos profissionais de nível superior que atuam nos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, a equipe do Projeto da Atenção Básica, elaborou, desenvolveu e disponibilizou aos municípios brasileiros o **Curso Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização à prática nos serviços (profissionais de nível superior)**. A formação tem como objetivo instrumentalizar e capacitar os profissionais de nível superior que atuam na gestão da Assistência Farmacêutica municipal visando o aperfeiçoamento das práticas profissionais, contribuindo para a qualificação do sistema de apoio da Rede de Atenção à Saúde e integração com o cuidado em saúde.

Os conteúdos abordam desde a contextualização do Sistema Único de Saúde na perspectiva da organização e integração da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde, com avaliação e incor-

poração de tecnologias e estratégias de acesso a medicamentos no SUS, aos aspectos relacionados à gestão interfederativa, planejamento, financiamento e avaliação da assistência farmacêutica e às abordagens da operacionalização e práticas dos serviços farmacêuticos nos municípios e as contribuições destes para a qualificação do cuidado em saúde.

Adotou-se no curso que os

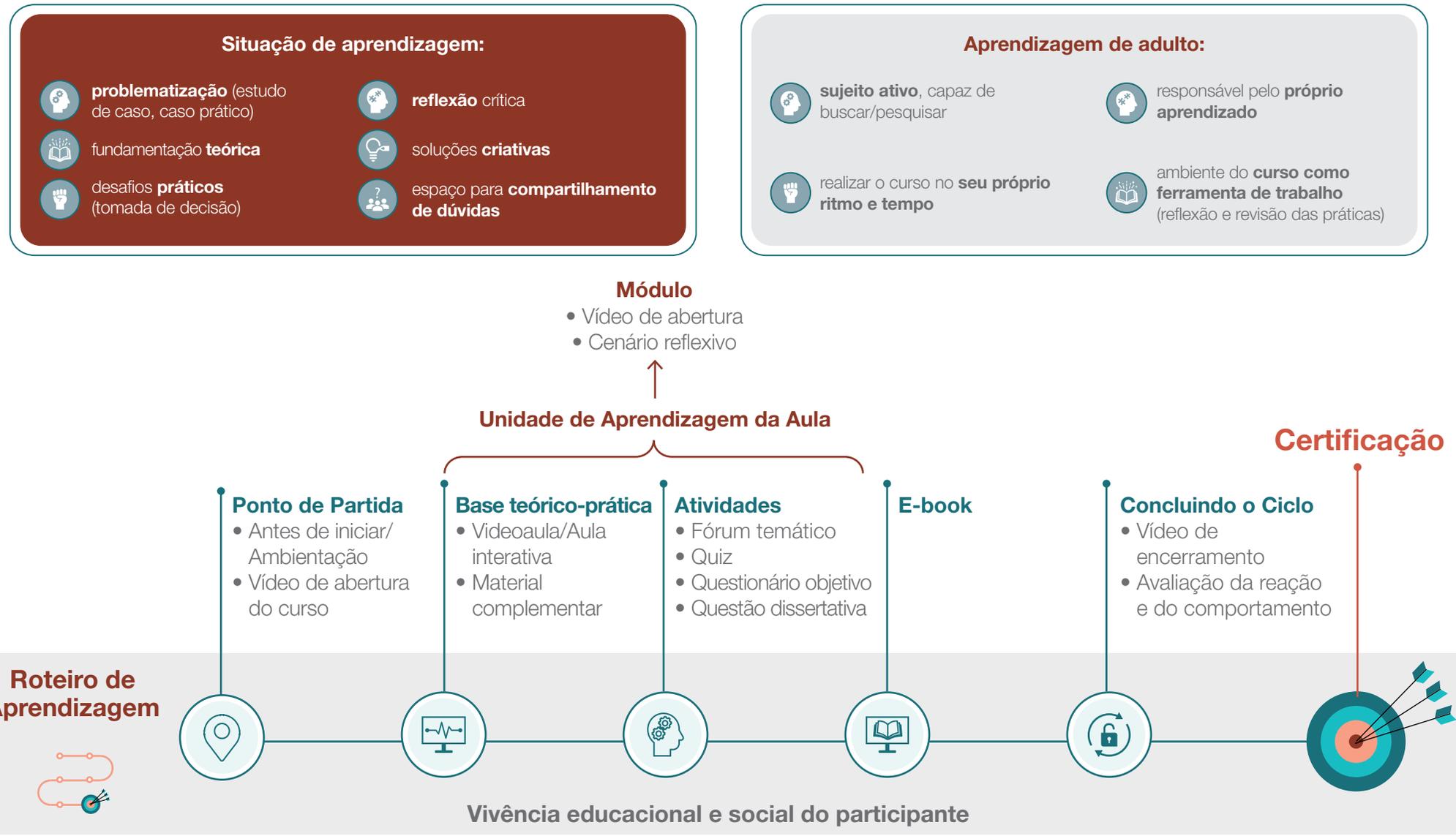
---

serviços farmacêuticos constituem-se no conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados ao medicamento, protagonizados pelo farmacêutico (em especial nas ações finalísticas), e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade. Esse conjunto de atividades compreende tanto atividades técnico-gerenciais (atividades de apoio) quanto clínicas (atividades finalísticas) dirigidas a indivíduos, família e comunidades<sup>2:115</sup>.

---

O percurso pedagógico fundamenta-se no construtivismo com ênfase na participação ativa dos profissionais, que são instigados a experimentar e (re)construir o conhecimento. Esta abordagem pedagógica contribui para o desenvolvimento de estruturas conceituais e para a construção reflexiva e crítica do conhecimento dos profissionais de nível superior, elementos estruturantes da aprendizagem significativa proposta pelo curso. Esse tipo de abordagem requer desses profissionais uma postura proativa no processo de ensino-aprendizagem para estudarem com autonomia e com comprometimento com o curso, planejando o tempo de dedicação e criando uma rotina de estudos adequada às suas vidas pessoais e profissionais, como esquematizado na Figura 1.

Figura 1. Desenho pedagógico do curso



Fonte: Elaboração própria.

Considerando o ineditismo e a importância desse material para a formação de profissionais de nível superior que atuam nos serviços farmacêuticos técnico gerenciais no SUS, e levando em conta a situação imposta pela pandemia da doença COVID-19, que exige respostas mais imediatas dos serviços farmacêuticos com vistas à garantia do acesso aos medicamentos necessários dentro da realidade da Atenção Básica, o Grupo Executivo do Projeto, constituído pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde (MS/SAPS), propôs a organização dessa coleção, a partir do material didático elaborado no curso, com a expectativa de ampliar o conhecimento e as oportunidades dos profissionais na qualificação dos serviços farmacêuticos.

O conteúdo dos módulos, aqui apresentados em formato de volumes, foi pensado de forma encadeada para que o profissional caminhe por todas as unidades de aprendizagem de forma fluída e organizada como um ciclo, com foco na discussão de casos práticos, próximos do cotidiano vivenciado, discussões para a operacionalização dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e apoio nos serviços farmacêuticos clínicos.

Por essa razão esta coleção está organizada em quatro volumes, compostos por um conjunto de capítulos (unidades de aprendizagem):

- » Vol. 1 - Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS
- » Vol. 2 - Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS
- » Vol. 3 - Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios
- » Vol. 4 - Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde.

Para apoiar a compreensão dos leitores, seguindo a própria organização dos cursos, cada volume e suas respectivas unidades de aprendizagem são ilustradas com quadros e figuras que facilitam a apresentação das informações, bem como referências e indicações de leituras complementares. A cada aula, também são apresentados os objetivos de aprendizagem e um breve resumo do conteúdo apresentado.

Esperamos que os gestores e profissionais que atuam nos serviços farmacêuticos no contexto da Atenção Básica possam utilizar esse material para ações de educação permanente com a equipe, visando o aprimoramento e a maior integração das práticas entre os diferentes profissionais e a melhoria na qualidade da oferta desses serviços à população.

Desejamos que esta publicação democratize o conhecimento voltado à formação desses profissionais e seja um incentivo para a qualificação dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde a fim de avançarmos nas conquistas nessa área e superarmos as barreiras e desafios apontados, tendo como perspectiva a oferta de serviços de qualidade e humanizados alinhada aos princípios e diretrizes do SUS.

**Boa Leitura!**



## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 dez 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Primária Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 384 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set 2017.
4. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano” / CONASEMS-COSEMS-RJ-LAPPIS/IMS/UERJ. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2016. 324p. ISBN: 9788595360006.
5. Costa KS et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2017. 51 (supl 2), 3s.



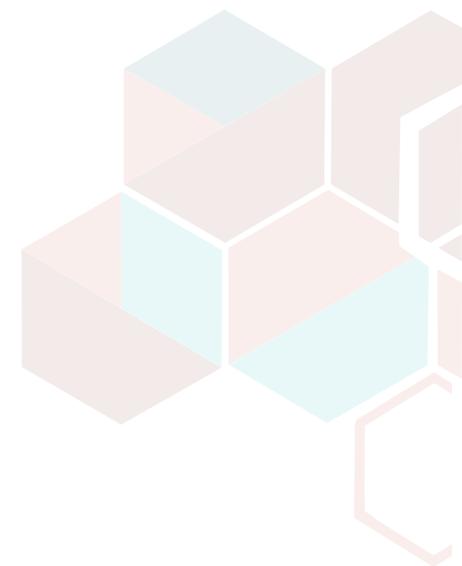
# 5

Aula



## Gestão do SUS e da Assistência Farmacêutica municipal

Autores: Marco Aurélio Pereira e Suetônio Queiroz de Araújo



## Ementa da aula



Esta aula aborda os aspectos gerais sobre o Sistema Único de Saúde e a organização e o funcionamento da gestão do Sistema, trazendo a sua interface com a Assistência Farmacêutica, assim como os aspectos legais, estruturais, governança e gestão e modelos de gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

## Objetivo de aprendizagem



Conhecer e compreender a importância da gestão do Sistema Único de Saúde e da Assistência Farmacêutica, com enfoque na visão enquanto gestor(a) do SUS; conhecer o processo de gestão do SUS e da Assistência Farmacêutica, as suas instâncias de pactuação e o controle social, a partir de conceitos gerais, as normas relacionadas, a importância das ações de controle interno e externo e do papel do controle social e os modelos de gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

## Introdução

A assistência farmacêutica depende de uma série de fatores para que se concretize enquanto um direito constitucional. Os aspectos relacionados ao seu financiamento sustentável, a um planejamento bem elaborado e uma boa gestão estão entre os desafios colocados para que a sociedade tenha garantido o acesso e uso racional dos medicamentos. Desta forma, compreender o papel que se deve desempenhar na organização da assistência farmacêutica, em especial no âmbito municipal, é condição fundamental para que seja alcançado o objetivo maior da gestão da saúde que é o de melhorar a qualidade de vida da população.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

## Aspectos gerais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS tem os seus pilares construídos a partir das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, passando a ser garantido como um direito social, conforme determina o artigo 6º da Constituição Federal (CF) de 1988, proporcionando acesso universal ao sistema público de saúde. O Sistema deve ser organizado com base nas seguintes diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais; e participação da comunidade, sobre a qual falaremos mais adiante<sup>1</sup>.

A Constituição também determina, em seu artigo 196, que:

“ A saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>2</sup>. ”

Como já vimos na *Aula 1*, do *Módulo 1\**, o SUS organiza-se, a partir da Constituição Federal, em um conjunto de normas, como leis, decretos e portarias, que dão as bases legais para o pleno funcionamento do Sistema e permitem à sociedade saber os seus direitos. Aqui, destacamos duas leis, tidas como as Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990.

**\*Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas do *Módulo 2* de curso homônimo oferecido pelo *Projeto Atenção Básica*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no *vol. 1* desta mesma coleção, *Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS*.

A Lei nº 8.080/1990, como posto, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”<sup>3</sup>. Em seu artigo 7º, está determinado que, além das diretrizes previstas na Constituição Federal, o SUS será desenvolvido com base em um conjunto de princípios, dentre os quais destacamos, em virtude da abordagem desta aula, os princípios da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A descentralização, que, além de ser um dos princípios organizativos ou técnico-gerenciais do Sistema Único de Saúde, também é determinada como uma das diretrizes do SUS, conforme dispõe a Constituição Federal, e está relacionada com a redistribuição de recursos e de responsabilidades entre União, estados e municípios. Esse princípio tem como objetivo uma prestação de serviços com maiores qualidade e eficiência, devendo estes estarem organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para clientela definidas<sup>4,5</sup>.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Para que a descentralização ocorra de maneira a não penalizar apenas um dos entes federados, ela deve se pautar no princípio da hierarquização e da regionalização. Nesse caso, a hierarquização significa que o SUS deve estar organizado com base em níveis crescentes de complexidade, ou seja, da atenção primária à alta complexidade. Assim, busca-se que “casos de menor urgência possam ser resolvidos em instâncias que não cheguem a centros especializados de alta complexidade, melhorando a eficiência e a eficácia de todo o sistema”.

A regionalização, um grande desafio para a gestão do SUS, pode ser definida como:

*“[...] um processo de articulação funcional em um determinado território, onde se busca integrar todas as ações e serviços em uma ampla rede de atenção à saúde. Essa deve se fundamentar em um trabalho coordenado entre as unidades de saúde de diversos níveis e densidades tecnológicas, a partir de mecanismos clínicos, gerenciais e de governança que permitam aos usuários uma atenção contínua e integral, abrangendo a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação (p. 89)”<sup>7</sup>.*



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Por fim, um outro princípio que precisa ser destacado é o da “participação da comunidade”. Inicialmente, vale destacar que o Sistema Único de Saúde é um patrimônio do povo brasileiro, sobre o qual todos nós possuímos direitos e deveres. Ao mesmo tempo em que está definido um conjunto de responsabilidades do Estado para com os cidadãos, também existem responsabilidades dos cidadãos para com o SUS, de forma a garantir que o seu tratamento e recuperação sejam adequados<sup>8</sup>.

Para falar um pouco mais sobre isso, vamos retornar à nossa Constituição Federal, que, em seu artigo 1º, determina que:

A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos estados e municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

- » a soberania;
- » a cidadania;
- » a dignidade da pessoa humana;
- » os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
- » o pluralismo político<sup>2</sup>.

Você sabe o que significa ser um Estado Democrático de Direito? Vale ressaltar o que diz a própria CF 88, no parágrafo único do artigo 1º: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. Isso significa que vivemos em uma república, cujo poder do povo será exercido de maneira indireta ou direta. Essas formas de participação são denominadas de democracia representativa e democracia participativa direta.

A democracia representativa é aquela em que os cidadãos escolhem representantes por meio dos processos eleitorais, nos quais pessoas são eleitas para diferentes cargos, com o objetivo de representar os interesses do povo na tomada de decisões no âmbito público. Já na democracia par-

ticipativa direta, os cidadãos discutem e votam diretamente sobre as principais questões de seus interesses, sem a necessidade de haver alguém que os represente<sup>6</sup>.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

No caso da saúde, existem instâncias deliberativas, de relevância reconhecida, que contribuem com o processo democrático de participação da comunidade na gestão participativa do SUS, conforme previsto na Constituição Federal vigente. São os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde que compõem o controle social da saúde<sup>9,10</sup>.

Os Conselhos de Políticas Públicas apresentam-se como espaços onde a população participa da tomada de decisões na Administração Pública, além de contribuir com o processo de fiscalização e de controle dos gastos públicos, colaborando com a avaliação das ações governamentais. Assim,

“o controle social torna-se um tema evidentemente prioritário no campo da saúde, onde uma democracia mais participativa deve ser priorizada. Tanto para o Estado quanto para a sociedade, o controle social tornou-se modelo concreto de proposta participativa de construção do Sistema Único de Saúde (p. 33)<sup>11</sup>.”

Portanto a gestão participativa no SUS compreende o conjunto de ferramentas de deliberação e de gestão compartilhada, com destaque para as Conferências de Saúde, que são os instrumentos essenciais para a formulação das políticas de saúde, atendendo aos anseios e às necessidades da população, manifestados pelos próprios cidadãos. Sobre a gestão participativa, falaremos mais à frente<sup>6,12</sup>.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Enfim, fica evidente que controle social pode ser compreendido como a participação do cidadão na gestão pública, seja na fiscalização, no monitoramento ou no controle de ações da Administração Pública. Também representa um mecanismo de fortalecimento do exercício da cidadania<sup>6</sup>.

## » O papel das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas em 1937, sendo que a primeira somente ocorreu em 1941, ano em que foi criado o Conselho Nacional de Saúde, cujo objetivo era ser um órgão consultivo do Ministério da Saúde. As atribuições dos Conselhos de Saúde, bem como o caráter e o formato das Conferências de Saúde, como temos hoje, surgiram a partir da Constituição Federal de 1988<sup>10,13</sup>.

Os Conselhos e as Conferências de Saúde foram instituídos pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, enquanto instâncias colegiadas do SUS, com base no princípio da participação da comunidade na gestão do SUS. É preciso lembrar que essa lei define a participação social na saúde a partir da criação do SUS. Antes de 1990, ou seja, antes do SUS, já havia sido criado o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e já haviam ocorrido oito Conferências Nacionais de Saúde, sendo que somente na oitava houve participação da população, como passamos a ter a partir da aprovação da Lei<sup>14</sup>.

De acordo com a Lei, as Conferências de Saúde passaram a se reunir a cada quatro anos, com a representação paritária dos diversos segmentos que atuam no SUS, com a finalidade de “avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”. Estas são convocadas pelo Poder Executivo e, extraordinariamente, pelo próprio Conselho. A sua organização e normas de funcionamento serão definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho<sup>14</sup>.

Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, devem ser compostos por:

“ [...] representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo<sup>14</sup>. ”



Em relação ao processo de gestão, vale destacar que, para que municípios, estados e Distrito Federal recebam recursos para a cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados, os entes deverão contar com o Conselho de Saúde, com composição paritária. Além disso, deverão contar com Relatórios de Gestão, instrumento de gestão que teremos a oportunidade de aprofundar os conhecimentos na *Aula 7*.

**E você? Já participou de alguma Conferência de Saúde ou de uma reunião do Conselho de Saúde?**

## Governança e Gestão: responsabilidades dos gestores do SUS

Como já vimos anteriormente, o SUS prevê que a sua gestão seja participativa, ou seja, que a comunidade seja protagonista na avaliação e na proposição de políticas públicas.

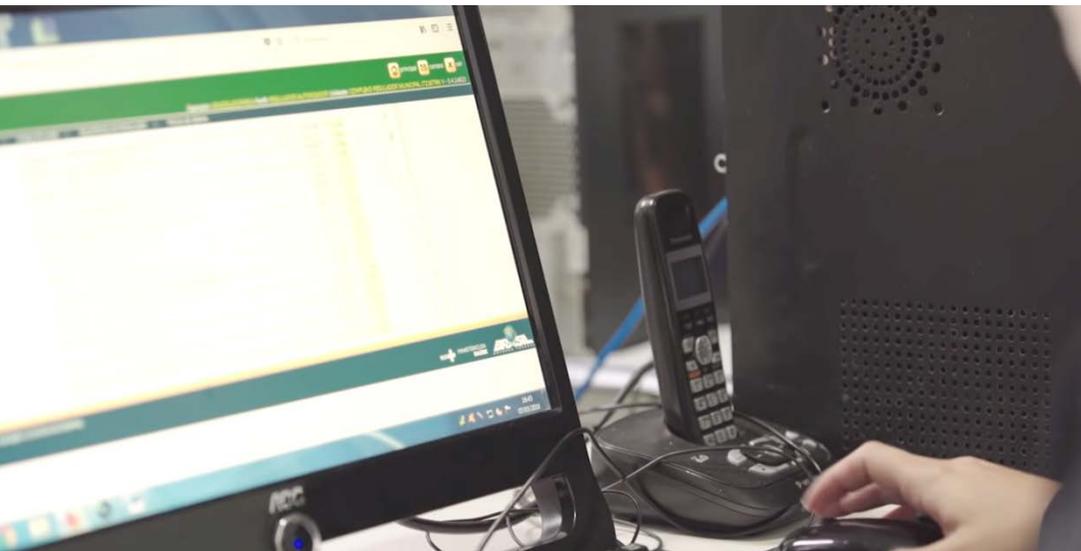
Nesse contexto e trazendo a agenda atual do SUS, discutindo-se as atividades de governança e gestão em saúde, é necessário apontar alguns aspectos e diretrizes que precisam nortear a agenda dos gestores municipais à luz das novas práticas e exigências, inclusive de órgãos de fiscalização e controle.

Dessa forma, é necessário conhecer um outro conceito, também bastante importante: o da governança. Este conceito, muito divulgado na década de 1990 nos Estados Unidos, segundo alguns autores, foi construído originalmente para a área privada. Outros autores apontam que o conceito de governança foi amplamente divulgado a partir de um documento do Banco Mundial, publicado em 1992, intitulado *Governance and Development*, no contexto de se analisar o papel do Estado no desenvolvimento, em busca da maior efetividade das políticas públicas. O fato é que esse tema se tornou um importante campo de pesquisa em ciências políticas e sociais em geral<sup>15,16</sup>.

A governança pode ser definida como:

“ [...] a capacidade dos governos de exercer autoridade, controle e poder na administração dos recursos sociais e econômicos de um país por meio do planejamento, da formulação e da implementação de políticas e do cumprimento de funções para o desenvolvimento (p. 1077)<sup>16</sup>. ”

Assim, entende-se governança como um conjunto de instrumentos que tem como objetivo avaliar, direcionar e acompanhar a atuação do administrador público, com vistas a que sejam garantidos serviços públicos de qualidade<sup>15</sup>.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a governança no setor da saúde refere-se a diversas funções governamentais, realizadas pelos governos e decisores, para atingir os objetivos da Política Nacional de Saúde favoráveis à sua cobertura universal. É um processo político que envolve equilibrar diferentes influências e demandas, por exemplo, as dos usuários dos serviços de saúde, de profissionais da área e de fornecedores de insumos e medicamentos<sup>17</sup>.

Para o Tribunal de Contas da União (TCU), por um lado, a governança ocupa-se de avaliar a situação, determinar a direção e monitorar os acontecimentos para acompanhar se a direção determinada está sendo seguida, ao passo que a gestão ocupa-se de elaborar os processos de trabalho para executar o ciclo Planejar-Executar-Avaliar-Agir, com o objetivo de ir na direção determinada pela governança<sup>18</sup>.

Essa governança no SUS, assim como apontam os órgãos de controle e a literatura, precisa se articular, principalmente, com as demandas da sociedade, e esse papel de representação deliberativa está a cargo do controle social, por meio dos Conselhos de Saúde<sup>18</sup>.

Figura 2. Relação entre Governança e Gestão



Fonte: TCU (p. 26)<sup>18</sup>.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Essa estrutura que articula o *modus operandi* do Sistema Único de Saúde no tocante à governança e à gestão precisa observar os aspectos e as etapas indispensáveis para sua execução adequada, com a finalidade de garantir aos cidadãos os melhores e mais eficientes serviços de saúde. Nesse sentido, é papel dos Conselhos de Saúde conduzir esse ciclo de “Avaliação, Direcionamento e Monitoramento” das ações e dos serviços públicos de saúde, incluindo as questões orçamentárias e financeiras, abordadas em aulas específicas.

Outra ação ainda pouco utilizada, mas que cada vez mais se articula às agendas da gestão pública e cobranças desses órgãos de controle, diz respeito à utilização nas rotinas públicas, incluindo, na saúde, a gestão de riscos, em especial na Assistência Farmacêutica. Esta se apresenta como uma das áreas mais fiscalizadas e sujeitas a inconsistências, fraudes e corrupção, tendo em vista que é a área mais impactante orçamentária e financeiramente para a Administração Pública, após a folha de pagamento funcional, quer seja da União, estados e municípios.

## »» O termo *accountability* no âmbito da administração pública no Brasil

A expressão *accountability* é entendida como a obrigação que têm as pessoas ou entidades às quais se tenham confiado recursos, incluídas as empresas e organizações públicas, de assumir as responsabilidades de ordem fiscal, gerencial e programática que lhes foram conferidas e de informar a quem lhes delegou essas responsabilidades. Espera-se que os agentes de governança prestem contas de sua atuação, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões<sup>18</sup>.

Tradicionalmente, a implementação do sistema de governança deve incluir mecanismos de prestação de contas e de responsabilização, para garantir a adequada *accountability*. A International Federation of Accountants (IFAC), em 2013, acrescenta a esses mecanismos a necessidade de um contexto de transparência, a fim de garantir a sua efetividade<sup>18</sup>.

Assim, trazendo para a realidade do dia a dia da política de saúde no Brasil, essa *accountability adequada* deve acontecer a partir das atividades permanentes de prestação de contas e atos de transparência da parte da gestão da saúde para com os Conselhos de Saúde, Legislativo e sociedade civil. Falaremos um pouco mais sobre esse processo de *accountability* na Aula 7<sup>18</sup>.

## »» Mas o que significa Gestão?

Ao se buscar a definição de gestão em dicionários disponíveis na internet, encontramos que gestão significa o ato de gerir, de gerenciar, de administrar. Também é encontrado como sinônimo de administração, tendo as suas origens nas funções administrativas apontadas por Fayol, em 1916: planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar. A administração diz “o que fazer” e a gestão tem a função de “fazer acontecer”<sup>15,19</sup>.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Em virtude da abordagem desta aula, precisamos ter a compreensão do que significa “gestão pública”, pela dimensão da responsabilidade do gestor em compatibilizar os recursos, que são finitos, com as múltiplas e complexas necessidades da sociedade. Além disso, também para atender e dar respostas às recorrentes críticas da sociedade, justas ou não, em relação à qualidade do serviço público. Assim, a gestão pública baseia-se em organizar o atendimento dos serviços aos anseios do “principal cliente do Estado: a sociedade” (p. 33)<sup>15</sup>.

Um ponto importante a ser considerado nesse caso é que não se pode fazer uma simples comparação entre as práticas e as ações desenvolvidas na gestão pública e na gestão privada. É comum que alguns falem sobre a baixa eficiência do Estado, apontando que, se fosse privado, o serviço prestado seria melhor. Vale lembrar que a gestão pública possui um conjunto de regras que determinam limites, não podendo o(a) gestor(a) simplesmente ignorá-las, conforme o princípio constitucional da legalidade, sobre o qual falaremos a seguir.

Cabe fazer apenas o que a lei autoriza e tem como meta o bem-estar social. Já ao gestor privado, é possível fazer aquilo que a lei não proíbe<sup>15</sup>.

A Constituição Federal, em seu artigo 37, determina que a “administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”<sup>2</sup>, que podem ser assim definidos<sup>2,11</sup>:

**L** **Legalidade** é o próprio alicerce do Estado Democrático de Direito, traduzindo a ideia de que o administrador público só pode fazer o que a lei autoriza.

**I** **Impessoalidade** traduz a ideia de que a imagem do administrador público não deve ser identificada quando a Administração Pública estiver atuando, assim como impede a promoção pessoal do próprio administrador.

**M** **Moralidade** relaciona-se com as decisões legais tomadas pelo agente público, com bases éticas, acompanhadas pela honestidade, visando obter uma finalidade de interesse público.

**P** **Publicidade** tem por objetivo tornar do conhecimento público os atos da administração e tem ligação estreita com a transparência, além de conferir eficácia jurídica aos atos administrativos, não podendo ser usada como forma de propaganda pessoal do administrador.

**E** **Eficiência** é o dever de fazer uma boa gestão, a fim de atender os anseios da sociedade, conseguindo resultados positivos e satisfatórios ao menor custo.

O(A) gestor(a) deve pautar as suas atividades e planos de trabalho sob esses princípios, tendo a certeza de que as suas ações podem ter impactos positivos na vida das pessoas, assim como podem ser catastróficos para o coletivo e, também, para si mesmo.

Sobre a governança e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, teremos a oportunidade de aprofundar essas discussões nas aulas *Planejamento no âmbito do SUS e Planejamento da Assistência Farmacêutica municipal: métodos e aplicações (Aulas 7 e 8)*. Com o que foi exposto até agora, precisamos sublinhar alguns apontamentos sobre características da gestão pública:

- » O(A) gestor(a) precisa ter a capacidade de compreender os seus limites legais, conhecer as regras e, dentro delas, estabelecer as suas atividades, de forma a atingir objetivos que devem ser previamente elaborados.
- » Da mesma forma como se deve respeitar o que determina as leis, é preciso buscar a eficiência, enquanto um dos princípios da administração pública.

Agora que você já viu uma série de conceitos, vamos destacar algumas das características da gestão do SUS. Como já foi dito anteriormente, o Sistema Único de Saúde, além do que prevê a Constituição Federal, possui leis que o organizam e outras normas que dão a ele condições exclusivas, quando comparadas com outras áreas. Vamos a elas.

### — Gestão participativa

Como já conceituamos anteriormente, uma das características da gestão do SUS é que há, nela, outros atores, além dos gestores, que contribuem na elaboração, implantação e monitoramento de políticas públicas. A essência da criação do SUS fortalece a concepção de Estado Democrático de Direito, no qual a sociedade tem participação nos processos decisórios,

direta ou indiretamente<sup>20</sup>. A gestão participativa objetiva gerar um clima organizacional “para que todos os colaboradores possam contribuir com a organização e se sentir parte integrante da equipe” (p. 62)<sup>15</sup>.

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde são algumas dessas instâncias, com as quais o(a) gestor(a) deve ter diálogo, mas não por simples visão burocrática ou legalista. Enquanto conselhos de políticas públicas, eles objetivam garantir maior democracia, na qual os cidadãos participam de forma ativa na avaliação e no monitoramento das ações governamentais<sup>11</sup>.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 deu maior relevância aos Conselhos, pois determinou que: “os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no artigo 74 da Constituição Federal”. A Lei Complementar nº 141/2012 consolidou as competências dos Conselhos de Saúde, que até então estavam definidas em Resolução do Conselho Nacional de Saúde<sup>9</sup>.

### — Articulação interfederativa

Como o SUS tem responsabilidades dos três entes da Federação, foram constituídos, inicialmente, por meio de portaria, fóruns permanentes de pactuação e negociação entre os gestores, nos âmbitos federal, regionais e estaduais.

A Lei nº 12.466/2011, que modificou a Lei nº 8.080/1990, reconheceu como foros de negociação, ou “instâncias de pactuação” entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). A CIT é composta pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Em cada estado, a CIB é composta pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems).

O Conass é a entidade nacional que representa as Secretarias de Estado da Saúde dos 27 estados, incluindo o Distrito Federal, nas pactuações nacionais, na CIT, com o Ministério da Saúde e com o representante das 5.570 secretarias municipais de saúde, o Conasems.

**Saiba mais!**

Navegue pelos os sites dos Conselhos:

Conselho Nacional de Secretários de Saúde ([Conass](#))

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde ([Conasems](#));



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

As pactuações no âmbito Estadual, na CIB e na CIR, ocorrem entre os representantes locais, da Secretaria de Estado da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, estas últimas sendo representadas pelo Cosems local.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A atuação da CIT e das CIB tem como objetivos: decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos Conselhos de Saúde; definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federados; fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e aos serviços de saúde entre os entes federados.

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, instituiu também a Comissão Intergestores Regional (CIR), que, no âmbito regional, está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. Sobre o Decreto, o Conasems manifestou que: “evidenciou-se como ação das mais urgentes, já que se configura como instrumento de controle e de incentivo à transparência, à melhor governança regional e à maior responsabilização entre os entes” (p. 31)<sup>11</sup>.

**Figura 3.** Estrutura de pactuação intergestores na Gestão do SUS



Fonte: Elaboração própria.

## »» Controle interno e externo no SUS

No Sistema Único de Saúde, o **controle** é exercido por meio da participação da comunidade e do governo. Pela sociedade, ele é exercido por meio do controle social, conforme já tratamos anteriormente. Na esfera governamental, ele é exercido por órgãos de controle, internos e externos. O Ministério da Saúde define controle interno como sendo:

“aquele em que o Poder Público controla suas próprias ações, objetivando assegurar a execução destas dentro dos princípios básicos da administração pública. Compreende as atividades de avaliação do cumprimento das metas, da execução dos programas de governo e dos orçamentos e de avaliação da gestão dos administradores públicos, utilizando, como instrumentos: o monitoramento, a avaliação de desempenho e a auditoria. Assim, o Controle Interno é um controle primário, exercido por órgão que se subordina ao executor do próprio ato examinado (p. 7)<sup>21</sup>.”

E define controle externo como:

“o controle é considerado externo quando é efetivado por um poder sobre o outro. É realizado por órgãos externos, que fiscalizam as ações da administração pública e seu funcionamento, envolve a verificação do exercício regular da competência atribuída pela lei (p. 7)<sup>21</sup>.”

As ações de auditoria são de responsabilidade do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que é formado por componentes municipais, estaduais e federal. Já o controle externo é exercido pelo Poder Legislativo, pelos Tribunais de Contas da União, dos estados e dos municípios e pelos Ministérios Públicos, federal e estaduais<sup>21</sup>. A Constituição Federal estabelece em seu artigo 31 que: “A fiscalização do município será exercida pelo Poder Legislativo Municipal, mediante controle externo, e pelos sistemas de controle interno do Poder Executivo Municipal, na forma da lei”<sup>2</sup>.

A atuação dos Controles Internos Municipais não segue exclusivamente orientações previstas em normas federais, são adotadas diretrizes orientadoras expedidas pelos Tribunais de Contas Estaduais, principalmente no tocante às gestões administrativa, financeira e patrimonial do município, em conformidade com o disposto na Constituição Federal e na Lei de Responsabilidade Fiscal. Além disso, é imprescindível que os Controles Internos Municipais elaborem normas regulamentares próprias referentes ao seu funcionamento e às suas atribuições<sup>4</sup>.

Nesse momento, a articulação entre os profissionais do Controle Interno e da Assistência Farmacêutica é fundamental, pensando na eficiência das atividades da gestão e para, conjuntamente, observarem as normativas dos Tribunais de Contas (TC) e os aspectos técnicos da área da saúde, incluindo as exigências sanitárias, de infraestrutura, gestão de estoques, gestões orçamentária e financeira, gestão de riscos e transparência e uso de dados a serem utilizados e padronizados no âmbito da gestão da AF.

### Saiba mais!

Você sabe se o seu município possui controle interno? A Assistência Farmacêutica possui alguma articulação com o controle interno? Vamos, então, saber um pouco mais sobre os órgãos de controle.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

## — Sistema Nacional de Auditoria (SNA)

O SNA, instituído pela Lei nº 8.689/1993, é constituído pelos órgãos e unidades criados nas três esferas de governo, cuja atribuição é realizar auditorias, que servem como ferramentas de apoio à gestão, contribuindo com a Elaboração ou revisão dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde<sup>21</sup>. Compõe o SNA o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) do Ministério da Saúde.

## — Controladoria Geral da União (CGU)

Conforme está descrito em sua página na internet,

“ a Controladoria-Geral da União (CGU) é o órgão de controle interno do Governo Federal responsável por realizar atividades relacionadas à defesa do patrimônio público e ao incremento da transparência da gestão, por meio de ações de auditoria pública, correição, prevenção e combate à corrupção e ouvidoria. A CGU também deve exercer, como Órgão Central, a supervisão técnica dos órgãos que compõem o Sistema de Controle Interno e o Sistema de Correição e das unidades de ouvidoria do Poder Executivo Federal, prestando a orientação normativa necessária<sup>22</sup>. ”

### Lembre-se!

Para os municípios, a Controladoria Geral da União e dos Estados são consideradas como controle externo ao Governo Municipal.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

## — Tribunal de Contas

Os Tribunais de Contas, também denominados como Corte de Contas, surgem a partir da necessidade de adoção de sistema de controle no Estado Democrático. Os Tribunais de Contas no Brasil, ao longo do tempo, firmaram-se como organismos de controle das atividades financeiras do Estado, abrangendo as áreas contábeis, financeiras, orçamentárias, operacionais e patrimoniais<sup>23</sup>. Tribunais de Contas da União e dos estados são considerados controle externo aos municípios, no entanto municípios como São Paulo e Rio de Janeiro possuem TC próprios, uma vez que foram criados antes da CF 88, que passou a vetar a criação de novos tribunais municipais.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

## — Ministério Público

O Ministério Público, de acordo com o artigo 127 da Constituição Federal, “[...] é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. Tem como princípios institucionais a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional e ao Ministério Público é assegurada a autonomia funcional e administrativa<sup>2</sup>.

Com a Constituição, o Ministério Público passou à condição de defensor da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, tendo:

“[...] suas atribuições no âmbito da tutela coletiva definidas e ao mesmo tempo ampliadas, competindo-lhe promover o inquérito civil e a ação civil pública (ACP) para a defesa do patrimônio público e de outros interesses difusos e coletivos, entre outras funções elencadas no art. 129 da CF/1988 (p. 183)<sup>24</sup>.”

## — SER GESTOR DO SUS

Em recente publicação do *Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”*, no que se refere à função de Gestor do SUS, o Conasems afirma que:

- » Ser gestor(a) do SUS se afirma no agir político, que também é técnico e ético;
- » Para ser gestor(a) do SUS é preciso manter diálogo permanente com o controle social instituído, com a comunidade e com a sociedade civil organizada;
- » Ser gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com o profissional de saúde, entendendo-o como o ator principal na consolidação das práticas de saúde do município;
- » Ser gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com sua equipe de direção, capaz de conduzir os processos de coordenação do Sistema de Saúde;
- » Ser gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com seus pares na gestão da saúde;
- » Ser gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com seus pares na gestão do município e na relação com o estado e União;
- » Ser gestor(a) é manter diálogo permanente com os poderes legislativo, judiciário e comissão de saúde (p. 29-35)<sup>11</sup>.

Assim, considerando o que foi apresentado até o momento, ser gestor(a) do SUS significa ser a autoridade sanitária com responsabilidade pública de garantir a consolidação das políticas de saúde, com base nos princípios e nas diretrizes do SUS, definidos na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde, na garantia da saúde como direito. Além disso, “exige um agir político de mediação e diálogo permanente, com participação do dirigente e sua equipe da secretaria municipal de saúde nas instâncias de decisão e de negociação, já existentes no arcabouço jurídico normativo do SUS” (p. 28)<sup>11</sup>.

## Gestão da Assistência Farmacêutica

Como já foi demonstrado, o SUS, pela sua importância e complexidade, tem se efetivado a partir de um processo histórico de superação de desafios. É fato que muito se avançou, mas é preciso compreender quais são os desafios atuais, cujo impacto seja estruturante para tornar o SUS uma realidade em cada canto do País e na vida de todos os brasileiros e brasileiras.

Nesse momento, um dos maiores desafios do SUS está em resolver as questões relacionadas ao seu financiamento. Ao longo de sua história, o SUS foi subfinanciado, tendo esse quadro se agravado a partir da aprovação no Congresso Nacional da Emenda Constitucional nº 95, proposta pelo Poder Executivo<sup>25</sup>.

### Saiba mais sobre a emenda constitucional nº 95!

- » [IDISA-Instituto de Direito Sanitário Aplicado Domingueira 23](#); 
- » [CONASEMS sobre a EC95](#); 
- » [OPAS](#); 
- » [CONASS](#); 
- » [CNS](#). 



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Em relação à Assistência Farmacêutica, não seria diferente. Como parte integrante do SUS, inserida na Política Nacional de Saúde, um dos seus maiores desafios está relacionado, ainda, com a superação do problema do financiamento. De maneira particular, a gestão e a estruturação

da Assistência Farmacêutica são consideradas como importantes estratégias para a garantia de acesso qualificado aos medicamentos e, também, para consolidar o próprio sistema de saúde<sup>19,25</sup>.

### **E por onde começar? Como o Gestor da Assistência Farmacêutica no meu município daria os seus primeiros passos para estruturar e organizar os serviços farmacêuticos?**

A primeira palavra que deve vir à sua mente é PLANEJAMENTO, que é definido como “um processo que busca estabelecer com clareza e de forma integrada o conjunto de ações e iniciativas a serem adotadas para que a organização alcance uma situação futura desejada com base em conjunto situacional existente no presente” (p. 44)<sup>15</sup>. Além disso, para se garantir um gerenciamento qualificado da Assistência Farmacêutica, além do planejamento, estão a organização e a estruturação das atividades que são desenvolvidas<sup>15,27</sup>.

Contudo, não será possível dar nenhum passo se não tivermos certeza sobre o caminho que queremos seguir e aonde queremos chegar. Mas, sobre isso, nos aprofundaremos nas *Aulas 7 e 8*.

Como parte do processo para se elaborar um bom planejamento está a compreensão da situação inicial, ou seja, qual é o diagnóstico sobre em como se encontra a Assistência Farmacêutica. Vale destacar que, em virtude dos diversos atores envolvidos no SUS – usuários, trabalhadores e gestores –, além da percepção de cada um deles, que pode ser diferente a partir do ângulo em que se avalia, é preciso buscar isso de forma dialogada. As ferramentas e os dados a serem utilizados para se encontrar o correto diagnóstico, precisa levar em conta que esta construção precisa ser coletiva<sup>19</sup>.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

### **Então o que é importante identificar na compreensão da situação inicial?**

Um primeiro aspecto fundamental é conhecer a situação da saúde e do sistema de saúde local. Esse processo não pode ser considerado apenas para análise da situação inicial, já que esse ponto deve ser avaliado continuamente. Ao analisar a situação da saúde, você poderá caracterizar o perfil epidemiológico da população, reconhecendo doenças mais prevalentes por faixa etária e sexo, hábitos e costumes, perfil de morbimortalidade, entre outros. A análise do sistema de saúde permitirá, por exemplo, conhecer o funcionamento e a organização da rede local, a capacidade instalada, a oferta de serviços e as demandas, a estrutura física, os equipamentos e os recursos humanos envolvidos. Para isso, é importante definir o que se deseja verificar, quais as fontes de informação e o que se deseja aferir (indicadores)<sup>26</sup>.

O passo seguinte é conhecer como a Assistência Farmacêutica está relacionada dentro da estrutura do município, ou seja, a que área ela está subordinada. Identificar, portanto, se está vinculada ao gabinete do secretário, à coordenação responsável pelas ações de saúde ou à estrutura administrativa. Verificar se está presente enquanto diretoria, coordenação ou uma gerência e observar se ela está ligada diretamente ao secretário. Enfim, conhecer, dentro do organograma, como a Assistência Farmacêutica está localizada. Este é um aspecto importante, pois entender hierarquicamente como os processos ocorrem contribui também para avaliar quais os fluxos e os aspectos políticos – como as articulações e negociações necessárias para que se possa colocar o planejamento em prática<sup>19,27</sup>.

Também é importante conhecer qual estrutura organizacional, que aqui conceituaremos como sendo a “definição de papéis, competências e responsabilidades, cuja representação formal deve constar no organograma e na matriz de competências e responsabilidades, entre outros instrumentos de gestão das organizações” (p. 53)<sup>19</sup>.

É preciso saber quais são níveis hierárquicos, competências, normas e procedimentos existentes<sup>19,26</sup>.

Vale destacar que a ausência de uma estrutura organizacional bem definida e de diretrizes organizacionais, assim como as questões relacionadas à ambiência física e às relações trabalhistas e falhas de comunicação, são geradores de conflitos organizacionais<sup>19</sup>.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

Um último aspecto a ser observado, com o mesmo grau de importância, é como está estruturada a Assistência Farmacêutica, física e administrativamente, e em relação aos recursos humanos e às atividades clínicas desenvolvidas no território. Aqui, é preciso identificar como está organizada a AF do ponto de vista das atividades técnico-gerenciais desenvolvidas, consideradas fundamentais para viabilização do funcionamento dos serviços de saúde na rede. No *Módulo 3\**, será abordado de forma mais detalhada como cada um dos serviços farmacêuticos de apoio à rede contribui na disponibilidade dos medicamentos e na qualificação da Assistência Farmacêutica do município<sup>11,26</sup>.

Com base nas informações que compõem a análise sobre a situação inicial, a gestão da Assistência Farmacêutica tem o desafio de organizar o seu planejamento, integrando “de forma articulada, os produtos, os serviços e o fazer coletivo; a disponibilização e o uso de medicamentos, os resultados logísticos, os clínicos e sociais, considerando os seguintes fatores que influenciam sua execução” (p. 126)<sup>11</sup>.



**Fatores demográficos:** envelhecimento da população, população infantil vulnerável, crescimento populacional, mudanças nas características epidemiológicas e distribuição geográfica da população;



**Fatores tecnológicos:** desenvolvimento de novos equipamentos, medicamentos e insumos, novas técnicas de divulgação de informação e de novos dados sobre esta tecnologia existente, biotecnologia;

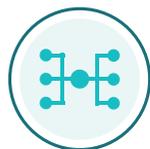
**\*Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 2* de curso homônimo oferecido pelo projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios*.



**Fatores sociológicos e educacionais:** expectativa e colaboração dos usuários, abuso e uso incorreto de novas tecnologias, readequação da educação e educação permanente do pessoal de saúde, definição de critérios éticos para a promoção da saúde com a equipe de saúde, com o usuário e com a comunidade, participação da comunidade;



**Fatores econômicos:** aumento de custos da assistência sanitária, economia nacional e mundial, as insistentes desigualdades sociais, administração eficiente de recursos econômicos;



**Fatores políticos:** prioridades na aplicação dos recursos direcionados para a saúde, mudanças na política econômica, critérios das instâncias normativas e jurídicas em assuntos sanitários como políticas de Estado, regulamentações sanitária e fiscal;



**Fatores profissionais:** diversidade na formação dos profissionais de saúde, relações trabalhistas, falta de padrão nos processos de trabalho de atenção ao usuário;



**Fatores de prestação de assistência sanitária:** acesso aos serviços, tripla carga de doenças, uso racional de medicamentos, segurança e eficácia de tratamentos, planejamento das ações em saúde, integração de equipes e da rede de serviços (inclusive regionalizada), regulação das relações público-privado.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Os desafios para a organização da Assistência Farmacêutica estão postos neste curso de forma a trazer para você as diferentes realidades e os contextos vivenciados pelos gestores e profissionais da AF nos municípios brasileiros. Tais desafios, em muitos aspectos, também refletem a própria dificuldade de organização da Rede de Atenção à Saúde ainda com falhas na ordenação, muito fragmentada e frágil na coordenação do cuidado.

Logo, a abordagem proposta para esse momento trará para as nossas reflexões sobre a gestão da Assistência Farmacêutica municipal diferentes formas ou modelos que esses atores locais responsáveis pela Assistência à Saúde dos usuários do SUS encontraram para (re)organizar os serviços farmacêuticos. Isso é feito à luz dos seus territórios, observando os perfis epidemiológicos, as disponibilidades orçamentárias e financeiras e as situações políticas, tanto para garantir a disponibilidade de medicamentos e produtos para a saúde como para observar as diferentes dimensões que envolvem o acesso do cidadão às ações e aos serviços da saúde a serem priorizados na AF.

A proposta desta abordagem não é para estabelecer parâmetros comparativos entre essas diferentes formas ou modelos encontrados pelos gestores municipais para a organizar e gerenciar a AF. A proposta tem como finalidade de caracterizar alternativas diante das diferentes realidades municipais no território brasileiro e apontar alguns cenários reais para a tomada de decisão da gestão municipal.

Apesar de termos aspectos particulares que envolvem a gestão da AF, precisamos pensar o território, mas priorizando todo o ciclo de planejamento estabelecido para o setor público e os seus atores descritos anteriormente e que são indispensáveis para a melhor gestão da área.

Nesse sentido, a abordagem da gestão nesta aula focará nas percepções necessárias a esse planejamento, porém sob a ótica dos modelos existentes de gestão da AF nos municípios. Observaremos, neste caso, a organização e o gerenciamento da rede, mas entendendo que, na *Aula 8*, cada definição apresentada nesse momento se articulará com os instrumentos de planejamento do SUS, especialmente os modelos descritos no decorrer da aula.

## » Modelos de organização e de gerenciamento da AF

No primeiro momento, aspectos que prevalecem na decisão da gestão estão mais relacionados aos controles financeiro e de estoques, o que é normal, especialmente em momentos de crise financeira e em tempos de EC 95. Isso não é diferente na área da Assistência Farmacêutica, no entanto, em um segundo momento, após discussões e reflexões com os profissionais das áreas e o uso de evidências para a tomada de decisão, não é incomum que aspectos relacionados ao acesso e à qualidade do uso dos medicamentos, com segurança e ganhos de escala, influenciem adaptações nesses modelos municipais.

Esse tema é muito instigante para avançarmos em vários debates, porém o que percebemos é que não existe clareza sobre os modelos e métodos de escolha para sua implantação em um território municipal, especialmente porque não existem muitas referências ou estudos, prioritariamente focados no âmbito dos municípios, que, de fato, apoiem a tomada dessa decisão deste ou daquele modelo.



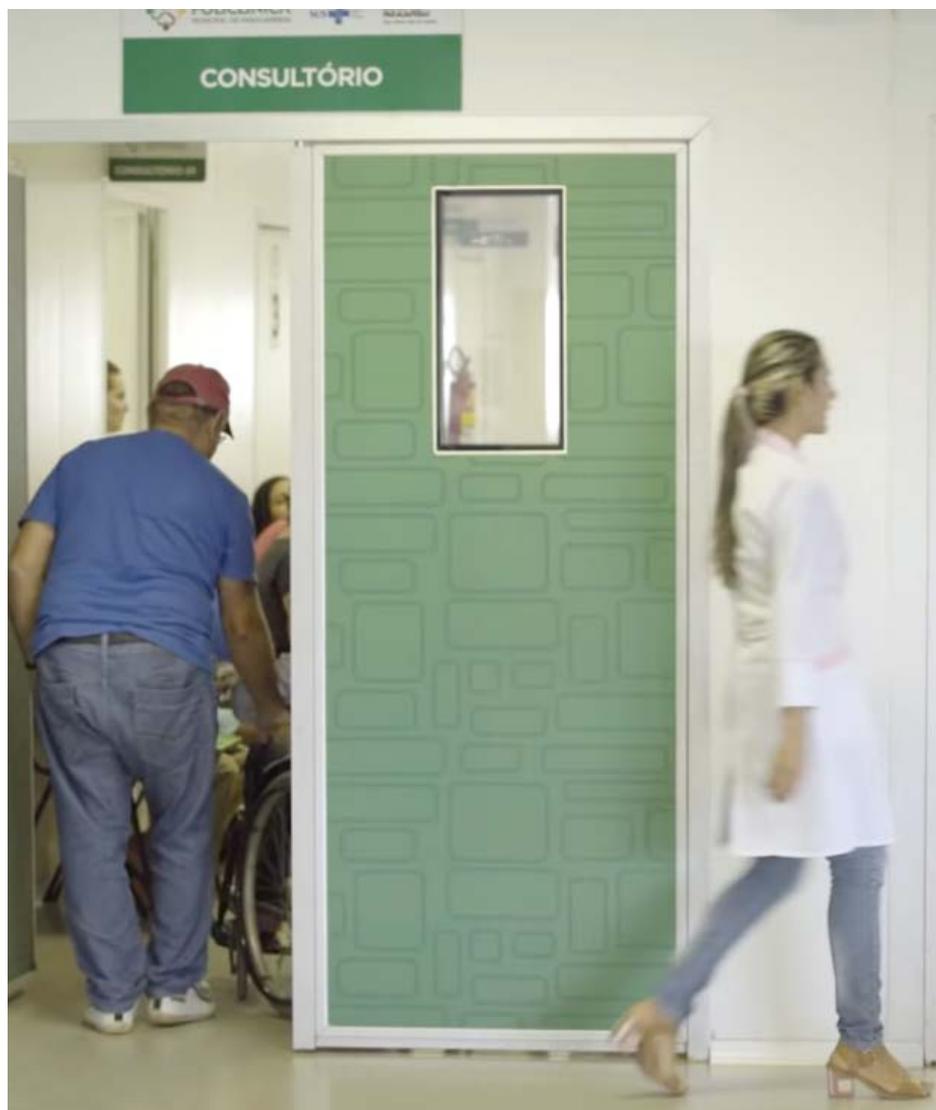
Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Dessa forma, de modo geral e observando os modelos mais comuns de organização e gerência da Assistência Farmacêutica municipal, a decisão dessa modelagem organizacional depende de pontos complementares que passam por pactuações entre os gestores. Por exemplo, não é incomum pactuações realizadas na CIT, CIB e CIR apontarem para a necessidade de um município absorver, sob a sua gestão, estabelecimentos hospitalares e/ou ambulatoriais que venham a ser construídos ou mesmo que existiam no território do município, mas que estavam sob gestão dos estados ou da União para atender aos princípios da descentralização do Sistema. O impacto e o modelo de gestão e gerência desses novos serviços precisam ser planejados à luz da escolha de organização e gerência da rede bem como da Assistência Farmacêutica, no entanto é fato que nem sempre isso acontece.

Assim, nossa discussão precisa ser estruturada a partir dos modelos de gestão da rede e da Assistência Farmacêutica existentes no País e, para ajudar o entendimento, categorizamos aqueles mais comuns encontrados nos municípios brasileiros. Por diferentes justificativas técnicas e políticas, sem dúvida, o seu município enquadrar-se-á em uma das alternativas de modelos, mas esse aspecto será aprofundado na *Aula 7*. Adiante, estão os modelos de gestão mais comuns encontrados nos municípios.

### — Modelo Centralizado

Para esse modelo, a opção da gestão é realizar todas as etapas e procedimentos da Assistência Farmacêutica, incluindo o gerenciamento de estoques e a dispensação em um único estabelecimento, independentemente da distribuição territorial da população e dos estabelecimentos de saúde no município. Nesse modelo de centralização da gestão também se inclui a gestão financeira, ou seja, a rede de serviços farmacêuticos realiza a sua programação de ações e serviços da AF, porém, a despesa por esses serviços (quando privado e/ou conveniado), bem como a compra do produto (medicamentos e produtos para a saúde), se dá integralmente no nível central.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Assim, nesse modelo, cabe às unidades de saúde o encaminhamento dos usuários ou das prescrições de medicamentos e de produtos para a saúde ao estabelecimento centralizador, que, por sua vez, realiza a entrega e/ou presta os serviços clínicos farmacêuticos. A maioria dos municípios de pequeno porte opta por esse modelo que possui fatores positivos no tocante à gestão orçamentária/financeira bem como à de estoques, mas que, no entanto, pode penalizar o usuário caso aspectos relacionados ao acesso não sejam identificados e tratados no modelo.

### — Modelo Parcialmente Descentralizado

Nesse modelo, a gestão opta por realizar as etapas e os procedimentos da Assistência Farmacêutica, incluindo a gestão de estoques e de entrega de medicamentos em mais de um estabelecimento, observando alguns aspectos de distribuição territorial da população e dos estabelecimentos de saúde no município, agregando as questões relacionadas ao acesso como estratégias para a descentralização.

Apesar da descentralização de algumas etapas e procedimentos, nesse modelo parcial não se inclui a gestão financeira, e a rede de serviços farmacêuticos realizará a sua programação de ações e serviços da AF. Entretanto, a despesa por tais serviços (quando privado e/ou conveniado), bem como a compra de produtos (medicamentos e produtos para a saúde), se dá no nível central. Nesse sentido, cabe às unidades/farmácias descentralizadas o armazenamento e o atendimento dos usuários ou das prescrições no próprio estabelecimento, assim como a entrega de medicamentos e produtos e a prestação de outros serviços clínicos pelo profissional farmacêutico.

Além disso, aspectos relacionados ao acesso do usuário aos serviços, medicamentos e produtos passam a ter maior relevância na decisão de descentralizar parcialmente a gestão de etapas da gestão da AF, mesmo que, em alguns aspectos (por exemplo, controle de estoques e uso de tecnologias, como *software online* ou mesmo informatização das farmácias) sejam dificultadores, em virtude das condições do território.

## — Modelo Descentralizado

Nesse modelo, a gestão opta por descentralizar as etapas e procedimentos da Assistência Farmacêutica, incluindo a gestão de estoques e a dispensação em todos os estabelecimentos farmacêuticos, observando alguns aspectos de distribuição territorial da população e dos estabelecimentos de saúde no município, agregando questões relacionadas ao acesso como estratégias para a descentralização. Além disso, são observadas outras formas de contratação de prestação de serviços no território, sob gestão direta ou contratada de entidades públicas, tais como consórcios, seja por Organizações Sociais da Saúde (OSS), seja por outras formas de terceirização diretamente ao setor privado previstas em lei. Pode ocorrer também parcerias com o Estado para absorver a prestação de serviços das farmácias do componente especializado com responsabilidades e financiamento compartilhados.

Esse modelo descentraliza as etapas e procedimentos, incluindo a gestão financeira por meio de contratos específicos ou convênios, em que a rede realiza a sua programação de ações e de serviços da AF. Nesse modelo, a remuneração pelo serviço (quando privado ou conveniado) e a compra do produto (medicamentos e produtos para a saúde) serão realizadas globalmente nos moldes contratuais, quando terceirizado, ou transformando os estabelecimentos em unidades gestoras do seu orçamento, no caso das públicas. Cabe às unidades gestoras descentralizadas ou terceirizadas toda a gestão de estoques, compras, programações, armazenagem, distribuição, transporte e atendimento aos usuários e/ou as prescrições no próprio estabelecimento, além de outros serviços clínicos prestados pelo profissional farmacêutico.

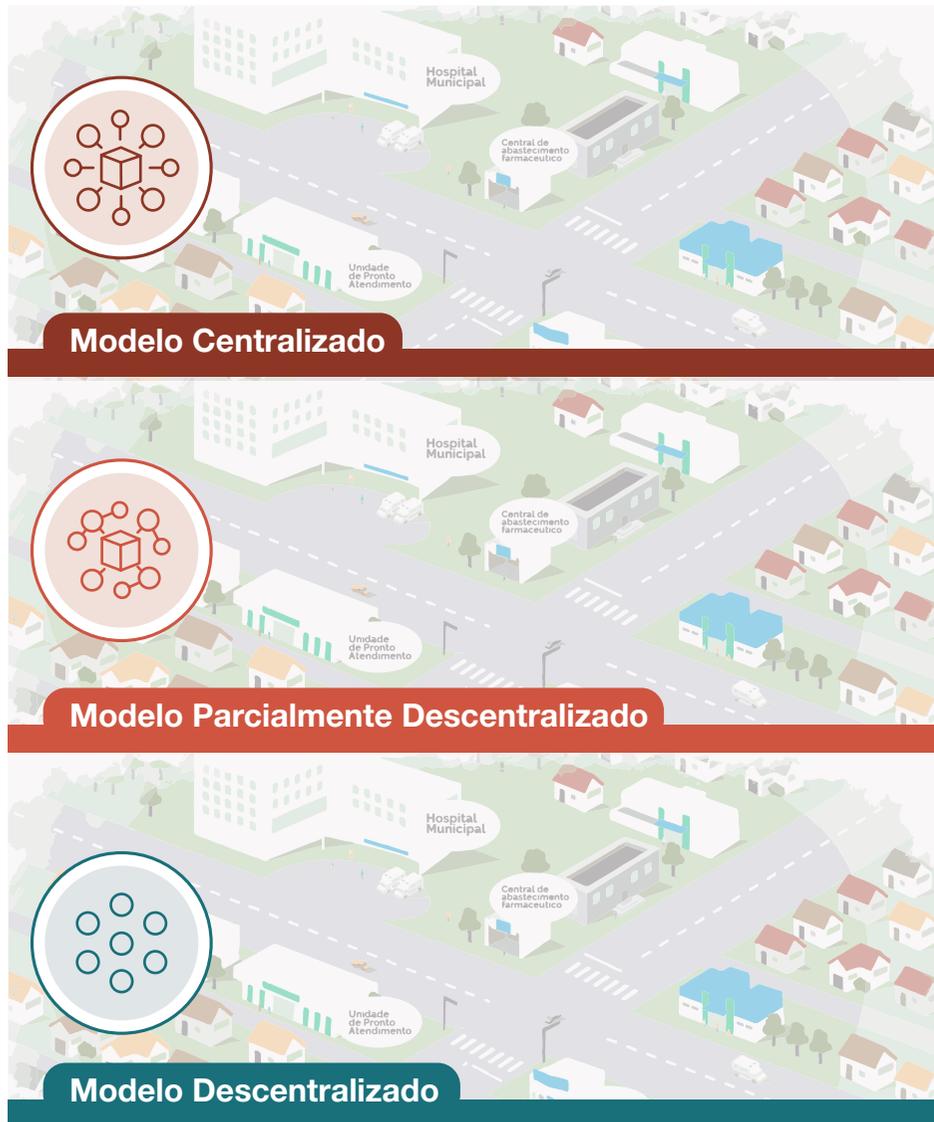
Para esse modelo, adotado por boa parte dos municípios considerados de médio e grande porte, percebe-se uma forte indução de formas terceirizadas de contratação, especialmente de logística farmacêutica, incluindo transporte. Porém, alguns problemas relevantes nessas contratações são identificados em auditorias de órgãos de controle (municipais, estaduais e federais), demonstrando, por exemplo, algumas falhas na gestão

de contratos por parte do ente público e rompimentos de contratos por irregularidades agravadas por situações de perda de informações gerenciais ao final do contrato terceirizado. Essas questões acarretam descontinuidades, muitas vezes assistenciais, principalmente quando esses aspectos técnicos e de gestão de longo prazo não são pensados no momento da contratação.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Em contratos terceirizados (ou mesmo em outras formas de parcerias público-privadas, ou a opção por modelos de gestão 100% pública, porém descentralizada), percebemos claramente que a decisão agrega outras prioridades técnicas, como o acesso do usuário e a incorporação de aspectos epidemiológicos e nosológicos, para além daqueles financeiros e de controle estoques.



**No seu município, qual é o modelo de gestão da Assistência Farmacêutica? E por que se optou por esse modelo de gestão da AF?**

A partir dos comentários feitos e das reflexões estabelecidas, tentaremos apresentar possíveis soluções para aprimorar a sua articulação com esses atores e algumas ferramentas de gestão previstas no planejamento em saúde. Isso ajudará a compartilhar experiências entre os alunos e contribuirá para troca de experiências em nosso fórum de debates. Sobre esses modelos de organização da Assistência Farmacêutica, iremos discutir de forma mais detalhada na *Aula 8 - Planejamento da Assistência Farmacêutica municipal: métodos e aplicações*, tendo em vista que muitas dessas situações também acabam se moldando a partir das legislações vigentes pactuadas no SUS pelas diferentes instâncias de gestão do SUS.

**Síntese da Aula**

Nesta aula, buscamos tratar da gestão do SUS e da Assistência Farmacêutica do ponto de vista conceitual, das suas especificidades e da sua relação com o controle social. Foram abordados ainda os aspectos legais do controle externo e interno e dos modelos de gestão. Esperamos que após a compreensão do que foi abordado nesta aula, articulado com o que vimos e veremos nas outras aulas, os profissionais farmacêuticos possam aprofundar seus conhecimentos sobre os desafios da gestão pública, especialmente da Assistência Farmacêutica.

Fonte: Imagens – Flaticon © e HAOC ©.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde [homepage da internet]. O que é o Sistema Único de Saúde? [acesso em 18 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.
2. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [acesso em 18 nov. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, set. 1990 [acesso em 18 nov. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
4. Carvalho GA. A saúde pública no Brasil. Estud. Av. 2013;27(78):7-26.
5. Brasil. Fiocruz [homepage da internet]. Pense SUS [acesso em 2 dez. 2019]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). 16ª Conferência Nacional de Saúde. Documento orientador de Apoio aos Debates. Brasília, DF, 4 a 7 ago. 2019 [acesso em 18 nov. 2019]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento\\_Orientador\\_Aprovado.pdf](http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento_Orientador_Aprovado.pdf).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. V. 4 (Série Articulação Interfederativa). 136 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017. Aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jan. 2018.
9. Brasil. Tribunal de Contas da União (TCU). Orientações para conselheiros de Saúde. 2. ed. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde; 2015. 111 p.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS; 2009. 100 p.
11. Conasems, Cosems-RJ, LAPPIS, IMS, UERJ (organizadores). Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”. 2. ed. revisada, ampliada. Rio de Janeiro: CEPESQ; 2019. 424 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde [homepage da internet]. Participação e Controle Social. Gestão Participativa em Saúde [acesso em 18 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude>.
13. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Histórico [homepage da internet]. [acesso em 17 nov. 2019]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/historico-cns>.
14. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília, DF, 31 dez. 1990 [acesso em 18 nov. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm).
15. Altounian CS, Souza DL, Lapa LRG. Gestão e governança pública para resultados uma visão prática. Belo Horizonte: Fórum; 2018.
16. Ribeiro PT, Tanaka OU, Denis JL. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. Ciência & saúde coletiva. 2017;22(4):1075-84.
17. World Health Organization. Health systems – Governance [acesso em: 13 jul. 2017]. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1).

18. Brasil. Tribunal de Contas da União. Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Brasília: TCU; 2018. 112 p.
19. Leite SN, et al. (organizadores). Gestão da Assistência Farmacêutica. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2016. V. 2 (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica). 160 p.
20. Marinho PS. Gestão participativa nas políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde: principais componentes e desafios. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. jan./mar. 2015;4(1):120-42.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Vamos conversar sobre Auditoria do SUS. 3. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
22. Brasil. Presidência da República. Controladoria-Geral da União. Institucional acesso em: 20 nov. 2019]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/orgaos/controladoria-geral-da-uniao>
23. Mileski HS. Tribunal de contas: evolução, natureza, funções, perspectivas futuras. Interesse Público: Revista de Direito Público. 2007;9(45):267-79.
24. Ismail MLDA. O papel do Ministério Público no controle de políticas públicas. Boletim Científico ESMPU. jan./dez. 2014;13(42-43):179-208.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
27. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2007.



## Autores

### Marco Aurélio Pereira

Graduação em Farmácia pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), especialização em Farmacologia e Mestrado em Saúde Pública área de atuação Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública “Sergio Arouca” pela Fiocruz. Atuou em farmácia, drogaria e em farmácia hospitalar. Foi professor da Universidade Santa Cecília e professor adjunto da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, nas disciplinas História da Farmácia; Introdução às ciências farmacêuticas; Saúde Pública; Deontologia e Legislação Farmacêutica. Foi Coordenador Geral de Gestão do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, onde coordenou o Programa Farmácia Popular do Brasil, de 2009 a 2016. Tem experiência na área de Farmácia, atuando principalmente nos temas saúde pública, assistência farmacêutica, uso racional de medicamentos, política nacional de assistência farmacêutica e Programa Farmácia Popular do Brasil.

### Suetônio Queiroz de Araújo

Doutorando e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, especialização em Gestão e Auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS), atuando há mais de 20 anos nas áreas da gestão pública e saúde pública com ênfase na assistência farmacêutica, gestão e planejamento, além de controle e gestão na saúde com foco nos gastos e compras públicas. Atua como consultor do Escritório das Nações Unidas para Serviços em Projetos (UNOPS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a Elaboração e supervisão de projetos de cooperação com organismos internacionais (Banco Mundial e OPAS) contemplando pesquisas de campo para o fortalecimento do sistema de saúde e na integração e organização das redes de atenção à saúde. Desenvolveu consultorias para consórcios públicos na saúde e projetos educacionais na modalidade à distância. No Brasil essas consultorias priorizaram o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mato Grosso, bem como assessoramento técnico na Assistência Farmacêutica para o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde e Ministério Público na área da Promotoria da Saúde, além de exercer cargos na gestão da Assistência Farmacêutica na Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas e em municípios.

Aula

# 6



## Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS

Autor: Rondineli Mendes da Silva

## Ementa da aula



Esta aula aborda as principais funções e modelos de financiamento em saúde e o financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS no contexto atual e o planejamento orçamentário na Assistência Farmacêutica no município.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

## Objetivo de aprendizagem



Entender as principais funções e modelos de financiamento em saúde e o financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS no contexto atual e compreender a importância do planejamento orçamentário e as responsabilidades da gestão municipal no financiamento da Assistência Farmacêutica.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

## Introdução

Você sabia que o tema do financiamento à saúde tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores, que envolve todos os países do mundo, tanto as esferas de macrogestão como de microgestão?

Esse assunto está presente na agenda de debates dos sistemas de saúde, inclusive o SUS. Isso se dá pela sua importância social e pela participação, cada vez maior, não só na economia como um todo, mas, em particular, nas contas públicas e nos orçamentos das famílias. Ou seja, trata-se de uma questão central para o acesso a medicamentos.

Todos os envolvidos diretamente com a construção de sistemas de saúde, principalmente daqueles doutrinariamente estabelecidos em padrões conceituais do estado de bem-estar social, são desafiados permanentemente em garantir, por meio das questões do financiamento da saúde, a universalidade e a integridade, com sustentabilidade.

Isso toma contornos mais complexos quando se está diante de cenário de constantes restrições orçamentárias e financeiras, cuja alocação de recursos de forma equânime em um país com tantas desigualdades sociais pode afetar o êxito das ações de saúde que, como você pode ter percebido no seu cotidiano, se reflete no campo de Assistência Farmacêutica (AF). Ademais, outro fato está ligado ao crônico subfinanciamento do SUS, que dificulta ainda mais o cumprimento dos preceitos constitucionais do direito à saúde.

Na seara das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) oferecidos no campo da saúde, os medicamentos são responsáveis por boa parte do consumo de recursos financeiros, muitas vezes escassos. São produtos de ampla utilização, totalmente imbricados nas diferentes fases do processo de atenção em saúde. Além de ser elemento central para conferir credibilidade do serviço prestado e melhoria da qualidade de vida do usuário. A falta de acesso pode incorrer em prejuízos efetivos à saúde.

### Leia um pouco mais!

Sobre micro e macrogestão, sugerimos a leitura do texto [O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão](#),  de Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza.

O artigo retrata de forma interessante os três níveis (macro, meso e micro), além das quatro dimensões da gestão (sociopolítica, institucional, técnico-sanitária e administrativa).



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

### Atenção!

Você já notou que muitas vezes as falhas na provisão de medicamentos (faltas) não são decorrentes exclusivamente da ausência de recursos? Esses problemas também podem estar associados a fragilidades no planejamento e na gestão orçamentária e financeira, ainda pouco conhecida por nós.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Fatores como o envelhecimento da população, mudança no perfil epidemiológico e transformações na prática clínica pressionam fortemente os custos da saúde. A população idosa brasileira, que representava 7,2% em 1990, tem perspectiva de atingir 13,7% em 2020 e quase um quarto da população (23,8%) em 2040<sup>1</sup>. Observa-se, portanto, uma forte e positiva relação entre a faixa etária populacional e os gastos com saúde, de forma que, quanto mais crescente a parcela de idosos na população, maior tende a ser a participação dos gastos com saúde na renda dos indivíduos<sup>2,3</sup>.

Atos legais instituídos, desde a Constituição Federal de 1988, passando pelas leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde em suas várias edições, acrescidas de inúmeras portarias fazem parte dos antecedentes históricos do financiamento da saúde, assim como da AF no SUS. Esses atos surgiram da necessidade de ratificar a responsabilização e distribuição de atribuições aos demais níveis de governo, bem como definir as formas de financiamento e especificidades locais, aplicadas aos medicamentos<sup>4</sup>.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

## Financiamento como função dos sistemas de saúde

Para se discutir o financiamento da AF, é importante compreender sinteticamente o arranjo histórico da organização do financiamento da saúde no Brasil, pois esse processo evolutivo guarda relação e tem reflexos diretos na AF.

Você já deve ter se deparado com a trama envolvida ao discutir ou ouvir sobre as regras de financiamento de medicamentos. Como veremos mais adiante, todos os três gestores têm responsabilidades, com contrapartidas financeiras estabelecidas.

O sistema tributário brasileiro é complexo, uma vez que possui diversos tipos de tributos e normas, que são base para o financiamento dos sistemas de saúde. Vale destacar que conhecer as especificidades do Brasil é fundamental para compreender o arranjo interligado do país que conta com um sistema federativo constituído de três esferas: a União, os estados e os municípios, que estabelecem relações intergovernamentais para a constituição e execução de políticas públicas, como o SUS<sup>5</sup>, e também, a política de AF.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

De acordo com a Constituição de 1988, o SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social (OSS) da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. As fontes podem ser: (a) o faturamento das empresas, por meio da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins); (b) o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep); (c) o lucro líquido das empresas com a criação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL); (d) parcela da receita de concursos de prognósticos (loterias) e receitas próprias, e (e) contribuição sobre a folha de pagamento das empresas (considerada a principal fonte de custeio do seguro social)<sup>6</sup>. No caso da saúde, as principais fontes de financiamento são a CSLL e a Cofins, pagas pelas empresas à União.

Desde a Constituição de 1988, uma questão pungente tem sido o debate sobre a existência de estabilidade de fontes de recursos para a execução das ações de saúde pública, isso envolveu nos anos 1990 a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que depois foi extinta, sem resultar em aumentos de recursos para a saúde.

Já em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que buscou trazer maior regularidade do financiamento da saúde<sup>7</sup>. Assim, foram fixados percentuais de gasto em Saúde para estados e municípios, respectivamente 12% e 15 % de suas receitas próprias. Para a União, no entanto, não há vinculação de percentual. Em janeiro de 2012, por meio da Lei Complementar nº 141, essa organização foi finalmente regulamentada mantendo-se a regra até então vigente, segundo a qual os gastos mínimos a serem realizados pela União seguem a correção dos valores empenhados no ano anterior pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)<sup>8,9</sup>.

Você deve estar acompanhando as diversas discussões sobre a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95), que introduziu um novo regime fiscal<sup>10</sup>, determinando que, em 2017, as despesas primárias teriam como limite a despesa executada em 2016, corrigida em 7,2%. E a

partir de 2018, vigoraria o limite do exercício anterior, atualizado pela inflação de doze meses. Na prática, a EC 95 congela as despesas primárias, reduzindo-as em relação ao PIB ou em termos *per capita* por duas décadas. Essa questão certamente terá consequências negativas, pois pode comprometer o funcionamento do SUS<sup>11</sup>.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

### Leia um pouco mais!

Além da emenda do congelamento de gastos, há propostas recentes sobre uma possível desvinculação orçamentária que pode afetar a saúde e, conseqüentemente, a AF. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) elaborou uma nota técnica sobre essa questão. Quer saber mais? Acesse o site do [Conasems](#) e leia na íntegra a nota.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

No seu dia a dia, você já deve ter presenciado discussões ligadas ao financiamento, mas percebeu que existem diversos empregos para essa palavra? Existem distintas abordagens dedicadas a esse tema, uma delas se refere à entrada de recursos econômicos para financiar o sistema de saúde, tendo relação mais próxima com as fontes de financiamento; uma outra está ligada à partição interna dos recursos para as diversas ações e serviços de saúde, que podem ser empregados para atenção primária, média e alta complexidade, assistência farmacêutica etc.

Afirmar que o SUS é subfinanciado significa que, no Brasil, o padrão dos gastos públicos em saúde corresponde a menos de 50% do gasto total em saúde, ou seja, o gasto privado é proporcionalmente superior ao qual apenas 23% da população têm acesso<sup>12</sup>. Isso torna evidente o paradoxo do financiamento da saúde em um país que tem organicamente um sistema universal, no qual a saúde é direito de cidadania.

Duas grandes pesquisas<sup>13,14</sup> de caráter nacional apontam dados interessantes sobre a elevação dos gastos privados das famílias brasileiras com medicamentos, que despendem recursos financeiros de forma expressiva com sua compra direta (*out of pocket*) apesar das possíveis melhorias no setor público. Tal situação fica mais patente quando se verifica o grande de-

sequilíbrio nas despesas com medicamentos como consumo final de bens e serviços de saúde por produto, cujos dados mostram que o desembolso direto pelas famílias tem peso elevado, na proporção de quase 90% contra o que fica a cargo dos entes governamentais.

Em que pese às deficiências apontadas sobre as fragilidades no acesso da população aos medicamentos, é preciso destacar a presença de alguns avanços em programas que têm bom desempenho no contexto da assistência farmacêutica: a disponibilidade de produtos imunobiológicos no Programa Nacional de Imunizações e a política de distribuição de medicamentos aos portadores do HIV/AIDS.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

## Antes do financiamento da AF: o planejamento orçamentário e fundos de saúde

Um passo importante para qualificar a gestão da AF no SUS pode estar relacionado ao envolvimento da equipe de AF no processo de planejamento, que também envolve a questão orçamentária e de Elaboração do plano de saúde, pois ambos podem ser momentos estratégicos para fortalecimento da AF.

Uma forma de entender o conceito de orçamento público é pensar que essa peça atua como uma lei que, entre outros aspectos, exprime em termos financeiros a alocação dos recursos públicos. Assim, essa peça se reveste como um instrumento de planejamento que espelha as decisões políticas, estabelecendo as ações prioritárias para o atendimento das demandas da sociedade, em face da escassez de recursos<sup>8</sup>. O orçamento público também é definido como:

“[...] instrumento de planejamento governamental em que constam as despesas da administração pública para um ano, em equilíbrio com a arrecadação das receitas previstas. É o documento onde o governo reúne todas as receitas arrecadadas e programa o que de fato vai ser feito com esses recursos. É no orçamento onde estão previstos todos os recursos arrecadados e onde esses recursos serão destinados<sup>15:6</sup>.”



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

No Brasil, o orçamento público é composto pelos seguintes instrumentos de planejamento previstos na Constituição Federal de 1988: Plano Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses instrumentos dão suporte à Elaboração e execução orçamentária brasileira, comumente conhecido como ciclo orçamentário, e são estritamente relacionados entre si, formando um sistema integrado de planejamento e orçamento que deve ser adotado pelos municípios, estados e União.

Ao estudar a gestão pública, um tema muito presente é o planejamento estratégico (que pode ser de longo prazo), assim como os planejamentos tático e operacional. Essa divisão também pode ser comparada quando se trata de orçamento público<sup>15</sup>. Esses instrumentos representam uma “pirâmide orçamentária”, que apresenta uma comparação entre o orçamento e o planejamento (Figura 4).

**Figura 4.** Relação entre o planejamento e o orçamento



Fonte: ENAP (p. 11)<sup>16</sup>.

No Brasil, temos como característica a adoção do orçamento-programa, pois sua concepção está ligada à ideia de planejamento. Desse modo, o orçamento deve considerar os objetivos que o governo pretende alcançar durante um determinado período<sup>15</sup>.

A integração orçamentária e financeira tem o propósito de estabelecer, de forma objetiva, o inter-relacionamento entre a execução orçamentária e a execução financeira. Apresentamos a seguir os pontos comuns entre as etapas que compõem os fluxos e processos pertinentes, na qual ocorre a compatibilização com o fluxo de caixa.

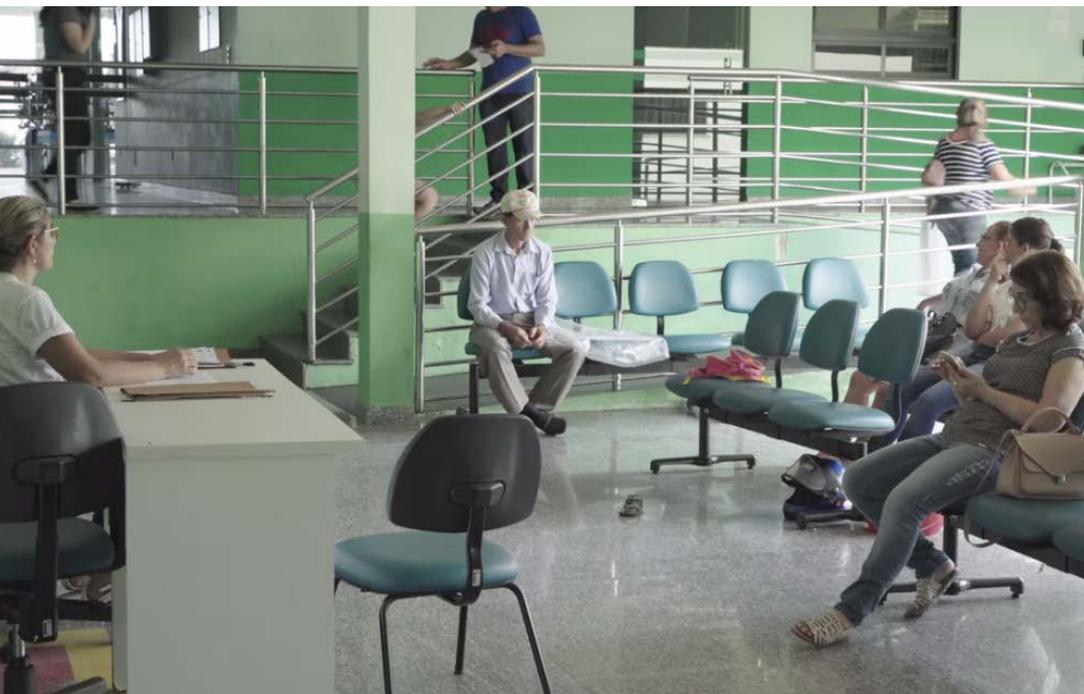
Cabe exclusivamente ao Poder Executivo elaborar o PPA, a LDO e a LOA, cujas características são descritas de forma resumida no Quadro 1.

**Quadro 1.** Características centrais dos instrumentos legais de planejamento orçamentário

Instrumentos legais de planejamento do gasto público	Algumas características
PPA	Plano que estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas do Governo pelo período de quatro anos, sendo revisado anualmente. Também denominado de planejamento estratégico de médio prazo da administração pública brasileira
LDO	Anterior à lei orçamentária, define as prioridades e metas da administração pública para o exercício financeiro seguinte e orienta a elaboração da LOA. Inclui as despesas de capital (investimento), dispõe sobre mudanças na legislação tributária, estabelece a política de aplicação das agências de fomento e define as metas fiscais. É a LDO que diz quais são as despesas mais importantes que o Poder Executivo deve fazer a cada ano. Em outras palavras, é a LDO que faz a ligação entre o plano estratégico de médio prazo, estabelecido no PPA, com o plano operacional de curto prazo, representado pela LOA
LOA	Estima as receitas e autoriza as despesas do Governo para o exercício financeiro seguinte, de acordo com a previsão de arrecadação. É definido como orçamento propriamente dito. Contém as ações e os programas de trabalho, atrelados com seus respectivos valores orçados para o ano

Fonte: Elaborado a partir de CONASS<sup>9</sup> e ENAP<sup>15</sup>.

Como mencionado no quadro anterior, a LOA é o instrumento que significa o orçamento em si. O Quadro 2, a seguir, exemplifica hipoteticamente os valores executados no Programa de Trabalho do PPA, denominado Assistência Farmacêutica, e que foram apresentados em um Relatório Anual de Gestão aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Cada município pode ter formatação específica, mas, em geral, tanto as informações de execução orçamentária como de cumprimento de metas físicas ou de indicadores são necessárias. Os conteúdos referentes aos recursos orçamentários programados normalmente levam em conta os valores oriundos dos repasses somados das contrapartidas de cada esfera de gestão. No entanto, outras ações além da aquisição de medicamentos podem ser incorporadas, como atividades de qualificação, melhorias na infraestrutura etc.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

**Quadro 2.** Execução do Programa do PPA 0330 - Assistência Farmacêutica - Apoio financeiro para aquisição e distribuição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no exercício de 2018

<b>Órgão</b>	19 - Secretaria Municipal de Saúde			
<b>Programa</b>	0330 – Assistência Farmacêutica			
<b>Objetivo</b>	Garantir o fornecimento de medicamentos no contexto da atenção primária em saúde para os pacientes atendidos nas unidades da rede, permitindo aos usuários a continuidade de seu tratamento			
<b>Público-alvo</b>	População da Cidade			
<b>Diretriz LOA</b>	<b>Meta Física Anual</b>		<b>Recursos Orçamentários</b>	
	Programada	Realizada	Programados	Executados
<b>Assistência Farmacêutica</b>	500.000.000	506.756.055	R\$ 80.754.188,47	R\$ 79.568.802,36
<b>Ação LOA</b>	<b>Meta Física Anual</b>		<b>Recursos Orçamentários</b>	
	Programada	Realizada	Programados	Executados
<b>Medicamentos consumidos na APS</b>	500.000.000	506.756.055	R\$ 80.754.188,47	R\$ 79.568.802,36
<b>Avaliação da diretriz (justificativa)</b>	Ação “Medicamento Consumidos na Atenção Primária”: resultados mostram compatibilidade entre a meta física realizada e a execução orçamentária (quase 99%). A situação pode ter refletido a pequena ampliação na dispensação de medicamentos devido ao baixo aumento de cobertura da Estratégia de Saúde da Família no ano de 2018			

Fonte: Elaboração própria.

Além da Elaboração da proposta orçamentária do SUS, os entes federativos, em seu âmbito administrativo, conforme determina a Lei nº 8.080/1990 e para uma relação mais direta com a política de saúde, precisam elaborar seus planos de saúde.

A Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, estabelece diretrizes para o planejamento do SUS e traz quatro instrumentos relacionados ao planejamento em saúde, com repercussão para o financiamento da AF, são eles: (a) Plano Municipal de Saúde (PMS); (b) Programação Anual da Saúde (PAS); (c) Relatório Anual de Gestão (RAG); (d) Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)<sup>16</sup>.

Em geral, a área de AF não é a responsável direta pela consecução tanto do planejamento orçamentário quanto dos instrumentos característicos previstos na Portaria de Consolidação nº 1/2017. Não obstante, a inserção técnica dos profissionais da gestão da AF pode trazer ganhos de qualidade no processo de Elaboração do planejamento local, minuciando o desenvolvimento da gestão e do planejamento mais integrado.

### Saiba mais!

A publicação intitulada *Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”* aborda elementos do escopo temático e do cotidiano do planejamento em saúde aplicado à gestão municipal. De forma abrangente aborda também os instrumentos de planejamento do SUS anteriormente retratados, com os quais a AF precisa contribuir. Para ler o manual [clique aqui](#). 



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Como mencionado antes, os elementos subjacentes ao financiamento da AF envolvem perspectivas concretas de gestão com planejamento, no entanto, a realidade ainda sinaliza a presença de amadorismo na administração pública.

Um estudo recente<sup>17</sup>, que mapeou em uma amostra de municípios a participação e o conhecimento dos profissionais responsáveis pela AF na Elaboração dos conteúdos relacionados aos instrumentos de planejamento orçamentário (PPA, LOA, LDO) e da saúde (PMS, PAS, RAG), identificou pontos preocupantes. A participação dos atores responsáveis pela AF no processo de Elaboração da LOA foi de 12% e no PPA 24%. Com relação aos instrumentos gerais do planejamento da saúde, a participação no PMS e no RAG foi, respectivamente, 52% e 33%. Os resultados em geral indicam baixo envolvimento dos técnicos da AF e isso já aponta deficiências da gestão farmacêutica pública municipal, que vai requerer, dentre inúmeros elementos, a concretização de ações dirigidas à melhoria na qualidade das atividades técnico-administrativas locais.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.



### DICAS!

Você sabia que a transferência fundo a fundo, comum no financiamento na assistência farmacêutica básica, é um fluxo de repasses entre contas bancárias, e podem ser acompanhadas regularmente por extratos bancários? O Ministério da Saúde, por meio do portal do [Fundo Nacional de Saúde](#) apresenta de forma transparente os dados de repasses!

Além do sítio do FNS, existem outras duas ferramentas de monitoramento bastante úteis: a primeira é o aplicativo InvestSUS, disponível para *smartphones*, que retrata os repasses do FNS. Instale no seu celular e acompanhe os repasses de seu município.

O outro é o Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão do SUS (SargSUS) que permite o acesso público ao RAG dos municípios. Verifique a situação do seu município no site do [SargSUS](#).



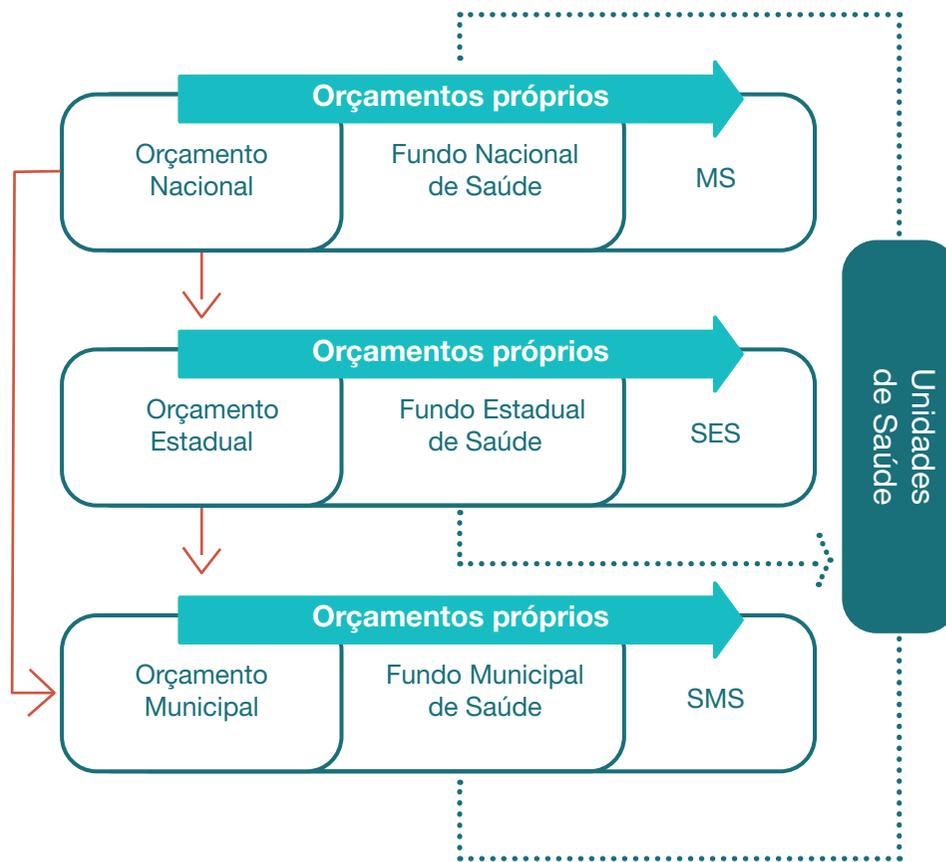
### LEIS

A Lei Complementar nº 141/2012 também destaca que os fluxos de recursos financeiros devem ocorrer por meio dos fundos de saúde (Figura 5). E mais, o fundo de saúde, mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios é a unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados às ASPS. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do SUS<sup>18</sup>.

A transferência fundo a fundo consiste no repasse de valores, regular e automático, diretamente do FNS para os Estados e Municípios, independentemente de convênio ou instrumento similar, de acordo com as condições de gestão do beneficiário, estabelecidas desde a Norma Operacional Básica 01/1996.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Figura 5. Representação de transferências fundo a fundo



→ Transferências intergovernamentais

⋯⋯⋯ Pagamento a prestadores

**Legenda:** MS - Ministério da Saúde; SES - Secretaria de Estado de Saúde; SMS - Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Desde os anos 1990, com a instituição do SUS no Brasil, as regras de financiamento têm passado por inúmeras transformações. Uma importante organização foi relativa à constituição dos blocos de financiamento, em 2006 na qual a AF figurava explicitamente como bloco. Não obstante, a partir de janeiro de 2018 os recursos do Ministério da Saúde (MS), destinados a despesas com as ASPS, a serem repassados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, estão organizados e transferidos na forma de dois blocos de financiamento: custeio e capital.

Desse modo, os cinco blocos (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS) passam então a compor unicamente o Bloco de Custeio, no qual os respectivos repasses destinados à manutenção da prestação das ASPS e ao funcionamento dos órgãos são realizados fundo a fundo, para uma única conta financeira.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Já o Bloco de Investimentos, destinado à aquisição de equipamentos, obras de novas construções para as ASPS, e obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes também tem conta corrente única.

Há muitos debates em torno do financiamento ser constituído por inúmeras “caixinhas” e essa mudança poderia ser uma tentativa de reduzir isso. Mesmo com as controvérsias nesse cenário, essa alteração reforça ainda mais a necessidade de qualificação dos gestores municipais para dar conta dos procedimentos de planejamento orçamentário-financeiro.

Assim, o bloco de financiamento da AF (associado aos outros cinco) se juntaram ao bloco de custeio. Contudo, isso não impede que, em termos organizacionais, a administração pública organize seus orçamentos em “grandes temas”, tais como os cinco blocos antes existentes.

### Pesquise e reflita!

Há diversos debates quanto aos reflexos da unificação dos blocos de financiamento no SUS. Para estimular sua reflexão, assista à [videoaula](#) da professora Blenda Leite, produzida pelo Conasems, que traz aportes sobre esse tema.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

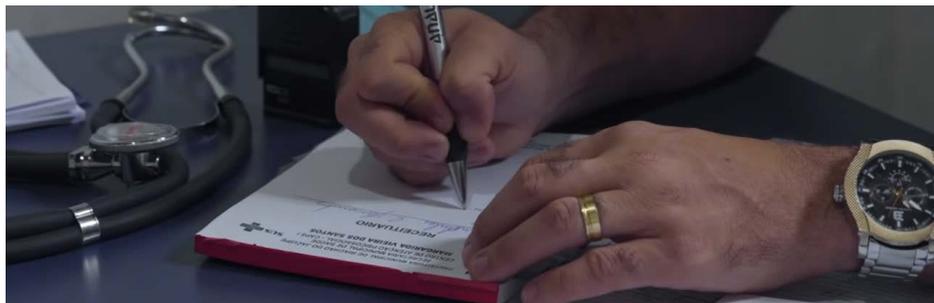
Essas mudanças reforçam, por meio da Lei Complementar nº 141/2012, a necessidade de acompanhamento das prestações de contas e da transparência a ser empregada na gestão dos recursos, inclusive no envolvimento do Conselho de Saúde sobre avaliação da gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

## Financiamento da Assistência Farmacêutica

O financiamento público na área de medicamentos é tema central para o desenvolvimento das ações de AF, tanto que a Política Nacional de Medicamentos (PNM) estabeleceu, na Diretriz de Reorientação da AF, a necessidade de articulação em três pontos: (1) garantia de recursos pelas três esferas para distribuição direta ou descentralizada de medicamentos, (2) descentralização plena da aquisição e distribuição; (3) financiamento específico para os medicamentos da atenção básica.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que trouxe uma compreensão mais abrangente sobre Assistência Farmacêutica na perspectiva de integralidade de suas ações, por meio dos seus eixos estratégicos também ressalta a garantia de acesso e equidade às ações de saúde inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica<sup>19</sup>.

É possível demarcar alguns modelos gerais no tocante ao financiamento de medicamentos que são, principalmente, o financiamento público, desembolso direto pelas famílias, sistema de seguro saúde, financiamento por doadores e com fundos locais e empréstimos de desenvolvimento, que podem ser dirigidos a governos ou aos indivíduos. Cada um com características muito diferenciadas<sup>20</sup>.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

Não obstante, Velásquez et al.<sup>21</sup> destacam que o Estado não necessariamente deve arcar e fornecer todos os medicamentos, porém os governos precisam garantir que os mecanismos de financiamento – públicos, privados ou ambos – sejam conduzidos de modo a garantir um acesso universal aos medicamentos essenciais.

Ainda partilhando dessas várias opções de financiamento de produtos farmacêuticos, a definição objetiva de critérios a serem empregados para avaliar tais alternativas precisam ser bem estruturados. Essas diversas opções (Quadro 3), podem assim ser traduzidas por meio de arranjos que envolvem os setores públicos e privados para a provisão de medicamentos, dos quais três são representados no Brasil.

**Quadro 3.** Possibilidade de sistemas de financiamento e distribuição de medicamentos e caracterização no Brasil

Financiamento	Distribuição	
	Pública	Privada
<b>Público</b>	(1) Financiamento público para a distribuição em unidades públicas <i>No Brasil: Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e Farmácias do Componente Especializado da AF</i>	(2) Seguros ou sistemas de saúde que fazem reembolso ou contratam sistemas de distribuição <i>No Brasil: modalidade Aqui Tem Farmácia Popular no Programa Farmácia Popular do Brasil</i>
<b>Privado</b>	(3) Usar cobrança de taxa de serviços prestados em unidades públicas <i>No Brasil: modelo não adotado</i>	(4) Sistemas totalmente privados <i>No Brasil: farmácias comerciais privadas</i>

(continua)

(continuação)

**1. Financiamento e provisão públicos:** medicamentos totalmente financiados, adquiridos e comprados por unidades governamentais. Pode oferecer insuficientes incentivos quanto à eficiência. Potencialmente equitativo. Monopsônio (único comprador), possibilitando comprar a menor preço. Usado em países da África, Ásia, Europa e América Latina.

**2. Reembolso pelo seguro social:** reembolso às farmácias ou usuários quanto ao atendimento realizado. O modelo pretende capturar os benefícios de suposta eficiência do setor privado, **mas a custo administrativos que podem ser altos.**

**3. Pagamento de taxa em serviços públicos:** os medicamentos são abastecidos por almoxarifados públicos e dispensados em unidades públicas de saúde mediante o pagamento de uma taxa pelos usuários.

**4. Mercado privado:** nesse caso, o paciente arca com 100% das despesas. Funciona em todos os países, em maior ou menor medida.

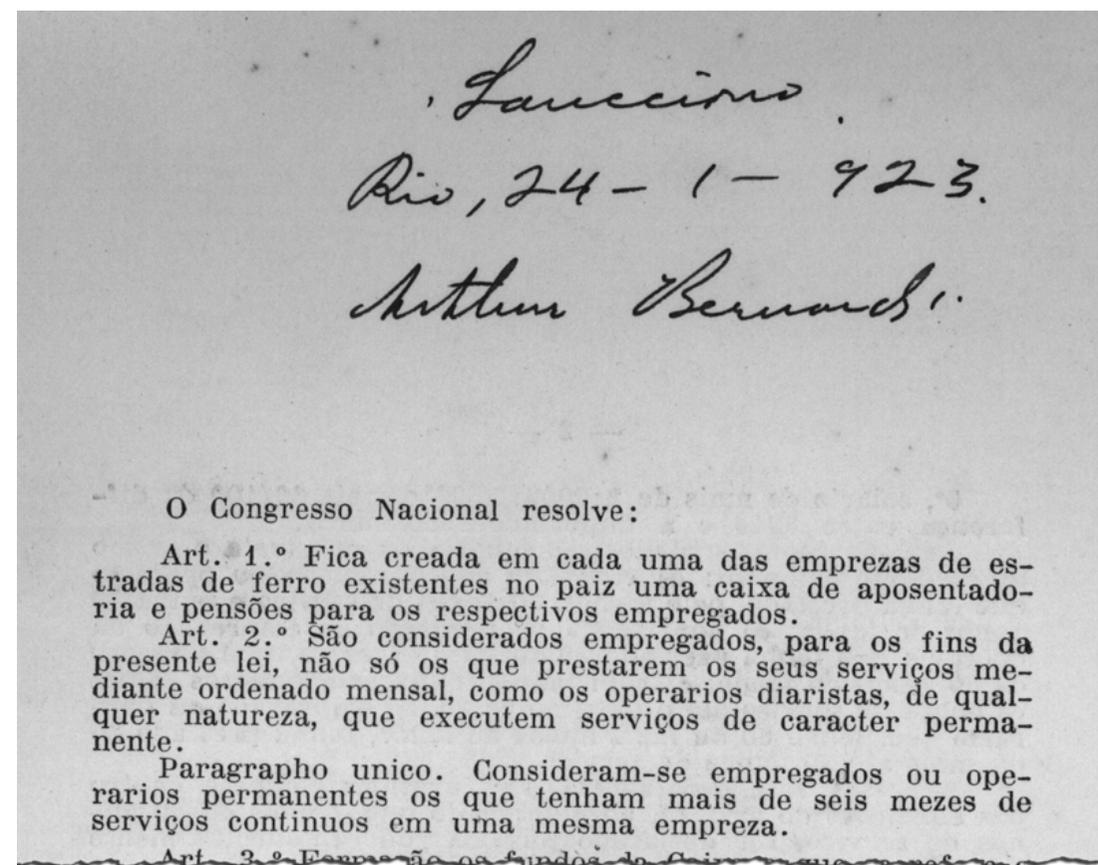
Fonte: Luiza et al. (p. 215)<sup>22</sup>.

Os medicamentos são produtos de primeira necessidade para as pessoas e fundamentais na atenção à saúde, com impacto nos gastos totais em saúde nos países e, por isso, vem recebendo atenção por parte dos governos nas discussões relativas ao seu peso no gasto em saúde nas últimas décadas. Nesse sentido, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), medicamentos representaram 15% do total de gastos em saúde em 2013<sup>23</sup>.

Dados do National Health System (NHS), o sistema de saúde britânico, revelam gastos de mais de 15 bilhões de libras por ano com medicamentos e suprimentos médicos<sup>24</sup>.

De acordo com Vieira<sup>25</sup>, entre 2010 e 2016, as despesas do SUS aumentaram em 30%. Nesse mesmo período, o gasto do SUS com medicamentos passou de R\$ 14,3 bilhões para R\$ 20 bilhões, representando um crescimento de 40%. Ao mesmo tempo, a participação do gasto federal com medicamentos subiu de 11% em 2010 para 16% em 2016.

A história da AF no Brasil esteve atrelada historicamente ao desenvolvimento de ações de financiamento à saúde, que assim envolveram a provisão e disponibilidade de medicamentos desde a Lei Eloy Chaves, de 1923, que estabeleceu as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), sendo considerado o início das políticas sociais no Brasil. Dentro desse modelo de seguridade social, eram concedidos serviços médico-assistenciais e medicamentos aos “segurados”, ou seja, somente para aqueles que contribuíam formalmente.



Fonte: Imagem – Arquivo do Senado Nacional ©.

Já nos anos 1970, foi instituída no governo militar a Central de Medicamentos (CEME). O documento de base para a organização da CEME trazia inúmeros propósitos, como atingir acesso a medicamentos aos 75% da população com baixo poder aquisitivo<sup>26</sup>. Essa foi uma fase histórica marcante, cujo caráter centralizador esteve fortemente presente. A Central vigorou entre 1971 e 1997, sendo um ator relevante no cenário aplicado à promoção do acesso a medicamentos.

Com o processo de promulgação da Constituição Federativa do Brasil de 1988, logo em seguida com o advento do SUS, foi necessário rever a operacionalização das políticas públicas de saúde, especialmente a de medicamentos. Assim, o papel descentralizador do MS para os municípios é marcante no advento do SUS.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

Tal característica traz responsabilidades maiores para a gestão da AF, desde a etapa de obtenção até a dispensação desses produtos, em conformidade com a perspectiva da PNM.

Nos 30 anos do SUS, o movimento descentralizador no financiamento da AF, especialmente voltado ao contexto da atenção básica/atenção primária em saúde tem sido um processo constante. Em 1999 foi inaugurado, pela vigência da Portaria GM nº 176, o incentivo à assistência farmacêutica básica, competindo ao MS a gestão central dos Programas Estratégicos. Estabeleceu-se o repasse financeiro direto do fundo federal aos fundos estaduais e/ou municipais, permitindo a estes entes governamentais maior autonomia na aquisição de medicamentos, mobilizando sua própria estrutura administrativa e de serviços<sup>11</sup>.

Até meados dos anos 2000, o financiamento era de um recurso mínimo de R\$ 2,00 por habitante/ano. Existiam, ainda, normas específicas e focais, como financiamento para área de saúde mental, que não envolvia os municípios, até então. Em 2005, foram publicadas diversas portarias que proporcionaram aumentos no aporte de recursos.

Os mecanismos de financiamento do SUS foram sucessivamente se aprimorando, tendo impacto direto nas atividades e gestão da AF, tanto que o Pacto de Gestão instituído em 2006 reforçou que o financiamento da AF era de responsabilidade dos três gestores do SUS, devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos, e também a necessária organização da AF, que deveria envolver a estruturação dos serviços de saúde<sup>27</sup>. Além disso, estabeleceu-se a AF como um dos blocos de financiamento do SUS.

A existência de normativas e definição de responsabilidades de financiamento vão além das regras relativas aos medicamentos básicos, pois outros grupos de medicamentos, com normas específicas, também estiveram presentes concomitantemente ao longo do tempo.

## »» Organização do financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS

Na *Aula 3 do Módulo 1\** apresentamos o financiamento da Assistência Farmacêutica pública na perspectiva da operacionalização do acesso aos medicamentos. Vamos agora aprofundar nossa discussão sobre esse assunto.

Desde a instituição do antigo bloco de financiamento da AF, os recursos estão categorizados em três componentes: Estratégico, Especializado e Básico, em que os entes gestores do SUS, dependendo da especificidade de cada grupo, participam financiando, através da aquisição direta ou por repasse de contrapartidas financeiras. Mesmo por meio da organização dos blocos não se percebeu grande expansão nos recursos para a AF<sup>11</sup>.

Ressalta-se que existem outras formas de financiamento de medicamentos no SUS, como o caso dos oncológicos. Esses produtos requerem procedimentos específicos, fornecidos por estabelecimentos habilitados em oncologia. São informados como procedimentos quimioterápicos no subsistema de autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC), do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS).

Assim, mesmo com a extinção dos blocos, por meio da Portaria Ministerial nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS do SUS, manteve a conformação dos Componentes de Financiamento da AF<sup>28</sup>.

Nos subitens a seguir são descritos cada um dos três componentes da AF no SUS.

### — Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)

Esse componente tem financiamento exclusivo do Ministério da Saúde para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de doenças que, por sua natureza, possuam abordagem terapêutica estabelecida, com perfil endêmico, que tenham impacto socioeconômico e sejam consideradas problemas de saúde pública pelo gestor federal. O CESAF objetiva disponibilizar medicamentos para o atendimento de programas estratégicos de saúde, congregando medicamentos para controle da tuberculose, da hanseníase, antirretrovirais dos programas de DST/AIDS, endemias focais como malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional, sangue e hemoderivados, entre outros.

Esse grupo possui uma logística de funcionamento própria, tendo a participação das três instâncias de gestão do SUS. Ao MS cabe, principalmente, programar, adquirir e distribuir aos estados. As Secretarias Estaduais de Saúde podem armazenar, distribuir e apoiar a programação, enquanto os municípios também armazenam, distribuem aos pontos de cuidado e promovem a dispensação.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

**\*Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas do *Módulo 2* de curso homônimo oferecido pelo *Projeto Atenção Básica*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no *vol. 1* desta mesma coleção, *Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS*.

### — Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

O CBAF está voltado para a aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica em saúde. Tem como base de organização a Relação Nacional de Medicamentos (Rename), em vigor, que envolve tanto o anexo I (medicamentos do CBAF) como o IV (insumos).

No horizonte do financiamento do CBAF sucessivas atualizações têm sido instituídas. A mais recente foi fruto da reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ocorrida em outubro de 2019, na qual o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) apresentou proposta de modificação no financiamento desse Componente, que foi deliberado com parecer favorável para a mudança, tanto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde quanto pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde<sup>29</sup>. Desse modo, a Portaria GM/MS nº 3193, de 10 de dezembro de 2019 alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e estabeleceu mudanças que envolvem os seguintes pontos<sup>30</sup>:

- » adoção do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para ajuste do valor per capita na contrapartida federal, na tentativa de considerar a equidade no financiamento da AF. Os valores por habitante poderão variar segundo classificação dos municípios nos cinco grupos do IDHM, conforme apresentado no Quadro 4;
- » atualização da população de referência para o repasse, utilizando a estimativa Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019 para as contrapartidas dos três entes, sem redução de custeio;
- » manutenção dos valores atuais das contrapartidas estaduais e municipais, ambos permanecendo em R\$ 2,36.

**Quadro 4.** Valores de contrapartida federal por habitante ano do CBAF segundo as faixas de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

Faixa IDHM	Contrapartida federal habitante/ano
Muito baixo	R\$ 6,05
Baixo	R\$ 6,00
Médio	R\$ 5,95
Alto	R\$ 5,90
Muito alto	R\$ 5,85

Legenda: IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil/Ministério da Saúde<sup>30</sup>.

Conforme as regras vigentes, por meio das atualizações da Portaria de Consolidação nº 6/2017, o somatório dos valores das contrapartidas mínimas dos três entes de gestão poderá ocorrer na faixa entre R\$ 10,57 (maior IDHM) a R\$ 10,77 (menor IDHM), dependendo do enquadramento do IDHM de cada município, distribuídos da seguinte forma: União: R\$ R\$ 5,85 a R\$ 6,05 (variação segue faixa de IDHM) por habitante/ano; estados e municípios (e Distrito Federal) no mínimo R\$ 2,36 por habitante/ano cada ente<sup>28,30</sup>. Alguns pontos sobre o financiamento do CBAF:

- » Estão inclusos nas contrapartidas dos estados e municípios a aquisição dos insumos (seringas, lancetas e tiras reagentes de medida de glicemia capilar) aos pacientes insulino dependentes;
- » a contrapartida federal financia exclusivamente a aquisição de medicamento;
- » os estados, desde que pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), poderão aumentar suas contrapartidas;
- » municípios e Distrito Federal podem aplicar recursos para atividades de adequação de espaço físico das farmácias no SUS (aquisição de equipamentos e mobiliários) e/ou de educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da atenção básica ao teto de 15% da soma dos valores dos recursos financeiros, das contrapartidas municipal e estadual;
- » ao Ministério da Saúde cabe o financiamento, aquisição e repasse direto da insulina humana NPH 100 UI/ml, insulina humana regular 100 UI/ml, medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher (DIU, diafragma e preservativos).



### Importante!

Tomando por base as diversas portarias ministeriais ao longo dos 30 anos de financiamento público da AF na atenção básica (antes Farmácia Básica), verifica-se uma elevação superior a 420% no somatório das contrapartidas correntes mínimas per capita das três esferas de governo, desde 1999.

Cabe refletir, considerando a inflação, sobre o aumento de preços dos medicamentos e outras políticas na Assistência Farmacêutica e se esses valores estão desatualizados.

Alguns entes governamentais têm apontado que o crescimento do gasto público per capita em medicamentos pode estar acima do valor pactuado, podendo sobrecarregar a gestão municipal.

Talvez você possa fazer esse estudo em sua cidade e contribuir nessa discussão!

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Não obstante, esses arranjos de financiamento podem ser mais complexos, pois ao serem consideradas as pactuações em instâncias de deliberação pelas CIB, envolvendo os estados e municípios, é possível a existência de valores mínimos superiores aos contidos nas normas do MS.

Outra ponderação decorre da possibilidade de existência de outros gastos na aquisição de medicamentos na atenção básica, realizados pelos

entes subnacionais independentemente da norma de financiamento ou das deliberações pactuadas, que podem tornar os gastos por habitante ainda mais elevados. Como exemplo podemos citar gastos com a judicialização que podem estar contribuindo para elevação das despesas com medicamentos. Por outro lado, alguns municípios também podem estar utilizando recursos do CBAF para medicamentos fora das pactuações do SUS, como apontado na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) – Serviços<sup>31</sup>.

Esse mesmo estudo de representatividade nacional, que levantou pontos sobre o financiamento do CBAF no âmbito da gestão municipal, mostrou que 54% dos municípios possuem o regime de descentralização parcial e 31% contam com mecanismo de gestão totalmente descentralizada na execução dos recursos. Representantes dos municípios do Sul e Centro-Oeste foram aqueles que avaliaram mais positivamente sobre a suficiência dos recursos do CBAF para atender às suas demandas locais, com percentual de satisfação médio de 37,6%. Por outro lado, municípios do Norte avaliaram o grau de suficiência em patamar bem menor, de 13,6%<sup>31</sup>.

Cabe também mencionar o Programa Farmácia Popular do Brasil, um braço da assistência farmacêutica do SUS, que tem seu financiamento integralmente público e assumido pelo MS, além disso, coteja com parte do elenco de medicamentos do CBAF.

Por meio de sua vertente de parceria com as farmácias privadas, o Farmácia Popular ganhou em capilaridade, atingindo a maioria das cidades brasileiras. Introduziu um mecanismo até então novo: o copagamento para uma cesta de medicamentos.

Por meio da ação Saúde Não Tem Preço, ocorreu a liberação de copagamento para algumas classes de medicamentos que, associado à livre demanda existente no Programa, pode ser responsável pela explosão de gastos, com pagamentos às farmácias conveniadas, ainda que com redução do custo *per capita* e assim, lança luz sobre a sua sustentabilidade<sup>32</sup>.

## — Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

Historicamente, já havia uma base de organização dirigida ao financiamento de medicamentos do Componente Especializado, chamados anteriormente de Alto Custo e Excepcionais, pois esse grupo de medicamentos era de responsabilidade do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (instância antecessora do SUS) e, posteriormente, sua execução foi descentralizada aos estados e vem passando por inúmeras mudanças até o momento atual, que foram — e ainda são — normatizadas por intensa base legislativa.

No momento, as regras de financiamento do CEAF estão estabelecidas na Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (que incorporou a Portaria GM/MS nº 1.554/2013). A Portaria de Consolidação que conglomerou e redefiniu regras de financiamento do SUS relaciona os medicamentos que compõem as linhas de cuidado para as doenças contempladas, que por sua vez devem estar garantidos mediante pactuação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios<sup>28</sup>.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

O acesso a esses medicamentos acontece em diferentes níveis de atenção à saúde, razão pela qual a Elaboração e a aprovação do CEAF ocorreram simultaneamente à atualização da Portaria relacionada ao CBAF.

Independentemente do grupo ao qual pertença o medicamento no CEAF, seu acesso em nível ambulatorial deve ter por base os critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Esses PCDT definem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das doenças contempladas, com seus respectivos códigos de classificação internacional de doença.

A incorporação, exclusão, ampliação ou redução de cobertura de medicamentos no âmbito do CEAF ocorre mediante decisão do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A estruturação desse componente é marcada pela divisão de três grupos de medicamentos (Quadro 5), com definição explícita a depender do grupo de instâncias gestoras responsáveis por seu financiamento, gerenciamento e formas de organização distintas.

Apesar da portaria vigente que regulamenta o CEAF tratar de sua organização por meio de três grupos, os medicamentos do grupo 3 são financiados conforme regras do CBAF, já apresentados anteriormente.

**Quadro 5.** Características e responsabilidades de financiamento no CEAF

Grupos	Características	Responsabilidade de financiamento
I	<p>Elevado impacto financeiro para o CEAF</p> <p>Produtos indicados para doenças mais complexas</p> <p>Utilizados em casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento</p> <p>Envolvidos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde</p> <p>Divididos em dois subgrupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» 1 A - depende de informação dos estados para sua programação, que ocorre no âmbito do MS</li> <li>» 1 B - aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação realizadas pelos estados e DF</li> </ul>	<p>Grupo 1A - financiamento e aquisição centralizada no MS</p> <p>Grupo 1B - financiados pelo MS com transferência de recursos financeiros aos estados e DF</p>
II	<p>Menor complexidade de tratamento da doença</p> <p>Situações de refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento</p> <p>Aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação pela SES e DF</p>	<p>Responsabilidade executiva e financeira das SES e do DF</p>

Legenda: MS - Ministério da Saúde; SES - Secretaria de Estado de Saúde; SMS -Secretaria Municipal de Saúde; DF - Distrito Federal

Fonte: Elaboração própria.

Com a finalidade de sintetizar a ampla discussão sobre os Componentes de Financiamento da AF, atualmente contemplados no bloco de custeio do SUS, o Quadro 6 sumariza as principais características de funcionamento e responsabilidades de financiamento público da AF brasileira, conforme seus três componentes.

**Quadro 6.** Características e responsabilidades de financiamento da AF no Brasil

Componente	Características	Responsabilidade de financiamento
Estratégico CESAF	Tratamento de grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas estratégicos do MS com protocolos e normas estabelecidas	Ministério da Saúde compra e distribui medicamentos às SES ou diretamente aos Municípios, dependendo do porte
Especializado CEAF	Estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, que visa a garantia da integralidade do tratamento, em nível ambulatorial Abordagens terapêuticas estabelecidas em PCDT, publicadas pelo MS	Divididos em três grupos: » Grupo I - MS » Grupo II - SES » Grupo III - União, estados, DF e municípios (segue as regras do CBAF)
Básico CBAF	Aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da APS Elenco de referência de medicamentos e insumos complementares, com base na Rename vigente Adoção do princípio da equidade por parte do ente federal, conforme classificação do IDHM dos municípios no financiamento	Três esferas de gestão, com contrapartidas mínimas definidas As contrapartidas estaduais ou municipais podem ser aumentadas, conforme pactuação na CIB

Legenda: IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, MS: Ministério da Saúde, SES: Secretaria de Estado de Saúde, SMS: Secretaria Municipal de Saúde, CIB: Comissão Intergestores Bipartite

Fonte: Elaborado a partir de CONASS9 e ENAP<sup>15</sup>.

Cabe ainda frisar que, ao longo do tempo, as regras definidas pelo MS no tocante ao financiamento da AF estavam estritas hegemonicamente à aquisição de medicamentos, sendo tímidas as previsões de recursos para estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, elemento relevante para o êxito das ações de AF. Entretanto, esse panorama mudou em 2006, após o Pacto pela Saúde, quando passou a existir a possibilidade de destinação de recursos a esse objetivo.

Ainda vigora, através do Bloco de Custeio de Gestão do SUS, outra possibilidade de financiamento para a estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica, no Componente para a Qualificação da Gestão<sup>28</sup>.

Dados da PNAUM-serviços<sup>31</sup> mostram baixo investimento (11,9%) em atividades dirigidas à qualificação ou capacitação de profissionais da AF nos municípios. Quanto às despesas com estruturação e manutenção da AF, 54,3% dos municípios mobilizaram recursos para essa finalidade. Tanto as deficiências no emprego de recursos voltadas à capacitação como na estruturação dos serviços farmacêuticos são preocupantes, impondo outros desafios para a concretização de uma assistência farmacêutica capaz de contribuir efetivamente na melhoria da saúde da população.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

Uma iniciativa para superação desses problemas tem sido executada por meio do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS). Seu financiamento é exclusivo do Ministério da Saúde e desde 2012 possui linhas de apoio a estrutura, educação, informação e cuidado farmacêutico.

Esse Programa, voltado à melhoria das condições estruturais da AF, tem como foco os municípios brasileiros de extrema pobreza, priorizando municípios de até 500 mil habitantes. Sucessivamente municípios têm sido habilitados no Programa, foram 629 em 2017 e mais 651 em 2018. Com essa evolução, chegou-se a um total de 2.862 habilitados a receber incentivo financeiro, representando pouco mais da metade dos municípios brasileiros<sup>33</sup>. Apesar disso, o estudo da PNAUM-serviços trouxe questionamentos quanto ao real impacto e à situação da baixa cobertura populacional do Qualifar-SUS<sup>31</sup>.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

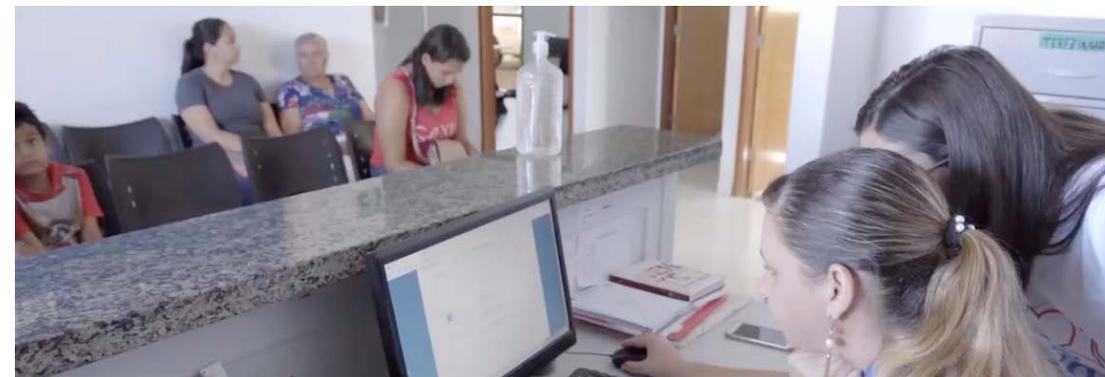
É comum, no contexto de financiamento da Assistência Farmacêutica na atenção básica, a provisão dos medicamentos do CBAF e do CESAF, no entanto, é preciso que a gestão esteja organizada, tanto a nível central como local, para acompanhar o consumo e a utilização de medicamentos, pois os municípios são também responsáveis pela programação desses produtos, além da gestão eficiente dos recursos.

## — Desafios da gestão municipal no financiamento da Assistência Farmacêutica

O financiamento da AF é apenas uma etapa que vai muito além dos valores orçamentários, planos que cabem no papel, ou das apreensões pertinentes ao ciclo logístico. A gestão também precisa apoiar a estruturação de serviços farmacêuticos no sistema de saúde, com o objetivo de apoiar os usuários e a equipe de saúde, favorecendo e, muitas vezes, determinando o uso seguro de medicamentos, maximizando seus resultados positivos.

É cogente no atual cenário político-econômico a proposição de ações à sustentabilidade e garantia de recursos para o financiamento de medicamentos no Brasil. Ainda mais quando se debate quais são os limites atuais e os critérios de acesso universal à assistência farmacêutica integral garantida pelo poder público no Brasil.

Nitidamente estamos frente a um aumento necessário no gasto com medicamentos no SUS. Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, efetuada entre 2013 e 2014<sup>34,35</sup> mostram maior acesso gratuito a um importante elenco de medicamentos essenciais entre as populações mais pobres.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

O fato de a dispensação dos medicamentos ocorrer sem quaisquer restrições quanto às características demográficas, econômicas ou sociais dos usuários demonstram avanços dos princípios norteadores do SUS, como a universalidade. Não obstante, devem ser aplicadas regras de ordem clínica ou administrativa para o alcance de boas práticas farmacêuticas<sup>22</sup>.

A incorporação de novos medicamentos, muitos mais caros, no SUS e a crescente judicialização, com cifras preocupantes, tensionam ainda mais o financiamento e o acesso a medicamentos pelo SUS.

Esses dados, somados aos gastos do Governo, que vem aumentando gradativamente, certamente serão comprometidos com o congelamento do teto dos gastos públicos pela EC 95/2016. Soma-se a isso o crônico subfinanciamento do SUS que afeta e limita sua atuação, ainda mais em um país em vias de desenvolvimento, populoso, com dimensões continentais, tudo isso associado às doutrinas de um sistema de saúde vanguardista, que tem a universalidade, integralidade e equidade como princípios.

Como demonstrado ao longo desta aula, na Administração Pública o orçamento, mesmo revestido de formalidades legais, dentre outras potências, tem papel marcante ao servir como instrumento de gestão e de planejamento na alocação de recursos financeiros e de estabelecimento de ações de saúde, com reflexos no financiamento da AF. Assim, a luta por um financiamento em patamares adequados à AF, dentro das organizações públicas, pode se constituir em ação essencial na formulação e possivelmente na avaliação de políticas de saúde, visando o aprimoramento da transparência.

Outros desafios estão relacionados à maior integração dos gestores da AF no processo de elaboração de etapas do ciclo orçamentário e dos instrumentos característicos do planejamento de saúde, em especial do Plano Municipal de Saúde. Cabe destacar os esforços destinados à boa capacidade de gestão, além das atividades técnico-assistenciais e gerenciais que per se já apresentam características complexas.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

No entanto, é necessário ter coerência para que se construa um percurso sólido na consolidação da AF pública no SUS. Torna-se, portanto, fundamental contar com habilidade técnica para correlacionar o financiamento às boas práticas de gestão, permitindo instituir parâmetros de eficácia e eficiência, ainda mais em um sistema de saúde que busca desenvolver políticas de medicamentos com foco na cidadania e no bem coletivo.

Nesse sentido, o enfoque de respeito aos direitos humanos e o acesso à saúde como direito humano fundamental são elementos centrais para assegurar a melhoria das condições de saúde das populações. Ademais, a organização das atividades e das ações da assistência farmacêutica no SUS associada às demais políticas públicas de saúde e sociais, ao longo dos anos serão capazes de pavimentar o processo instalado de concretização da cidadania, coerente com os princípios constitucionais do direito à saúde, pois não pode ser uma agenda inconclusa.

## Síntese da Aula

Esta aula revisitou o tema do financiamento no contexto da assistência farmacêutica pública do SUS. Sem dúvida essa temática sempre está presente nos debates ligados ao desenvolvimento de políticas públicas e sociais, ainda mais no cenário da saúde, que tem no medicamento um elemento central e que possui especificidades mercadológicas e de acesso que o diferenciam de qualquer outro bem de consumo.

Assim, é importante compreender o pano de fundo do financiamento da saúde que no Brasil possui relação direta com a seguridade social e que depende de fontes de recursos estáveis para dar conta dos inúmeros desafios coerentes com os princípios ético-doutrinários do SUS. Esforços como a Emenda Constitucional nº 29/2000 seguida da promulgação da Lei Complementar nº 141/2012 ainda não solucionaram plenamente o crônico subfinanciamento e ainda estão sob constante ameaça, como o congelamento de gastos.

Os elementos característicos da gestão pública-orçamentaria e do planejamento do SUS (plano municipal de saúde, relatório de gestão, entre outros) são apresentados no sentido de trazer conhecimento aos atores envolvidos com a AF e fazer um convite a esses profissionais no processo de sua construção. As leituras de aprofundamento indicadas ao longo do texto visam promover uma integração no cotidiano da AF com o planejamento e a gestão.

Foram abordadas as características do financiamento da saúde no Brasil, como os repasses fundo a fundo e as novas alterações nos mecanismos de repasse, buscando associá-los a alguns marcos evolutivos, assim como os elementos inerentes aos repasses em uma única conta, por meio do Bloco de Custeio, que nesse caso poderá exigir maior capacidade técnica e de gestão para uma adequada alocação dos já escassos recursos.

Além disso, foi feita uma breve contextualização histórica sobre o financiamento da AF no Brasil, até o estágio que engloba os Componentes de Financiamento, principalmente o Básico da AF, em que os municípios possuem maior governabilidade na gestão.

Por fim, foram elencados alguns desafios, principalmente no esforço para que a AF, no âmbito dos municípios, cumpra seu papel social de promoção do acesso qualificado a medicamentos seguros e eficazes. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de competências para a realização de planejamento para uma melhor gestão dos recursos da AF e para a garantia de um financiamento adequado, resultando, portanto, na melhoria dos resultados em saúde para a população.

## Referências

- Mendes A da CG, Sá DA de, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Pública*. Maio 2012;28(5):955-64.
- Polder JJ. Age-specific increases in health care costs. *Eur J Public Health*. Mar. 2002;12(1):57-62.
- Silveira RE da, Santos Á da S, Sousa MC de, Monteiro TSA. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein São Paulo*. Dez. 2013;11(4):514-20.
- Zaire CEF. A relação entre a indústria farmacêutica e a Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a compra estadual e municipal de medicamentos no Rio de Janeiro [Dissertação – Mestrado em Saúde Coletiva]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
- Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc Saúde Coletiva*. Nov. 2007;12(Supl):1851-64.
- Brasil. [Constituição de 1988]. Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, out. 1988.
- Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. [Internet] [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm).
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), organizador. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011. 13 p.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A Gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2015. 133 p.
- Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. [Internet] [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm).
- Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, Vasconcelos DMM de, Chaves GC, Oliveira MA, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. Jun. 2018;23(6):1937-49.
- Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud Av* [Internet]. 2017 [acesso em 15 out. 2019];32(92). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v32n92/0103-4014-ea-32-92-0047.pdf>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 28 nov. 2019]. 222 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45130.pdf>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de Contas Nacionais. Conta-satélite de saúde: Brasil, 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. (Contas Nacionais nº 59). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>.
- Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). [Curso] Introdução ao Orçamento Público. Módulo 1: Entendendo o Orçamento Público. Brasília: ENAP; 2017 [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3167/1/Modulo%201%20-%20Entendendo%20o%20Orçamento%20Publico.pdf>.

16. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde [Internet]. [Acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html).
17. Nora LCD, Costa KS, Araújo SQ, Tavares NUL. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. Cad Saúde Coletiva. Set. 2019;27(3):278-86.
18. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. [Internet] [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm).
19. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política nacional de Assistência Farmacêutica. [Internet]. 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)
20. Velasquez G. El papel del Estado em el financiamiento de los medicamentos. In: Bermudez JAZ, Oliveira MA, Esher A, organizadores. Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2004. p. 25-40.
21. Velásquez G, Madrid Y, Quick JD. Reforma sanitaria y financiación de los medicamentos. Ginebra: OMS; 1998.
22. Luiza VL, Silva RM da, Mattos LV, Bahia L. Fortalezas e desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos no Brasil. In: Vulnerabilidades das Políticas Industrial e Tecnológica de Saúde na Produção Local e na Assistência Farmacêutica. Rio de Janeiro: E-papers; 2018.
23. Belloni A, Morgan D, Paris V. Pharmaceutical expenditure and policies: past trends and future challenges. Report OECD Health Working Papers n. 87. Paris: OECD; 2016. 75p.
24. Samuels A. Control of the cost of medicines and medical supplies to the NHS: Health Service and Medical Supplies (Costs) Act 2017. Med Leg J. Mar. 2018;86(1):16-18.
25. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do Sistema único de Saúde no período 2010 a 2016. Texto para Discussão n. 2356. Brasília; Rio de Janeiro: IPEA; Jan. 2018.
26. Bermudez J. Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec; Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 1995. 204 p. (Saúde em debate; Phármakon).
27. Silva RM da. Programa “Aqui tem Farmácia Popular”: expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2014.
28. Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [Internet] [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html).
29. Brasil, Ministério da Saúde. Pauta - 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite/2019 [Internet]. 2019 [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/31/PAUTA-DA-CIT-Outubro.pdf>.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet] [acesso em 11 dez. 2019]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.193-de-9-de-dezembro-de-2019-232399751>.
31. Faleiros DR, Acurcio F de A, Álvares J, Nascimento RCRM do, Costa EA, Guibu IA, et al. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System. Rev Saúde Pública [Internet]. 22 set. 2017 [acesso em 28 nov. 2019];51(suppl.2). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139734>.
32. Silva RM da, Caetano R. Gastos com pagamentos no Programa Aqui Tem Farmácia Popular: evolução entre 2006-2014. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. 24 maio 2018 [acesso em 28 nov. 2019];28(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312018000100402&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000100402&lng=pt&tlng=pt).
33. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_anual\\_gestao\\_rag\\_2018.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2018.pdf).
34. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS, Arrais PSD, et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [acesso em 28 nov. 2019];50. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000300313&lng=en&nr\\_m=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300313&lng=en&nr_m=iso&tlng=en).
35. Barros RD de, Costa EA, Santos DB dos, Souza GS, Álvares J, Guerra AA, et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. Rev Saúde Pública. 22 set. 2017 [acesso em 28 nov. 2019];51(Supl 2):8s. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007138.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007138.pdf).

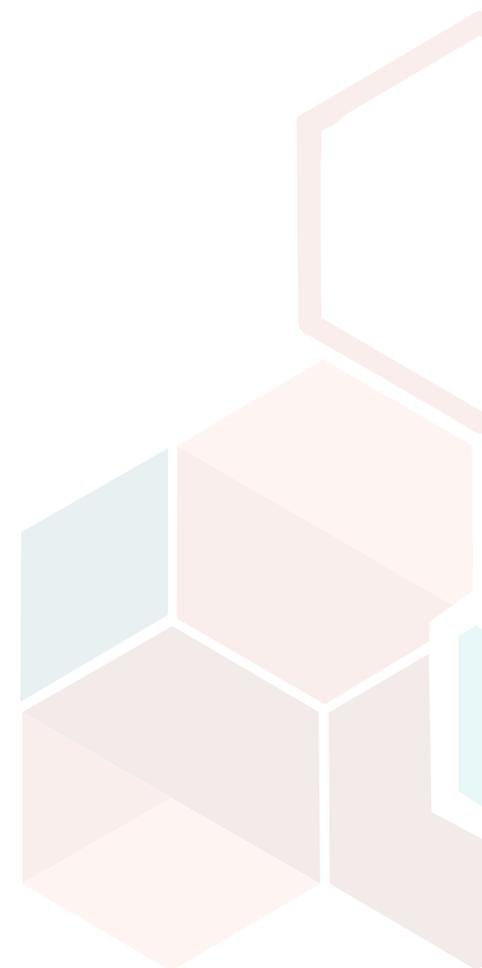
## Material Complementar

1. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Desvinculação orçamentária: análise de cenário no SUS. [Internet] [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/conasems-publica-analise-tecnica-da-possibilidade-de-desvinculacao-orcamentaria-e-aponta-colapso-nas-contas-publicas-municipais/>.
2. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”. [Internet] [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual\\_do\\_gestor\\_F02\\_tela.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf).
3. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Web aula unificação dos blocos de financiamento – Módulo 2 [videoaula]. 26 jul. 2018 [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YLQEDHORgzk>.
4. Souza LEPEF. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. Ciência & Saúde Coletiva. 2009 [acesso em 28 nov. 2019];14(3):911-918. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/27.pdf>.

## Autor

### **Rondineli Mendes da Silva**

Graduado em farmácia industrial pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutorado e mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Atualmente é pesquisador em saúde pública do Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz e docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz. Especialista em farmácia hospitalar (UFF), vigilância sanitária de produtos (ENSP/Fiocruz) e em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (ENSP/Fiocruz). Tem experiência de coordenação e gestão da assistência farmacêutica na administração pública. Exerce atividades docentes no campo da saúde pública, com ênfase em assistência farmacêutica, economia da saúde e estudos de avaliação de tecnologias de saúde.



Aula



## Planejamento no âmbito do SUS

Autores: Marco Aurélio Pereira e Suetônio Queiroz de Araújo

## Ementa da aula



Esta aula aborda o planejamento ascendente no âmbito SUS; os instrumentos de planejamento e programação em saúde aplicados à gestão municipal; a importância do planejamento regional integrado; a participação do controle social no planejamento do SUS.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

## Objetivo de aprendizagem



Entender o processo de planejamento no âmbito do SUS; compreender os diferentes instrumentos de planejamento e programação aplicados à gestão municipal; reconhecer o papel do planejamento regional integrado para a qualificação da atenção à saúde nos municípios; entender a participação do controle social no planejamento do SUS.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

## Introdução

O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma função gestora que, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que por sua vez se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho<sup>1,2</sup>.

No setor público foram estabelecidas, desde a Constituição Federal de 1988, algumas regras para planejamento e após algumas décadas diferentes metodologias e ferramentas de apoio a esse processo, especialmente aquelas de caráter contábil e financeira, avançaram significativamente. Diferentes abordagens e tecnologias passaram a fazer parte deste processo de planejamento nas diferentes esferas de governo compondo o dia a dia da gestão pública, especialmente na saúde.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

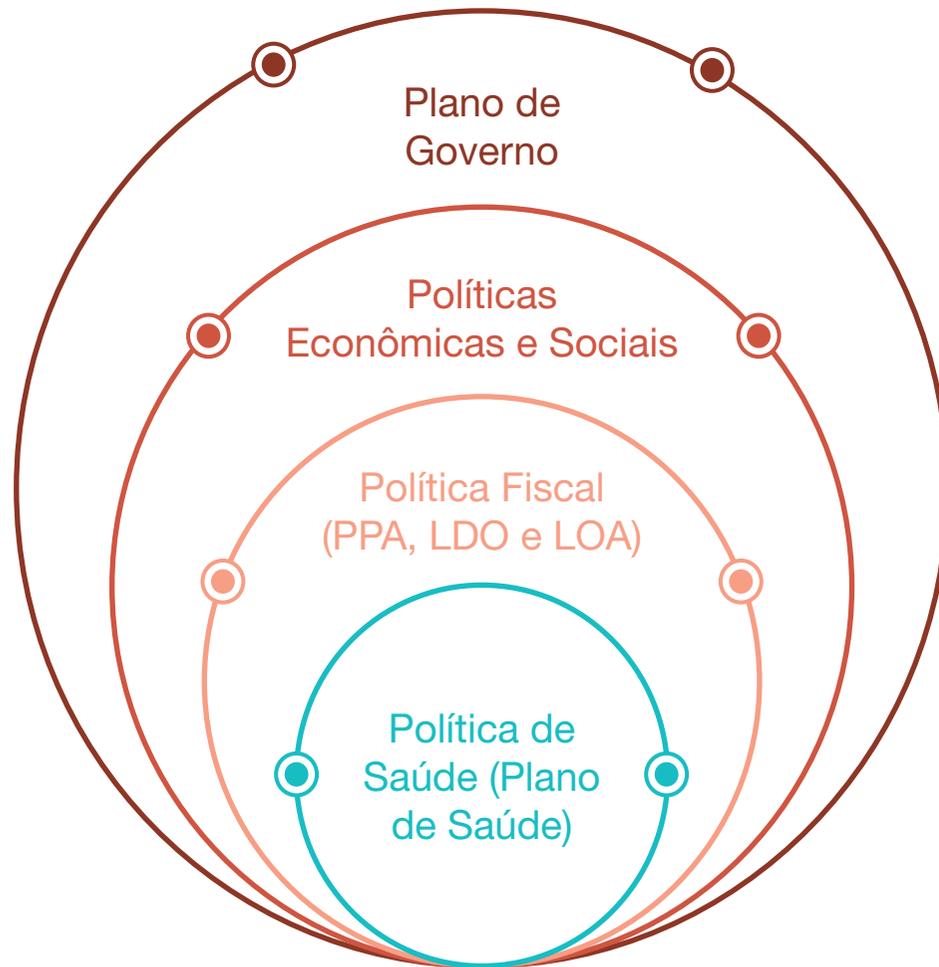
Entender esse processo na saúde e como ele se articula com o seu dia a dia nos municípios é um dos objetivos desta aula, que será complementada pela *Aula 8*, a qual abordará em detalhes o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e as diferentes ferramentas e etapas desse processo para a Assistência Farmacêutica. Nesse momento, é preciso entender que o planejamento no modelo de Gestão Pública no país tem seu início nas estratégias de governo que muitas vezes são norteadas ainda no processo eleitoral municipal, estadual, distrital e federal, quando algumas propostas, majoritariamente vencedoras podem vir a ser implementadas, inclusive aquelas que envolvem o Sistema Único de Saúde.

Assim, é fundamental destacar, conforme ilustra a Figura 6, que para iniciar o planejamento no setor público, especificamente no SUS e nas três esferas de governo, é necessário observar, principalmente no escopo municipal, a estruturação do Plano de Governo, que trará muito das particularidades e propostas estabelecidas ainda no processo eleitoral, para, em seguida, se estabelecerem as estratégias da Política Econômica e Social, e posteriormente traçar as prioridades fiscais, traduzidas anualmente na Lei de Diretrizes Orçamentária e Lei Orçamentária Anual, que trarão na estrutura formal as informações sobre as prioridades de investimentos no Sistema Único de Saúde local, organizadas a partir do Plano de Saúde<sup>1</sup>.



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

**Figura 6.** Contextualização da Política de Saúde (Processo de Planejamento Integrado do Governo)



Fonte: Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde<sup>1</sup>.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Nesta aula, o nosso o foco estará direcionado aos instrumentos a serem elaborados no âmbito da gestão municipal da Saúde, prioritariamente o Plano Municipal de Saúde, que consolidará as prioridades na área com suas metas e seus indicadores a serem alcançados nos quatro anos de governo, para servir como base para elaborar ano a ano as propostas de Programação Anual da Saúde (PAS), sendo esta a base para a proposta do setor saúde no orçamento municipal. No “Orçamento” deverá constar o detalhamento das receitas e despesas do município para o ano subseqüente que são submetidas ao legislativo municipal (Câmara) que, por sua vez, analisa e aprova as chamadas Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) como vimos na *Aula 6*<sup>1,3</sup>.

Algumas legislações acabam se tornando norteadoras dessa proposta de organização do Planejamento em Saúde, inclusive no aspecto orçamentário e financeiro. No final desta aula constam algumas sugestões de possíveis fontes de estudos complementares ao tema abordado, as quais são consideradas marcos legais da gestão orçamentária e financeira do setor público e do SUS, a saber: Constituição Federal 1988, Lei nº 8.080/1990, Lei nº 8.142/1990, Decreto nº 7.508/2011, Lei Complementar nº 141/2012; Lei nº 4.320/1964, Lei Complementar nº 101/2000 e Lei Complementar nº 131/2009.

## Planejamento no Sistema Único de Saúde

### » Aspectos normativos

O planejamento em saúde no Brasil passou por diversas orientações técnicas originadas a partir de pactuações tripartite, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e complementadas em pactuações locais em Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regional (CIR), até chegarmos à atual conformação para o planejamento no SUS, que, descrito no Decreto nº 7.508/2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990, dispendo sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dando em seguida outras providências.

Nesse sentido, vale lembrar que a proposta de (re)organização do SUS, após anos de debates, se consolidou em algumas normativas, fruto da reflexão dos gestores, profissionais de saúde, usuários e outros atores do setor Saúde, público e privado, para que fosse possível estruturar uma proposta de organização em Redes Regionais de Atenção à Saúde que subsidiassem o poder legislativo e executivo na Elaboração da legislação complementar que versa sobre o tema “planejamento em saúde”, especialmente à luz das orientações descritas no Decreto nº 7.508/2011.

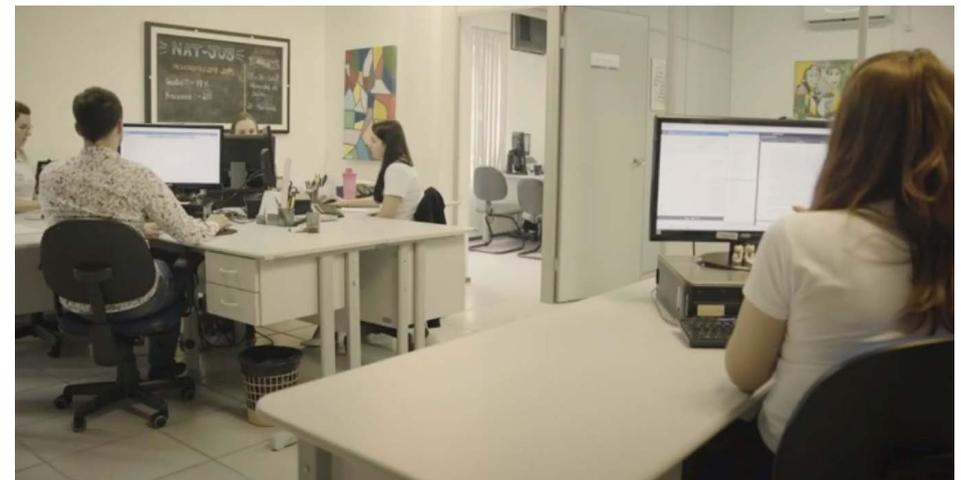


Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

[...]

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional<sup>4</sup>.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Nesse caso, podemos dizer que as contratações por Organizações Sociais da Saúde (OSS), instituições filantrópicas e contratos diretos com serviços privados instalados nos territórios municipais, assim como consórcios públicos ou públicos de direito privado precisam ser mapeadas e inseridas na estrutura do plano municipal de saúde.

Outro aspecto importante se refere à integração do planejamento entre os entes federados, algo ainda muito difícil de acontecer, mas que vem sendo um esforço permanente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) para que essa agenda ocorra localmente no âmbito dos estados em pactuações na CIB, tendo em vista a previsão do referido decreto.

“ Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite – CIB de que trata o inciso II do Art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional<sup>4</sup>. ”



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Ainda sobre o Decreto nº 7.508/2011, quando observamos particularmente as demandas da saúde que envolvem a Assistência Farmacêutica, é necessário entender que ao observar aspectos relacionados à **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)** existe a possibilidade de inserção de elencos complementares locais a partir do perfil epidemiológico e protocolos clínicos, desde que baseados em evidência para essa complementariedade de elencos. Além, é claro, de estabelecer atividades gerenciais e assistenciais da Assistência Farmacêutica conforme a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases).

No âmbito das Comissões Intergestores serão estabelecidas as respectivas responsabilidades e a forma/modalidade de financiamento e se pactuará a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde no âmbito das deliberações e diretrizes estabelecidas pelo Conselhos de Saúde. Assim, como vimos na *Aula 5*, essas comissões são assim denominadas:



Comissão Intergestores Tripartite (CIT), “no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;”<sup>4</sup> membros: Ministério da Saúde, CONASS (representando os estados) e CONASEMS (representando os municípios)



Comissão Intergestores Bipartite (CIB), “no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais [...]”<sup>4</sup>. Membros: representante do estado, Secretaria Estadual de Saúde, representação dos municípios e COSEMS.



Comissão Intergestores Regional (CIR), “no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.”<sup>4</sup> Membros: representante do estado, Secretaria Estadual de Saúde e representantes dos municípios da região de saúde da respectiva CIR.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

### Saiba mais!

Para saber mais sobre as Comissões Intergestores, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) acesse a [Lei nº 12.466/2011](#).



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

De uma forma geral, a organização das atividades previstas para Elaboração e execução do planejamento no setor público e, no nosso caso, especificamente no SUS necessariamente seguem alguns ritos formais estabelecidos em lei.

Para além do Decreto nº 7.508/2011 e ainda abordando os aspectos legais do planejamento no SUS, é importante destacar que as disposições orçamentárias e financeiras apontadas na Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, apesar de 12 anos passados até a definição do que seriam os gastos e regras das despesas em saúde, foram normatizadas a partir da Lei Complementar (LC) nº 141/2012<sup>5</sup>, inclusive com o apontamento de uso de *software* oficial para publicização das informações orçamentárias, indispensáveis à prestação de contas, como é o caso do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops).

### Saiba mais!

Emenda 29 – site do Planalto - [EC 29/2000](#).  
Lei complementar 141 – site do Planalto - [LC 141/2012](#).



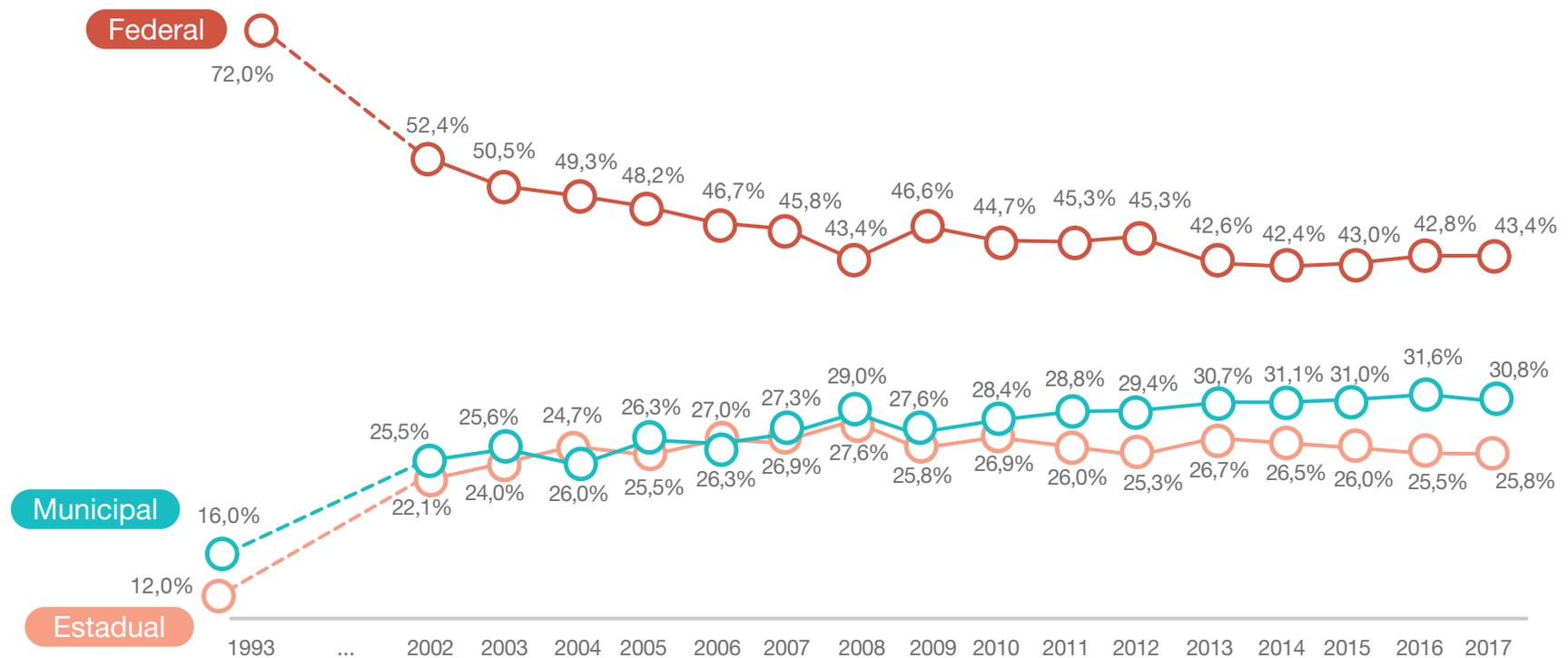
Fonte: Imagem – Flaticon ©.

A LC 141/2012 regulamenta o § 3o do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de Saúde, bem como estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo<sup>5</sup>.

Logo, as estruturas de Governança e Gestão da Saúde no Brasil passam a ter uma conformação legal estruturada inclusive em papéis claros de atuação e participação da sociedade, bem como das responsabilidades dos gestores perante a gestão e transparência dos gastos públicos complementados pelas Leis nos 8.080/1990 e 8.142/1990<sup>6,7</sup>.

Cabe destacar que, desde 2018, algumas das regras previstas na LC 141/2012 para o investimento mínimo em Saúde pela União deixaram de vigorar, transformando o que seria piso de investimento em teto, o que ocorreu após as regras estabelecidas pela Emenda Constitucional nº 95/2016 que estipula um teto para aumento dos gastos públicos da União por 20 anos. Essa medida já implicou em redução dos investimentos em saúde, impactando diretamente o aumento de investimento por parte dos estados e municípios<sup>8,9</sup>, como demonstra a Figura 7. Esse aspecto é de fundamental relevância para o planejamento municipal e especificamente para a área da Assistência Farmacêutica.

**Figura 7.** Composição dos gastos com ações e serviços públicos de saúde



Fonte: Conasems (p. 42)<sup>8</sup>.

A Portaria de Consolidação nº 1/2017, em seu Capítulo I, Título I, estabelece diretrizes para o planejamento do SUS e define como instrumentos do planejamento em saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), além de orientar os pressupostos para o planejamento<sup>6</sup>.

O Quadro 7 a seguir resume os referidos instrumentos do Planejamento em Saúde.

**Quadro 7.** Instrumentos do planejamento em saúde

Instrumento	Para que serve?
Plano Municipal de Saúde (PMS) Marco Legal: § 8º, Art. 15, Lei nº 8.080/1990	O PMS é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. É esse plano que norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde O Plano Municipal de Saúde consolida as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo. Nesse sentido, reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera No PMS estão retratados os objetivos macro da gestão, os quais são apresentados com as grandes metas e indicadores para o quadriênio seguinte
Programação Anual de Saúde (PAS) Marco Legal: § 2º, Art. 36, LC nº 141/2012	A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano Municipal de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do PMS e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados Na Programação Anual de Saúde são detalhadas as ações e serviços, conforme a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); as metas anuais; os indicadores; e a previsão de alocação de recursos orçamentários no ano
Relatório Anual de Gestão (RAG) Marco Legal: Art. 36, LC nº 141/2012	O RAG é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano Municipal de Saúde, além de orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao PMS e às PAS seguintes. Por essas características, é por meio desse instrumento que os gestores do SUS prestam contas das ações do Plano Municipal de Saúde operacionalizadas pela PAS e que foram executadas no ano anterior
Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) Marco Legal: § 5º, Art. 36, LC nº 141/2012	O RDQA é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS. Deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública, na Casa Legislativa do respectivo ente da federação

Fonte: Elaborado a partir do Manual de Planejamento no SUS<sup>2</sup>.

Outrossim, para a construção do Planejamento em Saúde, na perspectiva *ascendente e integrado, do nível local ao federal*, espera-se que gestores, técnicos, conselhos de saúde e sociedade em geral contribuam com a definição das estratégias prioritárias para a oferta das ações e serviços públicos de saúde aos cidadãos, bem como avancem nos formatos e publicidade dos instrumentos de prestação de contas e transparência, aprimorando o que chamamos de *accountability* e que abordaremos mais a adiante<sup>6,7</sup>.

Assim, o PMS deve estar sempre em “diálogo” com os dispositivos legais do SUS e em sintonia com os espaços participativos da gestão, em especial do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e das Conferências de Saúde. Além disso, o PMS é o elemento fundamental à Programação Anual de Saúde (PAS) e ao Relatório Anual de Gestão (RAG)<sup>2,3</sup>.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

## Pactuação interfederativa e a agenda de planejamento no território



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Nas rotinas de pactuação do SUS é preciso deixar claro para os gestores e técnicos que elaboram o planejamento municipal alguns trâmites burocráticos e formais para que se estabeleçam oficialmente as diretrizes, objetivos, metas e indicadores necessários à Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), conforme o Plano Plurianual (PPA). Ou seja, a partir do chamado ciclo de planejamento que se dá a cada quatro anos, no primeiro ano de cada mandato do poder executivo, nesse caso o municipal, são estabelecidas algumas rotinas necessárias à Governança e Gestão do Sistema Único de Saúde, inicialmente no PPA e em seguida no Plano Municipal de Saúde (PMS), para que, em agendas anuais, possam ser elaborados a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão, além dos respectivos relatórios orçamentários e financeiros correspondentes<sup>3,7</sup>.

É importante destacar que esse ciclo se reflete nas orientações da **Portaria de Consolidação nº 1/2017** e a partir da Lei nº 141/2012, em que o Plano Municipal de Saúde deve ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS, para o período de quatro anos, explicitando, assim, os compromissos do governo para o setor saúde e refletindo, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades de cada esfera<sup>6</sup>.

Para a Elaboração do Plano Municipal de Saúde com base nas diretrizes do PPA, os gestores locais precisam estabelecer, com aprovação do Conselho de Saúde após a realização de Conferência de Saúde, as **Diretrizes Municipais** que farão parte do plano e a partir das quais serão estabelecidos os **Objetivos Estratégicos**, suas **Metas e Indicadores**, assim como o **Orçamento** ano após ano, este também submetido ao poder legislativo, ou seja, a Câmara legislativa municipal, para apreciação, ajustes e aprovação dos Projetos de Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Leis Orçamentárias Anuais (LOA) que ocorrerão durante os quatro anos de vigência do PMS e PPA<sup>3</sup>.

Nesse sentido, faz-se necessária uma articulação no âmbito da gestão municipal para a definição de metas e indicadores que sejam consistentes e principalmente que tenham garantia do investimento no orçamento local e isso inclui a oferta de serviços, financiamento solidário com os demais entes para estruturas regionais que precisam ser pensadas ou que já existam, mas que precisam ser adequadas em suas infraestruturas e operações, assim como dispor de equipes qualificadas, a partir das premissas estabelecidas na organização do SUS com foco nas Redes Regionais de Atenção à Saúde e todas as dimensões e níveis do sistema de saúde.

A lógica estabelecida para o planejamento ascendente precisa acontecer de fato observando algumas sequências institucionais relacionadas às pactuações entre os entes e às aprovações nas instâncias dos Conselhos de Saúde, como prevê a LC nº 141/2012 em seu artigo 30, § 1º ao 3º, conforme ilustra a Figura 8.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

**Figura 8.** Etapas de pactuação interfederativa entre os gestores do SUS e de deliberação dos Conselhos de Saúde



Fonte: Elaboração própria.

No entanto, é importante ressaltar que no âmbito dos Conselhos de Saúde não existe instância de deliberação regional, apenas municipais e estadual, cabendo, nesse caso, ao Conselho Estadual de Saúde analisar as pactuações regionais e propor possíveis realinhamentos de estratégias e prioridades articuladas às necessidades da macro e/ou da região de saúde.

Dessa forma, o **planejamento no SUS necessariamente precisa ser um instrumento dinâmico e de permanente atualização**, a partir das sensibilidades e necessidades locais, baseado em evidências, buscando articular as diferentes demandas, aspectos normativos, sociodemográficos e culturais, ser inclusivo e amplamente debatido com a sociedade nas suas diferentes formas e cada vez mais apoiado por tecnologias que facilitem a transparência e o acesso ao cidadão às informações de saúde e prestações de contas.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

## Ciclo do planejamento e do orçamento público



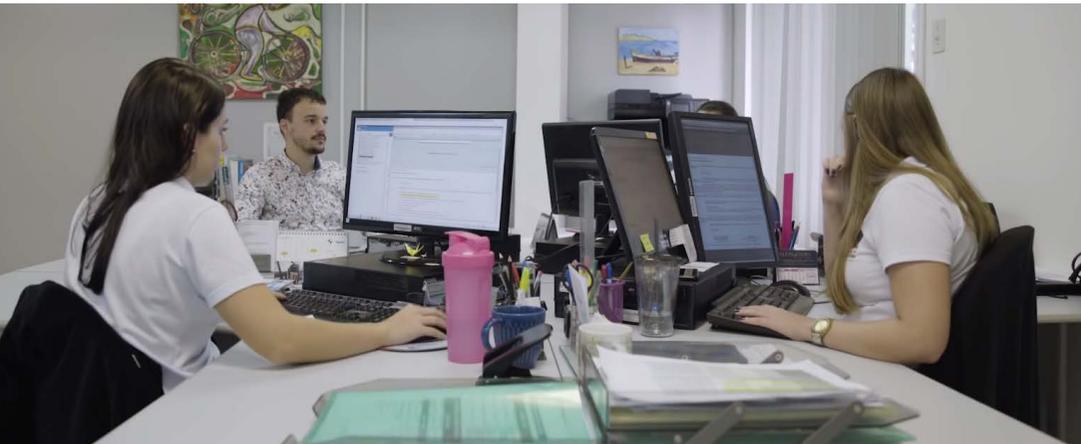
Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

O processo de planejamento no SUS tem sua base normativa muito atrelada ao modelo do Planejamento Estratégico Situacional (PES), mas, nesse contexto, o que buscamos trazer é algo para além dos momentos estabelecidos no PES que serão abordados e aplicados em maior profundidade para a Assistência Farmacêutica na *Aula 8*, na qual serão abordados aspectos relevantes dos seguintes momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

O que precisamos ter em mente, neste momento, é que, qualquer que seja o método adotado, o processo estabelecido para planejamento público, não apenas em saúde, precisa ser pensado com a participação dos atores envolvidos nos diferentes ambientes e níveis de gestão, mas especialmente dos principais beneficiários das entregas planejadas, ou seja, dos cidadãos e cidadãs usuários do SUS.

Assim, ao olhar para a Assistência Farmacêutica planejada enquanto um dos capítulos do Plano Municipal de Saúde, fica evidente que ela deve envolver todos os seus atores, uma vez que é transversal a todas as ações e serviços da rede, bem como fonte significativa de informações e de cuidado que são preciosas para a tomada de decisão dos gestores.

Todas as áreas e setores envolvidos no PMS precisam traduzir suas demandas em Ações, Objetivos, Metas e Indicadores que podem ou não ser atrelados a rubricas orçamentárias, mas, uma vez contempladas no plano, essas metas e indicadores precisam responder aos objetivos propostos de acordo com uma das políticas estabelecidas no SUS. Portanto, é preciso entender que o ciclo do PDCA estará presente permanentemente em cada local estabelecido no planejamento do seu município.

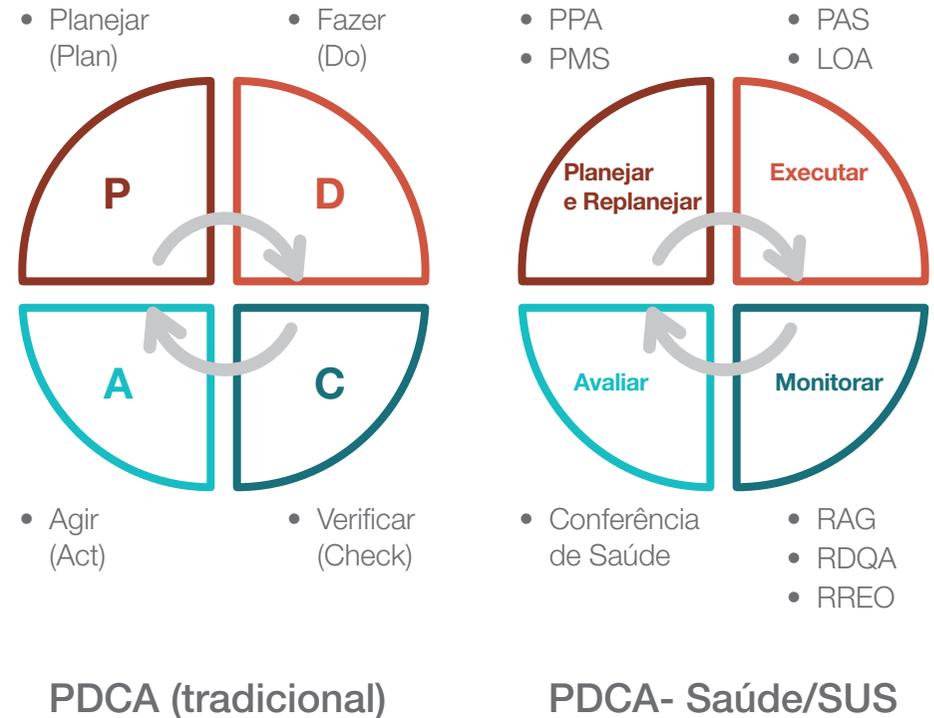


Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

O PDCA será abordado em detalhes na *Aula 8*, mas, de forma resumida, podemos dizer que é um método de planejamento, mais conhecido pela sigla, que em inglês significa: **Plan – Do – Check – Act**, ou ainda **Plan – Do – Check – Adjust**, que podem ser traduzidas na literatura como *Plan* (planejar), *Do* (fazer, executar), *Check* (checar, controlar, verificar), *Act* (atuar, agir, corrigir).

Para a nossa abordagem utilizaremos: planejar, fazer, verificar e agir.

Figura 9. Ciclo do PDCA e a adaptação para o Planejamento no SUS



Fonte: Adaptada do Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde<sup>1</sup>.

O Tribunal de Contas da União (TCU), ao recomendar ao Controle Social e aos Gestores as boas práticas de governança e gestão, trouxe para dentro do processo de planejamento o peso do olhar do órgão de controle que, a partir dessas práticas estabelecidas em pactuações intergestores, à luz do regramento das políticas públicas pactuadas pelos gestores da saúde, passaram a ser cada vez mais cobrados por efetivá-las em benefício da vida do cidadão<sup>1</sup>.

Dessa forma, ao iniciar o planejamento e tentar estabelecer as estratégias prioritárias para o seu município é preciso entender a aplicabilidade do ciclo do PDCA em todo momento e local que se propõe realizar atividades de planejamento na lógica ascendente, ou seja, esse ciclo precisa ser aplicado desde a Unidade Básica de Saúde até o nível central das secretarias de saúde, segundo as boas práticas da Governança e Gestão e observando sempre os aspectos da regionalização, do Planejamento Regional Integrado (PRI) e da governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, na lógica de organização de macrorregiões de saúde<sup>1,6,7,9</sup>.

**Refleta!**

Integrado (PRI) e governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS?

Para aprofundar seus conhecimentos, sugerimos a leitura dos seguintes textos:

[Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Regionalização da Saúde. Posicionamentos e Orientações.](#)

[MS – Portaria de Consolidação nº 1, 28 de setembro de 2017.](#)

[MS – Manual de Planejamento do SUS.](#)

[CONASS – Planejamento Regional Integrado – Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado.](#)

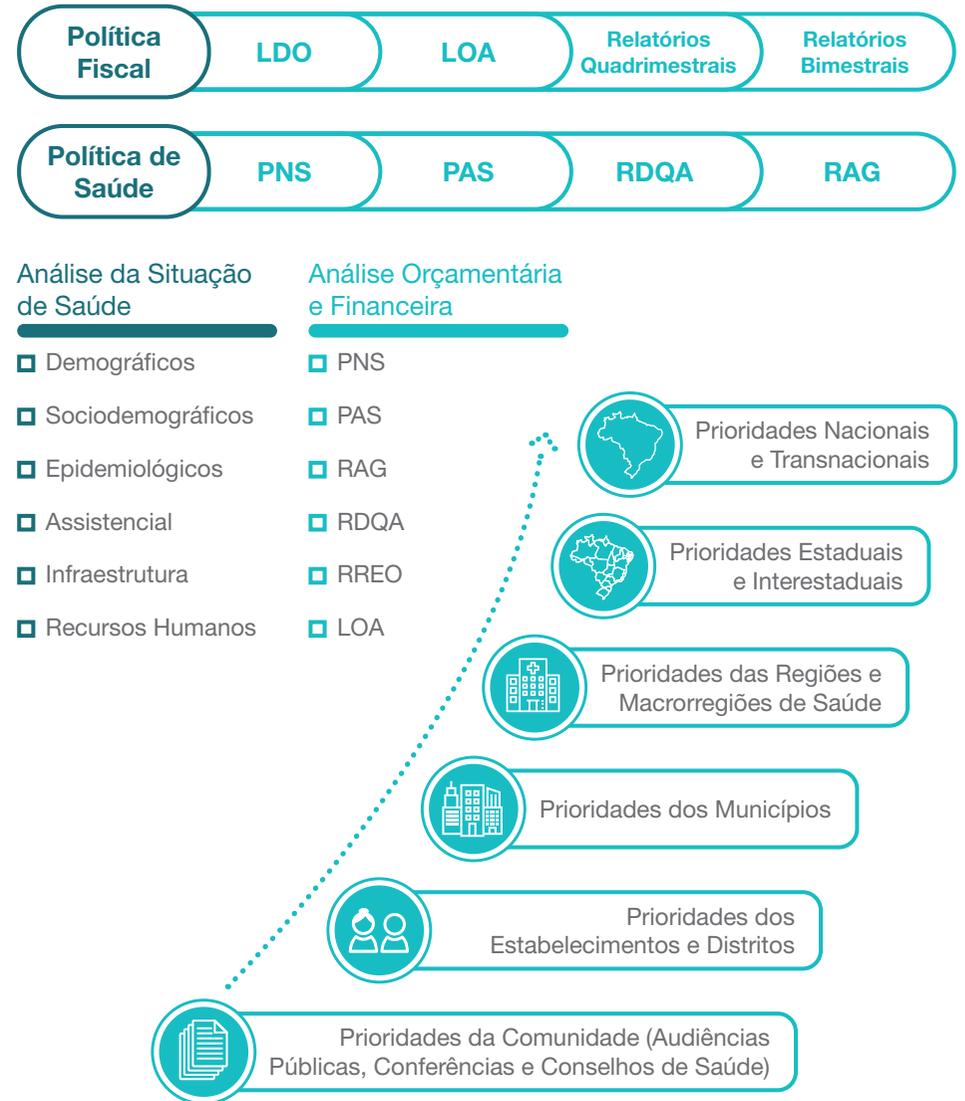


Fonte: Imagem – Flaticon ©.

**» Instrumentos da Política Fiscal e da Política de Saúde**

Os instrumentos relacionados à política fiscal e da saúde, no âmbito da gestão pública, conforme demonstrado na Figura 10, fazem parte dessa dinâmica de planejamento do país, especificamente do SUS, e são utilizados para organizar as entregas à sociedade a partir das diferentes formas de arrecadação e que acabam se traduzindo em dois blocos de ferramentas de apoio à governança e gestão, construídos de forma ascendente.

**Figura 10.** Etapas do Planejamento Ascendente e Integrado: atores, análises de informações e instrumentos da Política Fiscal e da Saúde



Fonte: Elaboração própria e Imagem - Flaticon ©.

Esse processo de construção coletiva e ascendente precisa contemplar as percepções regionais e macrorregionais, para que sejam atendidos os aspectos estabelecidos na agenda de regionalização, do Planejamento Regional Integrado (PRI) e da governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

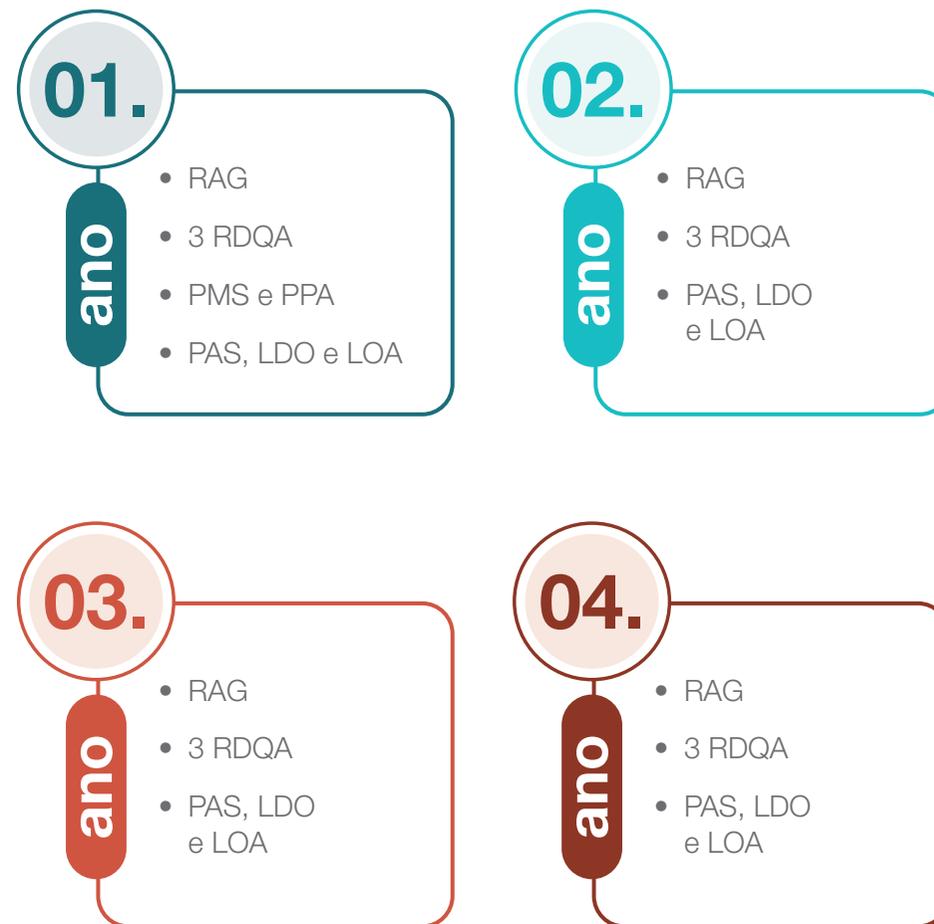
### »» Cronograma dos instrumentos de planejamento e orçamento

Para orientar o processo de trabalho durante o planejamento municipal (Figura 11) é preciso conhecer os prazos estabelecidos para cada instrumento a ser construído durante esse processo de priorização de ações e metas para os gestores e profissionais da saúde.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Figura 11. Cronograma dos instrumentos de planejamento e orçamento



Fonte: Adaptada do Manual do Gestor Municipal<sup>8</sup>.

Com esse escopo e a definição cronológica no quadriênio já é possível começar a organizar suas atividades com o objetivo de construir parte do capítulo da Assistência Farmacêutica nesse Plano Municipal de Saúde e articular os demais instrumentos anuais e trimestrais necessários para garantir a transparência dos resultados alcançados *versus* investimentos alocados e gastos com as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

O PMS deve conter uma análise situacional da saúde do município (estrutura do sistema, sua rede de saúde, condições socio sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, descrição dos processos de gestão do trabalho e da educação na saúde e descrição dos processos de inovação tecnológica em saúde), uma descrição dos objetivos, diretrizes, metas e indicadores e uma descrição dos processos de monitoramento e avaliação. Sua validade é de quatro anos – a contar a partir do segundo ano do governo recém-eleito até o primeiro ano do próximo governo – devendo ser apresentado até março do primeiro ano de governo e, conseqüentemente, subsidiando o planejamento orçamentário do município<sup>3</sup>.

Assim, diante desse cenário e dessa cronologia, inicia-se, por exemplo, um dos métodos referenciados pelo Conasems para a realização do planejamento em saúde, ou seja, o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), tomando por base, a premissa de um diagnóstico situacional para, em seguida, aplicar as etapas do método e as ferramentas de apoio ao processo e a priorização dos objetivos, diretrizes, metas e indicadores, bem como estruturar o processo de monitoramento e avaliação do PMS. Essa seqüência de instrumentos e conteúdos fica mais clara no Quadro 8.

**Quadro 8.** Etapas, instrumentos, atividades e conteúdos utilizados no planejamento municipal da saúde

Etapas	Instrumentos	Atividades e conteúdos básicos
1ª Etapa	Levantamento de dados e informações do território	a) Identificar os dados e informações locais assistenciais e gerenciais da RAS, regionais e macrorregionais relevantes ao planejamento b) Identificar os dados e informações locais assistenciais e gerenciais da Assistência Farmacêutica c) Consolidar dados e informações do território no formato estabelecido pela equipe de planejamento da Secretaria de Saúde para futura análise e consolidação na análise situacional
2ª Etapa	Análise situacional (capítulo do PNS): uma espécie de “fotografia” do momento da Elaboração	a) Elaboração da análise da situação de saúde: - identificação das necessidades de saúde - identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais - identificação dos fluxos de acesso aos produtos e serviços da AF b) Definição de prioridades sanitárias: - diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução c) Organização dos pontos de atenção da RAS d) Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde e) Definição dos investimentos programados

(continua)

(continuação)

Etapas	Instrumentos	Atividades e conteúdos básicos
3ª Etapa	<p>Planejamento Estratégico Situacional (PES): a Elaboração do Plano Municipal de Saúde precisa ser participativa, então, é estratégico para o seu êxito envolver as áreas da Assistência Farmacêutica e articular para garantir o apoio do setor de planejamento da SMS</p>	<p>Momento explicativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de problemas</li> <li>- Seleção de problemas prioritários/estratégicos (classificação criteriosa dos problemas)</li> <li>- Descrição dos problemas (uso de indicadores e descritores qualitativos e quantitativos)</li> <li>- Elaboração da rede de causalidade dos descritores de problemas e identificação dos nós críticos (ponto da rede de causalidade em que se avalia estrategicamente a intervenção e sobre a qual se formulará uma ação)</li> </ul> <p>Momento normativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição da situação-objetivo (transformação dos descritores em resultado esperado)</li> <li>- Elaboração do plano de operações (cada operação é um conjunto de ações)</li> <li>- Reconhecimento de cenários possíveis</li> <li>- Definição dos recursos necessários e dos produtos e resultados esperados em cada ação</li> </ul> <p>Momento estratégico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise de viabilidade (segundo as diversas dimensões do plano: política, econômica, cognitiva, organizativa etc.)</li> <li>- Elaboração de uma agenda estratégica</li> <li>- Discriminação dos recursos necessários</li> <li>- Identificação de quais atores controlam os recursos necessários e quais são as suas motivações perante o plano</li> <li>- Definição de operações estratégicas (operações necessárias e não viáveis)</li> </ul> <p>Momento tático-operacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição das ações a serem executadas com responsáveis e agenda, avaliação do plano, segundo variáveis como os descritores dos problemas, os nós críticos, o andamento das operações, entre outros</li> </ul>

(continua)

(continuação)

Etapas	Instrumentos	Atividades e conteúdos básicos
4ª Etapa	Plano Municipal de Saúde (PMS) – Versão Preliminar: hora de avaliá-lo antes de submetê-lo ao Conselho Municipal de Saúde	<p>Avaliação da governabilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante a construção das propostas da AF para o PMS é preciso realizar a governabilidade de cada uma delas, mas, também pode ser realizada após concluída a estruturação do Plano, sendo feita na totalidade das propostas</li> </ul>
5ª Etapa	Plano Municipal de Saúde (PMS) – Versão Final: hora de submetê-lo para avaliação do Conselho Municipal de Saúde	<p>Submeter ao CMS</p> <p>Deve ser validado pelo CMS para atender os quatro anos de gestão: do segundo ano da gestão que se inicia ao primeiro ano da gestão subsequente</p> <p>Na estrutura final do PMS submetida ao CMS deve constar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise situacional da saúde do município</li> <li>- Objetivos, diretrizes, metas e indicadores</li> <li>- Monitoramento e avaliação</li> </ul> <p>O Conselho Municipal de Saúde realizará a análise e emitirá o parecer conclusivo para aprovação do PMS no DigiSUS Gestor</p>
6ª Etapa	Programação Anual de Saúde (PAS) – realizada a cada ano: sua validade é de um ano, sempre o ano subsequente a sua apresentação.	<p>Apresentar para a PAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ações a serem realizadas</li> <li>- Recursos a serem mobilizados</li> <li>- Metas a serem alcançadas</li> </ul>

(continua)

(continuação)

Etapas	Instrumentos	Atividades e conteúdos básicos
7ª Etapa	LDO e LOA: serão elaboradas a cada ano, de acordo com a PAS estabelecida pela SMS	- Apoiar a Elaboração dos Projetos de Lei (PLDO e PLOA) com base na PAS e após aprovação pelo Legislativo
8ª Etapa	Relatório Anual de Gestão (RAG): período de um ano, tendo como objeto o ano anterior a sua apresentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultados atrelados à PAS</li> <li>- Objetivos, diretrizes, metas e indicadores</li> <li>- Metas previstas e executadas</li> <li>- Execução orçamentária</li> </ul>
9ª Etapa	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): conteúdo semelhante ao RAG, referente ao quadrimestre anterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultados da execução da PAS</li> <li>- Recursos aplicados no período</li> <li>- Auditorias realizadas ou em execução e suas recomendações</li> <li>- Oferta e produção de serviços da rede própria e conveniada/ contratada</li> </ul>

Fonte: Elaborado a partir do Manual do Gestor Municipal<sup>3</sup>.

## »» Papel da sociedade na governança da Saúde: do planejamento ascendente ao controle e fiscalização no SUS

O aspecto da participação da comunidade, desde o domicílio durante os atendimentos e visitas dos profissionais de saúde até as grandes mobilizações institucionais da sociedade como as conferências de saúde, passaram a ser alvo de análise e monitoramento nacional e internacional.

No âmbito nacional, o TCU aponta inclusive a importância dessas atividades para o monitoramento do órgão, especialmente quando entende que a Secretaria de Saúde precisa estabelecer minimamente as estratégias de priorização, como:

- I. Realização das Conferências de Saúde;
- II. Se as pactuações dos gestores nas CIR, CIB e CIT que impactam o planejamento estão sendo realizadas;
- III. Se as diretrizes do conselho de saúde para o Plano de Saúde, inclusive quanto à priorização, estão estabelecidas;
- IV. Se audiências públicas para obter sugestões para o Plano de Saúde são realizadas;
- V. Se os resultados das Conferências de Saúde, das pactuações entre os gestores nas CIR, CIB e CIT e nas audiências públicas e as diretrizes do conselho de saúde, são considerados no Plano de Saúde;
- VI. Se o Plano de Saúde está estabelecido de forma compatível com o Plano Plurianual e se o Plano de Saúde está devidamente elaborado e contém: análise situacional; definição de objetivos; definição de pelo menos um indicador para cada objetivo; definição de metas para cada indicador; processo de monitoramento e avaliação dos indicadores;
- VII. Se o Plano de Saúde é aprovado pelo conselho de saúde<sup>7</sup>.

É importante destacar que o TCU, assim como outros órgãos de controle, para além da Elaboração do Plano de Saúde, passou a reforçar a cobrança das gestões municipais sobre a utilização de uma política local de gestão de riscos articulada com o controle interno municipal.

### Saiba mais!

[10 passos para a boa gestão de riscos.](#)

[Referencial básico de gestão de riscos.](#)



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

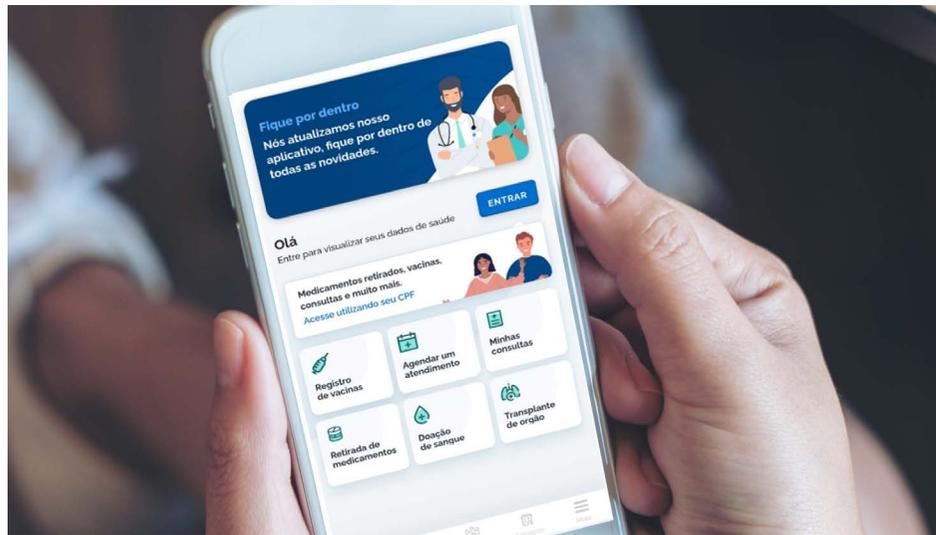


Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

## Ferramentas utilizadas no planejamento do SUS: do SARGSUS ao DigiSUS-Gestor

De acordo com as orientações do Conasems, os gestores municipais devem se atentar sobre a necessidade de não apenas produzirem os instrumentos, mas, também, de fazerem uso do DigiSUS Gestor – Módulo de Planejamento (DGMP), ferramenta que compõe a estratégia e-Saúde e que desde 2018 substituiu o antigo Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS)<sup>3,11</sup>.

O DigiSUS Gestor – Módulo de Planejamento (DGMP) é um sistema de informação desenvolvido a partir das normas de planejamento do SUS, devendo ser alimentado pelas gestões municipais e estaduais, segundo as informações produzidas nos instrumentos de gestão (PMS, PAS, RAG e RDQA) e as pactuações interfederativas (metas e indicadores pactuados nacionalmente na Comissão Intergestores Tripartite – CIT)<sup>3,11</sup>.



Fonte: Imagem – Shutterstock © e Conasems ©.

### Saiba mais!

[DigiSUS Gestor.](#)

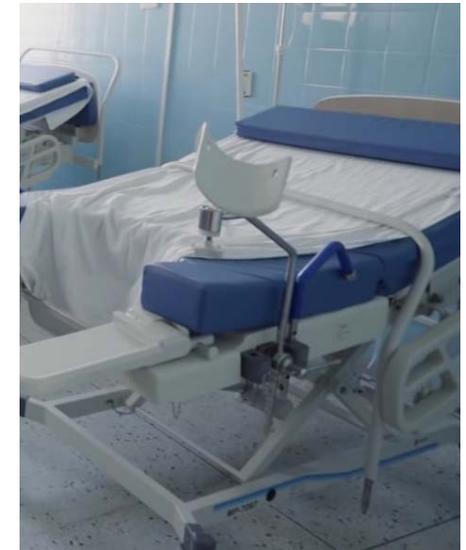
[Painel de Apoio à Gestão do CONASEMS.](#)



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Cada município acaba tendo um setor ou equipe de planejamento que conduz esse processo de organização das informações municipais da saúde de acordo com uma agenda local no começo de cada governo, então, nesse momento o principal ponto é entender como a Assistência Farmacêutica se insere nesse contexto de planejamento.

O primeiro passo é realizar um levantamento das necessidades da AF a partir das informações obtidas nos estabelecimentos de saúde e disponíveis no setor, preferencialmente com o apoio e uso das técnicas e ferramentas normalmente utilizadas pela área do planejamento na secretaria. Em seguida, deve-se articular tais necessidades em forma de metas e indicadores mensuráveis que possam ser alimentados, por exemplo, na plataforma DigiSUS Gestor ou em outra ferramenta local que possibilite o acompanhamento do que foi planejado (Figuras 12 e 13).



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/ Levante Filmes/Conasems ©.

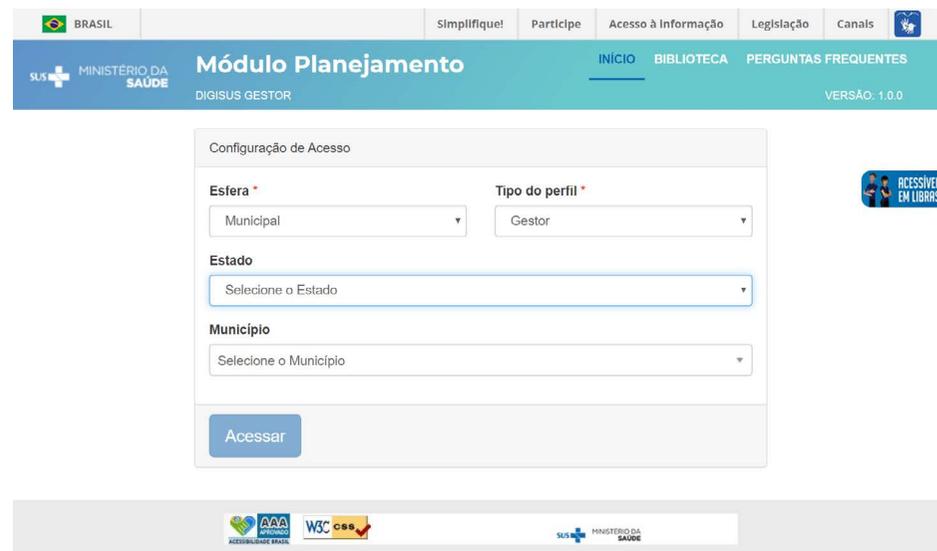
Uma vez consolidadas as informações da saúde municipal, a equipe de planejamento alimentará o Plano Municipal de Saúde com todas as metas e indicadores que serão priorizados, acompanhados e monitorados pelos quatro anos de vigência do plano. Lembrando que o PMS inicia sua construção no primeiro ano da gestão atual, mas só entrará em vigência no segundo ano da gestão, finalizando no primeiro ano do governo ou gestão subsequente.

**Figura 12.** Imagem do ambiente Planejar do DigiSUS Gestor e ferramentas disponibilizadas



Fonte: DigiSUS Gestor<sup>11</sup>.

**Figura 13.** Imagem do ambiente de acesso por esfera e perfil no Módulo Planejamento do DigiSUS Gestor



Fonte: DigiSUS Gestor<sup>11</sup>.

É importante que a gestão da Assistência Farmacêutica apresente as propostas da área previstas para o Plano Municipal de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde e mantenha uma agenda permanente de articulação com este órgão para esclarecer a execução das atividades propostas e realizar a devida prestação de contas dos recursos programados. O Conselho monitorará todas as metas e indicadores programados no módulo de planejamento do DigiSUS Gestor, então, é necessário entender esse processo e essas etapas no seu município e subsidiar a tomada de decisão do gestor sempre que demandado.

No DigiSUS Gestor é possível informar as metas anuais a serem perseguidas pela gestão, inclusive da Assistência Farmacêutica, que fazem parte da Programação Anual de Saúde (PAS) baseando-se no que foi previsto no Plano Municipal de Saúde para os quatro anos (Figuras 14 e 15).

À medida que a execução da PAS começa a acontecer é possível informar o alcance das metas da Assistência Farmacêutica naquele ano e esse resultado anual será consolidado e fará parte da prestação de contas da Secretaria de Saúde por meio do Relatório Anual de Gestão a ser submetido ao Conselho Municipal de Saúde para análise.

**Figura 14.** Imagem da Programação Anual de Saúde no módulo planejamento do DigiSUS Gestor



**Informações de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2018**

Status atual da Programação Anual de Saúde: Aprovado

**DIRETRIZ Nº 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção básica e da atenção especializada.**

**OBJETIVO Nº 1.1 - Garantia do acesso da atenção básica.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2018	Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
1.1.1	Manter em funcionamento as 08 Unidades Básicas de Saúde.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	-	2018	Número	99,00	99,00	Percentual
<b>Ação Nº 1 - Manter em funcionamento as 08 Unidades Básicas de Saúde.</b>								
1.1.2	Ampliar a cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF a todas as Unidades de Saúde da Família.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	-	-	-	100,00	100,00	Percentual
<b>Ação Nº 1 - Ampliar a cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família</b>								
1.1.3	Reformar, ampliar e adequar áreas das unidades já existentes propiciando maior bem estar para funcionários e pacientes.	Manter acesso e qualidade nos atendimentos e bem estar a população.	-	-	-	10	10	Número
<b>Ação Nº 1 - REFORMA</b>								
1.1.4	Garantia de insumos pela APS.	Garantir o atendimento de qualidade.	-	-	-	100,00	100,00	Percentual

Fonte: DigiSUS Gestor<sup>11</sup>.

**Figura 15.** Imagem da Programação Anual de Saúde no módulo planejamento do DigiSUS Gestor



**Pactuação Interfederativa 2019**

Status atual da Pactuação: Em apreciação pelo Conselho de Saúde

Nº	Tipo	Indicador	Meta	Unidade de Medida	Ficha de Indicador	Série Histórica
1	U	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	38	Número		
2	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Não se Aplica	Percentual		
3	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	91	Percentual		
4	U	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Triplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	100	Percentual		
5	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	80	Percentual		
6	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90	Percentual		

Fonte: DigiSUS Gestor<sup>11</sup>.

É necessário ter clareza da importância desses instrumentos de planejamento do SUS, em especial o PMS e a PAS, uma vez que eles dão subsídios não apenas para a gestão do SUS, mas, também, para a formulação e gestão do orçamento municipal. Nesse sentido, o cronograma e os prazos que regem tais instrumentos estão intimamente ligados ao cronograma dos instrumentos legais do orçamento municipal.

## Síntese da Aula

Nesta aula apresentamos a estrutura organizativa do planejamento do setor público no Brasil e como isso precisa ocorrer de forma ascendente no Sistema Único de Saúde, com a participação tanto da comunidade e da Unidade Básica de Saúde quanto da alta gestão do Sistema de Saúde, obedecendo os aspectos normativos da pactuação interfederativa na região, no estado e no âmbito federal à luz do ciclo do planejamento e do orçamento público, sempre com foco na melhoria da política de saúde destacando a importância da Assistência Farmacêutica nesse cenário de governança em saúde. A partir dos conteúdos abordados e com base nas leituras recomendadas esperamos apoiar os profissionais farmacêuticos atuantes nos municípios brasileiros nesse permanente processo de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde (CNS). Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 8 dez. 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_financas\\_publicas\\_conselheiros\\_conselheiras\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_financas_publicas_conselheiros_conselheiras_saude.pdf).
2. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. 1ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [acesso em 8 dez. 2019]. (Série Articulação Interfederativa, volume 4). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf).
3. CONASEMS-COSEMS-RJ-LAPPIS/IMS/UERJ, organizadores. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”. 2ª ed. revisada, ampliada. Rio de Janeiro: CEPESQ; 2019 [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacoes-ao-gestor/publicacoes/>.
4. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jun. 2011 [acesso em 8 dez. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm).

5. Brasil. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jan. 2012 [acesso em 8 dez. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm).
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, set. 2017 [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html).
7. Brasil, Tribunal de Contas da União (TCU). Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde; 2018. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/guia-de-governanca-e-gestao-em-saude.htm>.
8. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Documento político e técnico para diálogo com os candidatos nas eleições em 2018. [Internet] [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/07/livreto\\_presidenciaveis\\_tela\\_F02.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/07/livreto_presidenciaveis_tela_F02.pdf)
9. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Regionalização da Saúde. Posicionamentos e Orientações. Brasília: Conasems; 2019. [Internet] [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacoes-ao-gestor/publicacoes/>.
10. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, dez. 2016 [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm).
11. Brasil, Ministério da Saúde. DigiSUS Gestor. [Internet] [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: <http://digisus.saude.gov.br/gestor/#/planejamento>.

## Material Complementar

1. Brasil. Constituição Federal de 1988 [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
2. Brasil. Emenda Constitucional nº 29/2000 [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)
3. Brasil. Lei Complementar nº 101/2000 [acesso em 13 dez. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm)
4. Brasil. Lei Complementar nº 131/2009 [acesso em 15 dez. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp131.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm)
5. Brasil. Lei nº 12.466/2011 [acesso em 8 dez. 2019]. disponível em: Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm)
6. Brasil. Lei nº 4.320/1964 [acesso em 13 dez. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L4320.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm)
7. Brasil. Lei nº 8.080/1990 [acesso em 11 dez. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
8. Brasil. Lei nº 8.142/1990. [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)
9. Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. 1ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [acesso em 8 dez. 2019]. (Série Articulação Interfederativa, volume 4). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf)
10. Brasil, Ministério da Saúde. Portal DigiSUS Gestor. [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: <http://digisus.saude.gov.br/gestor/#/planejamento>
11. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, 28 de setembro de 2017. [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html)
12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Planejamento Regional Integrado. Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado. [acesso em 14 dez. 2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamentoregional-integrado/>
13. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Painel de Apoio à Gestão do CONASEMS. [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/painel-de-apoio-a-gestao-ferramenta-reune-informacoes-para-auxiliar-planejamento-do-gestor/>
14. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Regionalização da Saúde. Posicionamentos e Orientações. [acesso em 10 dez. 2019]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacoes-ao-gestor/publicacoes/>

## Autores

### Marco Aurélio Pereira

Graduação em Farmácia pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), especialização em Farmacologia e Mestrado em Saúde Pública área de atuação Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública “Sergio Arouca” pela Fiocruz. Atuou em farmácia, drogaria e em farmácia hospitalar. Foi professor da Universidade Santa Cecília e professor adjunto da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, nas disciplinas História da Farmácia; Introdução às ciências farmacêuticas; Saúde Pública; Deontologia e Legislação Farmacêutica. Foi Coordenador Geral de Gestão do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, onde coordenou o Programa Farmácia Popular do Brasil, de 2009 a 2016. Tem experiência na área de Farmácia, atuando principalmente nos temas saúde pública, assistência farmacêutica, uso racional de medicamentos, política nacional de assistência farmacêutica e Programa Farmácia Popular do Brasil.

### Suetônio Queiroz de Araújo

Doutorando e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, especialização em Gestão e Auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS), atuando há mais de 20 anos nas áreas da gestão pública e saúde pública com ênfase na assistência farmacêutica, gestão e planejamento, além de controle e gestão na saúde com foco nos gastos e compras públicas. Atua como consultor do Escritório das Nações Unidas para Serviços em Projetos (UNOPS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a Elaboração e supervisão de projetos de cooperação com organismos internacionais (Banco Mundial e OPAS) contemplando pesquisas de campo para o fortalecimento do sistema de saúde e na integração e organização das redes de atenção à saúde. Desenvolveu consultorias para consórcios públicos na saúde e projetos educacionais na modalidade à distância. No Brasil essas consultorias priorizaram o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mato Grosso, bem como assessoramento técnico na Assistência Farmacêutica para o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Ministério Público na área da Promotoria da Saúde, além de exercer cargos na gestão da Assistência Farmacêutica na Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas e em municípios.

# 8

Aula



## Planejamento da Assistência Farmacêutica municipal: métodos e aplicações

Autores: Marco Aurélio Pereira e Suetônio Queiroz de Araújo



## Ementa da aula



Esta aula aborda aspectos gerais sobre a Assistência Farmacêutica e os métodos de planejamento aplicados na Assistência Farmacêutica municipal.

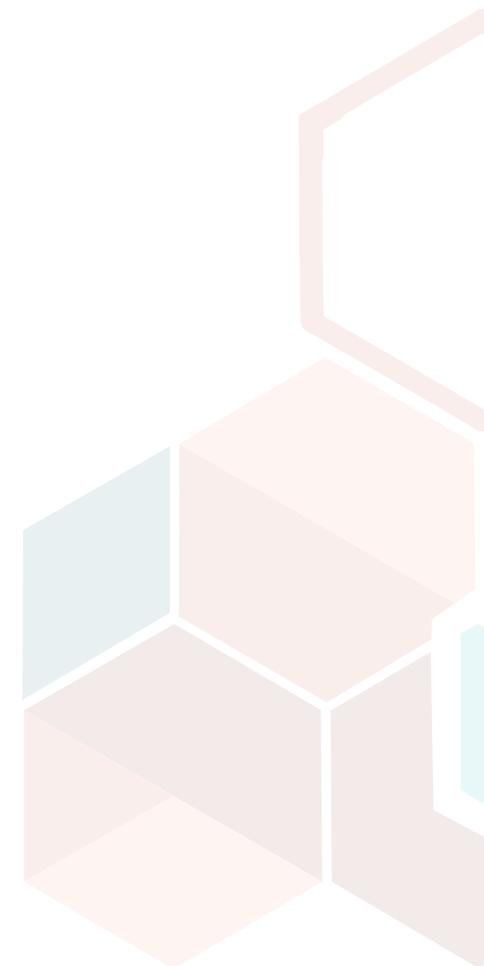
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

## Objetivo de aprendizagem



Compreender a importância do planejamento das atividades a serem desenvolvidas no âmbito da Assistência Farmacêutica municipal e regional; conhecer métodos de planejamento a serem aplicados na gestão da Assistência Farmacêutica municipal e regional.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



## Introdução

A garantia do acesso aos medicamentos é um direito da sociedade, previsto em lei, e que não pode ser pensado apenas pela perspectiva da aquisição e distribuição de insumos. Acesso, nesse contexto, tem uma dimensão que compreende todo o conjunto de ações envolvidas para que o medicamento esteja disponível na quantidade necessária, com a qualidade devida e que atenda às necessidades da população, sendo usado e prescrito sob a lógica do uso racional. Para isso, é necessário que o conjunto dos atores envolvidos com a Assistência Farmacêutica desenvolvam suas ações de maneira articulada e planejada, tendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde como norteadores dessas ações.

Dessa forma, o planejamento das ações a serem desenvolvidas deve ser resultado de uma construção coletiva, a partir da concepção de que o SUS deve ser estimulador e, ao mesmo tempo, respeitar o processo democrático de participação da comunidade e do conjunto de sujeitos que contribuem na efetivação das políticas de saúde.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

## Aspectos gerais sobre a Assistência Farmacêutica

Como foi abordado na *Aula 2*, no *Módulo 1\**, a partir das definições, conceitos e responsabilidades determinadas para cada uma das esferas de gestão, segundo a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, fica evidente que a efetivação da Assistência Farmacêutica como direito vai depender de uma gestão capaz de garantir a articulação de todas as etapas envolvidas em sua construção<sup>1,2,3</sup>.

Tendo como pressuposto que a Assistência Farmacêutica tem um caráter sistêmico, para que seja garantida a racionalidade, eficiência e qualidade dos serviços, é fundamental a construção de diretrizes e objetivos bem definidos, a partir de um planejamento bem elaborado<sup>3</sup>.

É fundamental, ainda, que a Assistência Farmacêutica seja entendida em todas as suas dimensões como apontamos na *Aula 5*, em que aspectos técnicos e políticos interferem no modelo de organização e gerência escolhido pela gestão municipal. A racionalidade da maioria das gestões municipais está focada nas questões orçamentárias e financeiras que podem e normalmente interferem nessa escolha de modelos centralizados, parcialmente descentralizados e descentralizados.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/ Levante Filmes/Conasems ©.

**\*Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas do *Módulo 2* de curso homônimo oferecido pelo *Projeto Atenção Básica*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no *vol. 1* desta mesma coleção, *Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS*.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Nesse sentido, a Assistência Farmacêutica precisa ser pensada, por exemplo, para além dos componentes de financiamento (básico, estratégico e especializado), uma vez que em muitos municípios essa área assume também o papel da gestão hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidades, seja com gerência direta pelo setor público, seja transferindo essa gerência a contratações terceirizadas por fundações, organizações sociais, consórcios e outras formas de contratualização das ações e serviços.

Logo, o nosso objetivo nesta aula é fazer com que você, profissional do Apoio Técnico, se localize nas agendas de planejamento do seu município, região e estado, para que possa planejar suas ações, metas e indicadores articulando-se às agendas do planejamento do SUS e pensando na Assistência Farmacêutica como um agente transversal a toda a Rede de Atenção à Saúde e fundamental para a qualificação da assistência à saúde.

A ideia aqui é que você consiga, a partir do conteúdo abordado, refletir sobre a realidade do seu município e o que pode ser aprimorado, desde a Unidade Básica de Saúde, passando pela logística, infraestrutura, sistema de informação, absorção de novas tecnologias, recursos humanos e financeiros, de forma a priorizá-los para alcançar sua imagem-objeto, ou seja, como a Assistência Farmacêutica precisa estar após os quatro anos da atual gestão.

## Importância do planejamento



Fonte: Imagem – Shutterstock ©.

**Para tratar desse tema, conceituaremos planejamento como:**

“ [...] instrumento gerencial que deve estar apoiado no conhecimento exato da nossa realidade, das nossas condições e das nossas dificuldades. Planejar significa, portanto, orientar a ação do presente para que possamos organizar e estruturar um conjunto de atividades, conforme critérios previamente estabelecidos, visando modificar uma dada realidade (p. 56)<sup>3</sup>. ”



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Planejar, portanto, deve ser compreendido como um processo sistematizado, dinâmico, contínuo, realista e participativo, que terá como produto um plano de ação, elaborado a partir da identificação de problemas, o que implica em um profundo conhecimento da situação que se deseja melhorar<sup>3,4</sup>.

Esse plano de ação, que apresentará os objetivos e metas, estratégias, definições de prazos e de responsáveis, deve refletir as discussões realizadas com os mais diversos atores envolvidos com o tema de forma a garantir que todos tenham convicção de que o estabelecido no plano contribuirá, de fato, para o alcance das metas planejadas<sup>5,6</sup>.

Para o contexto da abordagem desta aula, estratégia deve representar:

“ [...] o conjunto de diretrizes que contemplam a definição de uma situação presente ou marco inicial, de uma situação futura desejada e das ações necessárias para percorrer de forma segura o melhor caminho e alcançar os objetivos pretendidos. (p. 41)<sup>6</sup> ”

Vale destacar que planejamento em saúde se origina a partir da necessidade de melhor utilização de recursos na década de 1960, em virtude da necessidade de qualificação da gestão das políticas sociais. Um dos primeiros instrumentos de planejamento em saúde aplicado no continente americano foi o método Cendes/OPAS<sup>5</sup>.

Elaborado na década de 1920, a partir da concepção de que o planejamento é uma ferramenta de Estado que contribui para a promoção do desenvolvimento social e econômico, tem foco no gerenciamento da escassez de recursos e busca desenvolver ações com maior efetividade. Foi muito difundido no Brasil e se estruturava com base no cruzamento de informações sobre os recursos utilizados, custos por absorção e agravos evitados, cujo resultado era utilizado para orientar as decisões sobre a alocação de recursos ou análise de desempenho de sistemas e programas<sup>7</sup>.

Essa estratégia passou a perder relevância por uma série de fatores, como a dificuldade de obtenção de informações adequadas. Em seu lugar, outras estratégias passaram a ser utilizadas em nosso país, dentre as quais o planejamento estratégico situacional<sup>7</sup>, que será abordado de forma mais detalhada na seção *Planejamento Estratégico* desta aula.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

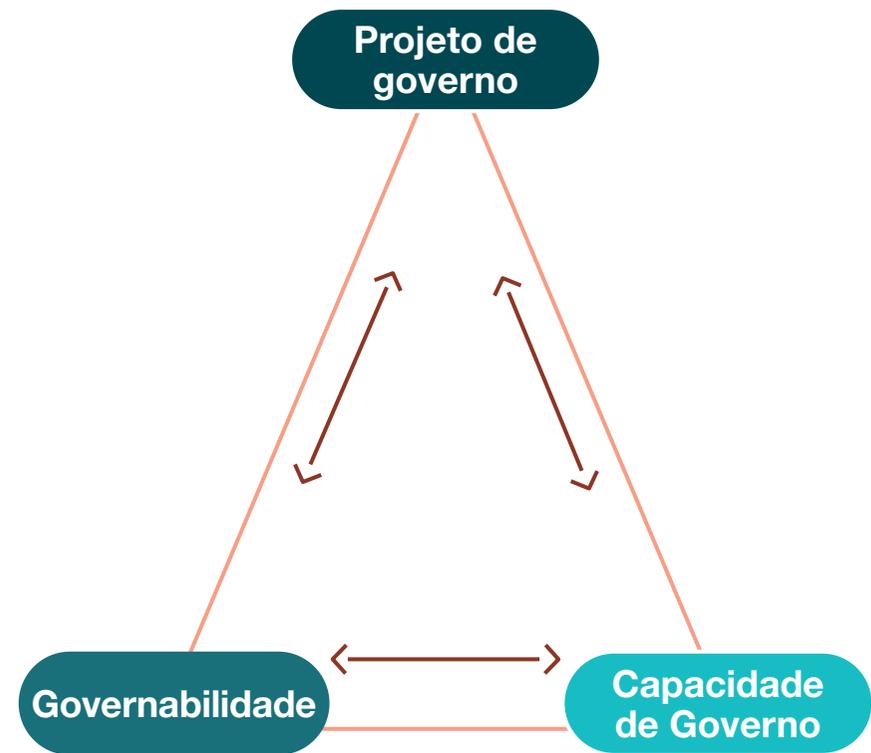


Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A definição de uma estratégia tem como objetivo a definição de um referencial institucional, envolvendo a missão e os valores de uma organização, seus objetivos e metas, além da forma como os recursos serão utilizados e os processos para sua execução. Para a Elaboração de uma estratégia é preciso definir um plano estratégico e seus desdobramentos, como se dará a execução dessa estratégia, envolvendo o acompanhamento e os realinhamentos necessários para que seus resultados sejam alcançados<sup>6</sup>.

Com base no que foi exposto até o momento, fica evidente que planejar é um ato indispensável e como estamos tratando do planejamento na esfera pública, vale considerar as ideias defendidas por Carlos Matus, que nos ajudam a compreender a gerência como um ato de governar, especialmente a que ficou conhecida como “triângulo de governo”<sup>5</sup>, ilustrada na Figura 16 a seguir.

Figura 16. Triângulo de governo



Fonte: Elaboração própria.

01.

**Projeto de governo:** trata dos conteúdos de atividades que se pretende realizar para alcançar os objetivos planejados, traduzindo-se como a necessidade de ter uma direção, projetos e leis que orientem as decisões<sup>3,5</sup>.

02.

**Capacidade de governo:** refere-se a quão necessário é manter e mobilizar recursos operacionais, técnicos e humanos para se alcançar o que está projetado. Está relacionada com o conjunto de habilidades, experiências, metodologias e técnicas que contribuem para a garantia de uma boa governabilidade<sup>3,5</sup>.

03.

**Governabilidade:** expressa a relação entre as variáveis controladas e as não controladas pelo ator no processo de governo. Essas variáveis são ponderadas pelo valor ou peso que representam nas ações do ator. A governabilidade do sistema refere-se, então, à possibilidade de ação ao controle de seus efeitos. Quanto maior o número de variáveis decisivas controladas pelo ator, maior será a sua governabilidade, ou seja, maior será a sua liberdade de ação e o seu potencial resolutivo no enfrentamento de obstáculos [...] (p. 61)<sup>3</sup>

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Destaca-se que o planejamento é parte de um conjunto de ações que, de maneira sequencial e contínua, são utilizadas no ato de administrar, denominado ciclo administrativo PDCA, que hoje é uma das ferramentas mais conhecidas para dar suporte à gestão<sup>5,6</sup>.

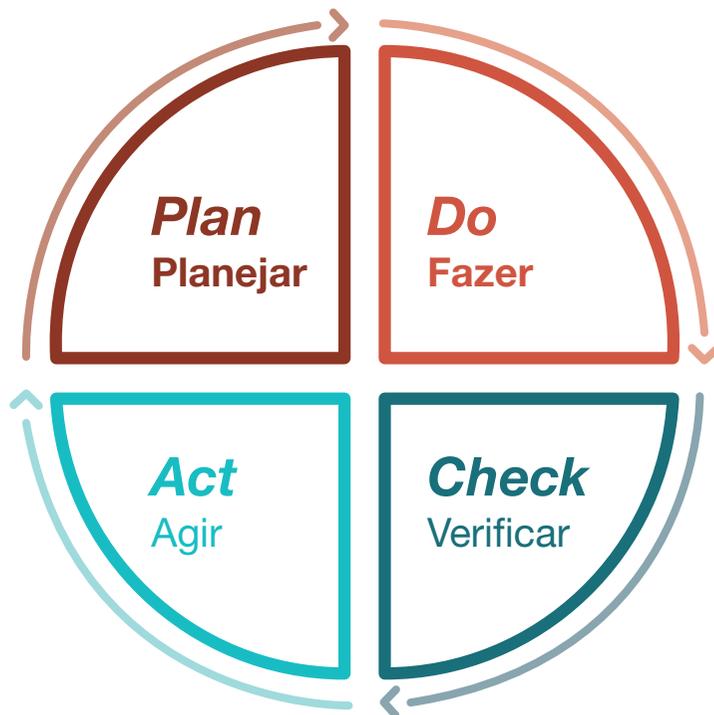


Fonte: Teaser – XXXV Congresso Conasems ©.

## »» Ciclo PDCA

O ciclo PDCA (Figura 17), cuja sigla vem dos verbos, em inglês, **plan – do – check – act**, que significam **planejar – fazer – verificar – agir**, objetiva a estruturação de ações de uma organização, com vistas a potencializar o alcance de resultados a partir da definição de planos bem elaborados, de uma correta execução, além do devido acompanhamento dos indicadores definidos no plano e o aprimoramento permanente das ações<sup>5,6</sup>.

Figura 17. Ciclo PDCA



Fonte: Elaboração própria.

A seguir, discorreremos sobre cada uma das etapas do ciclo PDCA:

### **Plan (planejar):**

Nesse estágio, que se reflete enquanto uma ação estratégica, considera-se a avaliação dos procedimentos atualmente utilizados e a forma como podem ser melhorados. Aqui se estabelece qual a missão da organização, seus objetivos, metas, procedimentos e metodologias necessárias para que os resultados previamente definidos sejam alcançados<sup>5,7</sup>.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Ainda nessa etapa, é importante que a gestão da Assistência Farmacêutica se envolva, de fato, com a construção do planejamento da secretaria, para garantir que as ações, metas e indicadores sejam contemplados.

### **Do (fazer):**

Esse é o momento em que as ações planejadas são executadas, ou seja, quando o plano entra em ação.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Uma vez que as metas da Assistência Farmacêutica são garantidas no Plano Municipal de Saúde, essa é a etapa de executar o que foi planejado por meio da programação anual de saúde com o orçamento aprovado na Lei Orçamentária Anual.

### Check (verificar):

Nessa etapa, em que estão presentes os processos de monitoramento e avaliação, busca-se observar, com base nos resultados acumulados até então, se o plano está sendo executado conforme planejado.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Essa verificação, ou monitoramento, do que será feito precisará ser descrita no Relatório Anual de Gestão e nos Relatórios Quadrimestrais.

### Act (agir):

É nesse momento que se busca corrigir o que foi identificado como problema ou falha na etapa anterior, de monitoramento e avaliação, e que compromete o alcance dos resultados. O objetivo dessa etapa é aprimorar a execução do plano, na busca por maior qualidade, eficiência e eficácia<sup>5</sup>.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Nesse momento, é importante que a avaliação seja feita em conjunto com o controle social.

Para melhor compreensão, vamos adotar os conceitos para eficiência e eficácia, conforme dispõe o Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU)<sup>8</sup>.

De acordo com o referido manual:

“a **eficiência** é definida como a relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para produzi-los, em um determinado período de tempo, mantidos os padrões de qualidade. Essa dimensão refere-se ao esforço do processo de transformação de insumos em produtos. [...] (p. 12)<sup>8</sup>.”



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Podemos citar como exemplo o processo de aquisição de medicamentos no município: de nada valerá uma correta seleção de medicamentos se não houver a mesma excelência para a aquisição dos produtos. Nesse caso, é preciso ressaltar que a aquisição é um procedimento com dimensões técni-

cas, administrativas, legais e econômicas. Se não houver o entendimento de que essas características se complementam, podemos ter comprometido o padrão eficiência dessa ação, pelo fato de, por exemplo, este se tornar um procedimento meramente burocrático. Ou, ainda, ter os medicamentos disponíveis, porém adquiridos por um valor que poderia ser menor<sup>3</sup>.

E **eficácia** diz respeito:

“[...] à capacidade da gestão de cumprir objetivos imediatos, traduzidos em metas de produção ou de atendimento, ou seja, a capacidade de prover bens ou serviços de acordo com o estabelecido no planejamento das ações (p. 12)<sup>8</sup>.”



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Eficiência, portanto, está relacionada com a melhor relação possível entre o impacto ou benefício de determinada ação e o custo para o seu alcance, buscando fazer mais com menos recursos. Já eficácia está relacionada em realizar, da melhor forma, as ações que foram planejadas, alcançando o melhor resultado, em uma situação ideal, em relação aos objetivos concebidos<sup>3,5</sup>.

Portanto, se as etapas anteriores forem bem executadas, a gestão poderá ter como resultado um maior alcance das metas planejadas, demonstrando eficácia nos serviços prestados na Assistência Farmacêutica.

Vale destacar o que foi abordado na *Aula 5*, sobre gestão do SUS e da Assistência Farmacêutica Municipal, quanto aos conceitos de gestão e governança e a relação com o planejamento.

Como vimos anteriormente, o planejamento é uma das ferramentas fundamentais de suporte à gestão, lembrando que gestão é um instrumento adotado pela instituição para se alcançar resultados previamente definidos, utilizando-se de recursos materiais, de pessoal, processos e práticas para isso<sup>8</sup>.

Já a governança trata de todas as medidas que auxiliam na avaliação de condições e opções, determinando a “direção, o monitoramento, a conformidade o desempenho e o progresso, alinhando, desta forma, planos e objetivos [...]”. (p. 247)<sup>8</sup>.

A governança, por meio de permanente avaliação, direcionamento e monitoramento, não se responsabiliza pelas tarefas a serem executadas. Cabe a ela, a partir da definição de estratégias para a gestão, esta, sim, responsável pela execução das tarefas, a avaliação da existência de mecanismos de controle das tarefas executivas, de forma a monitorá-las e adotar as devidas medidas corretivas, se necessário<sup>8,9</sup>.

### Saiba mais!

Para saber mais sobre o ciclo PDCA, acesse:

[Ferramentas para Gestão de Processos – ENAP](#) ➔

[Gestão da Assistência Farmacêutica \(MS/UFSC\)](#) ➔

[Manual de Planejamento no SUS \(Ministério da Saúde\)](#) ➔



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

## Tipo de planejamento



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Antes de se decidir sobre o tipo de planejamento a ser aplicado, é relevante que sejam feitas algumas considerações previamente. A primeira é saber se todos os envolvidos no processo de construção do planejamento, desde a sua elaboração até a sua execução, compreendem a sua importância.

É possível que a equipe de trabalho possa ter a compreensão da importância do seu papel, tanto individual quanto coletivo, bem como da própria instituição, na garantia da efetivação das políticas de saúde. Ocorre, que em muitos momentos, os atores envolvidos com a execução de tarefas técnico-gerenciais não são envolvidos com o planejamento, ficando assim mais distante o envolvimento de parte da equipe, no entendimento do porquê da execução de determinadas atividades.



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Por isso é relevante que se tenha a certeza de que a elaboração de um planejamento conta, previamente, com a compreensão das partes interessadas, de que cada membro da equipe é importante e necessário. Nesse caso, é fundamental que o gestor desperte o interesse e envolva a equipe em um processo de pactuação sobre a real importância de se mudar uma situação detectada. Dessa forma, o gestor conseguirá contar com amplo envolvimento, permitindo que os integrantes da equipe se sintam parte do processo, e não meros espectadores ou executores de ações, para as quais não foram chamados a participar<sup>5</sup>.

O gestor não pode alimentar a divisão, como existe em algumas organizações, onde determinadas pessoas estão focadas em pensar ou elaborar ações para que outras simplesmente às executem. O não envolvimento de todas as partes interessadas, seja da alta direção que deve “patrocinar” o que será planejado, seja da equipe que executará as tarefas resultantes do planejamento, além da desmotivação generalizada, pode também impedir que os objetivos sejam alcançados<sup>5,6</sup>.

É preciso lembrar que aquele que ocupa ou ocupará o papel de gestor, em boa parte dos casos, lidará no seu cotidiano com um grupo desmotivado, ou por condições de trabalho precarizadas, ou por estruturas desarticuladas e debilitadas, ou ainda pela falta de valorização de sua atividade. E esses aspectos não podem ser subjugados, já que impactam diretamente no alcance dos objetivos.

Por isso, o gestor precisa exercer suas atividades, para além do que está determinado como princípios para a gestão pública, conforme destacado na *Aula 5*. É preciso desenvolver um conjunto de habilidades que permitam que se aja com liderança, tido como a “capacidade de comandar uma equipe de pessoas no alcance de metas desafiadoras, de modo sustentável, e influenciar positivamente o comportamento de todos os profissionais pertencentes ao grupo” (p. 57)<sup>6</sup>.

### Saiba mais!

Sobre liderança e trabalho de equipe, recomendamos a leitura do livro *Gestão da Assistência Farmacêutica*<sup>5</sup>.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Ressalta-se o que o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) destacam que:

“o planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho (p. 24)<sup>7</sup>.”

O próximo passo, ainda antes de se optar por um tipo de planejamento, é a definição do contexto do ambiente no qual está inserida a organização. Para isso, algumas ferramentas podem ser utilizadas para a compreensão do seu ambiente de atuação, e uma delas é a análise SWOT<sup>6</sup>.

A análise da situação de saúde foi abordada na Aula 5. Sugerimos que esse conteúdo seja revisitado.

## »» Análise SWOT

A técnica SWOT, cuja sigla deriva do inglês *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças), permite conhecer a realidade da instituição, identificando seus talentos, necessidade de aprimoramentos, pontos fortes e fracos, relacionados aos seus ambientes interno e externo, dando condições à organização de aperfeiçoar seus processos de trabalho, políticas e estruturas<sup>6</sup>.

Figura 18. Análise SWOT



Fonte: Elaboração própria.

O ambiente interno da instituição ou dentro do estabelecimento de saúde, dentro de um setor, por exemplo a AF na secretaria, dentro da farmácia na UBS ou na CAF etc.), que se compõe de pontos fortes e fracos da instituição, sobre os quais se tem mais governabilidade, é expresso da seguinte forma<sup>6</sup>:



**Forças:** representam as características positivas da organização, como habilidades, capacidades e competências.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.



**Fraquezas:** são as características negativas da instituição, como a falta de habilidade e de capacidades. Apontam as deficiências e desarticulações da organização, entre outros aspectos que podem impedir que determinados objetivos sejam alcançados.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Já o ambiente externo representa aspectos positivos e negativos que podem interferir no alcance de objetivos da instituição, sobre os quais se tem pouca influência ou governabilidade. Aqui se observam as oportunidades e ameaças que podem afetar a instituição, que podem ser explicitadas da seguinte forma<sup>6</sup>:



**Oportunidades:** são aspectos positivos sobre os quais a organização precisa estar atenta, pois podem contribuir com o seu crescimento e/ou contribuir favoravelmente para que os objetivos sejam alcançados.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.



**Ameaças:** são os aspectos desfavoráveis que dificultam, impedem ou retardem a organização de atingir seus objetivos ou metas. É importante identificá-las, pois, mesmo com baixa governabilidade sobre elas, podem ser evitadas ou abrandadas.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Uma vez identificados esses aspectos na Assistência Farmacêutica ou nas áreas ou setores a ela relacionados, se faz necessário consolidá-los e debatê-los com a equipe para identificar aqueles que serão atacados prioritariamente nos quatro anos do Plano de Saúde e ano a ano na Programação Anual de Saúde.

## »» Planejamento Estratégico

Podemos destacar duas concepções de planejamento: o planejamento tradicional, ou normativo, e o planejamento estratégico. O planejamento tradicional é composto por algumas etapas, como diagnóstico, prognóstico, fixação de objetivos e metas, seleção, formulação do plano, programação dos recursos financeiros, humanos e físicos, execução e avaliação/controle<sup>3</sup>.

Já o planejamento estratégico:

“*é um método de raciocínio capaz de verificar a coerência das proposições possíveis em relação ao objetivo perseguido. Esse método busca definir um conjunto de operações que devem ser utilizadas com a finalidade de mudar a realidade (p. 57)*”<sup>3</sup>



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Observe no Quadro 9 abaixo algumas diferenças entre o planejamento normativo e o planejamento estratégico.

**Quadro 9.** Diferenças entre o planejamento tradicional ou normativo e o planejamento estratégico

Planejamento Tradicional/ Normativo	Planejamento estratégico
Unidimensional – feito considerando-se, em geral, apenas os recursos econômicos	Multidimensional – considera aspectos econômicos, políticos, sociais, cognitivos etc.
Determinístico – há uma única explicação verdadeira	Genários alternativos – trabalha com a incerteza e um conjunto complexo de variáveis em jogo, admitindo diferentes possibilidades de cenários
Sem contexto – abstrato, sem se situar na realidade	Contextualizado – trabalha com o contexto explícito, parcialmente explicável
Desconsidera os atores sociais – não existe o “outro”	Considera a existência de outros atores sociais – eles também fazem parte do jogo
Proposta de ação para o político, com anúncios de resultados previstos	Trabalha com vários planos de ação segundo as circunstâncias

Fonte: Adaptado de Marin et al. (p. 58)<sup>3</sup>.



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

O **planejamento estratégico** é utilizado para formular a estratégia organizacional a longo prazo, tendo como objetivo superar problemas relacionados com a formulação dos planos, nesse caso, de saúde. É uma forma de cálculo que antecede a ação devendo, portanto, ser permanente, de forma a não inviabilizar o plano e permitindo que se alcance os objetivos determinados. Esse modelo buscará responder perguntas como **“por quê?”** e **“quando?”**<sup>3,5,6</sup>.

O que diferencia o plano estratégico do plano tático é que este atua a médio prazo e trabalha com áreas específicas da instituição, como um departamento (no nosso caso, a AF), buscando responder perguntas como “onde?” e “como?”. Já a diferença para o plano operacional é que este opera com curto prazo e está relacionado com a utilização de instrumentos a serem aplicados para o alcance de resultados esperados em setores ou tarefas específicas, buscando responder à pergunta **“o quê?”**<sup>6</sup>.

É possível identificar três linhas de pensamento sobre o planejamento estratégico. O primeiro é o de Mario Testa, que considerava o planejamento como prática histórica, o Postulado de Coerência – interpretando os problemas de saúde como problemas sociais – e a Proposta de Diagnóstico. A segunda vertente é de Carlos Matus, que formulou o Planejamento Estratégico Situacional. E a terceira é a Proposta de Medellín, organizada a partir de discussões promovidas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e na Faculdade de Saúde Pública de Medellín, apresentada em documento elaborado por Juan José Barrenechea e Emiro Trujillo Uribe<sup>3,11</sup>.



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

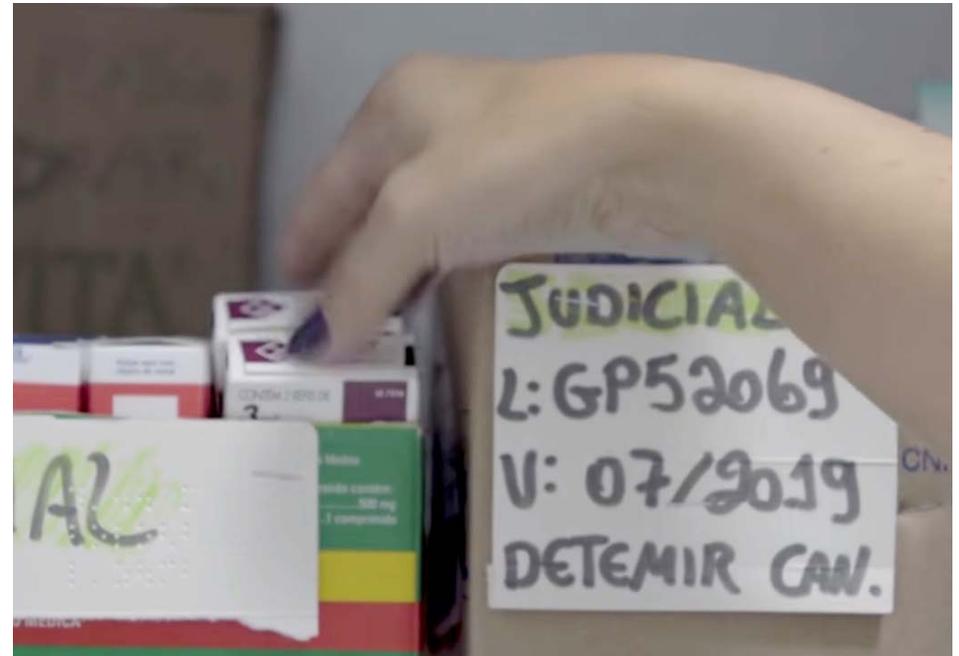
## — Planejamento Estratégico Situacional (PES)

A literatura aponta uma grande diversidade de modelos de planejamento, dos quais os mais utilizados são o *Balanced Scorecard* (BSC), Prima de Desempenho, Hoshin Kanri ou Gerenciamento Pelas Diretrizes (GPD) e o **Planejamento Estratégico Situacional (PES)**. Por isso, não existe um modelo único, certo ou errado, para se fazer o planejamento. É preciso buscar o método que melhor se aplica a sua realidade e que seja de fácil operacionalização<sup>6,10</sup>.

Para nossa aula, vamos abordar o PES, que acaba sendo o método mais comum no setor da saúde, detalhando sobre as etapas que o compõem e alguns aspectos para sua instrumentalização. Para uma melhor compreensão, quando se fala que um **planejamento é situacional** significa que é preciso ter bem definido o objeto que se pretende planejar e o contexto existente. Trata-se de um método em que **a ação, o sujeito e a situação atuam centrados em problemas identificados** e nas operações que serão realizadas para a solução desses problemas<sup>3,5</sup>.



Fonte: Shutterstock ©.



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

No PES, quem o planeja está dentro do objeto a ser planejado, participando tanto do problema quanto da solução a ser aplicada, tendo a compreensão de que este atua reconhecendo os sujeitos que estão presentes na realidade que se quer planejar, propondo-se a ser participativa. Além disso, atua para além da perspectiva econômica e tem como base a dimensão política do planejamento<sup>3,12</sup>.

O PES conta com quatro momentos que devem ser organizados com a equipe da SMS e da Assistência Farmacêutica para que seja possível planejar o objetivos, metas e indicadores que irão compor o capítulo da Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde, são eles: **o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional**.

Na seção a seguir descreveremos cada um desses momentos.

## — Momento explicativo

Essa é a etapa em que se analisam a realidade atual e a distância entre o presente e o futuro desejado. Nesse momento ocorre a identificação de “problemas”, a partir da visão e da participação dos diversos atores envolvidos no contexto. Problema, nesse caso, representa todas as insatisfações ou situações impeditivas para se alcançar um propósito<sup>3,5</sup>.

Conforme já destacado na *Aula 5*, esse momento de análise da situação atual deve ser permanente, já que a realidade se atualiza constantemente, por isso os momentos não podem ser colocados em ordem linear.

Nessa etapa deve ser realizada a identificação dos problemas, a seleção daqueles considerados prioritários e a elaboração de uma agenda estratégica. Além disso, os problemas devem ser descritos e deve ser elaborado um mapeamento com base na causalidade dos problemas, para identificação dos nós críticos<sup>12</sup>.



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A identificação do problema, portanto, **deve ser um processo coletivo**, e deve(m) ser definido(s) de forma minuciosa, pois o que para alguns atores pode ser um problema, para outros pode representar uma oportunidade. Da mesma forma, o que pode ser um grande problema para alguns, para outros não necessariamente representam algo tão grave<sup>5</sup>.

Os problemas, simples ou complexos, podem ser classificados quanto a natureza, posição na organização, governabilidade e complexidade<sup>5</sup>.

### Saiba mais!

Sobre cada uma das características, recomendamos a leitura do livro *Gestão da Assistência Farmacêutica*<sup>5</sup>.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Um passo importante está na definição de problemas, considerado essencial para se encontrar uma correta solução. A definição deve conter, ao menos, as seguintes informações: tamanho do problema, número de pessoas atingidas, localização e dimensão temporal<sup>5</sup>.

Da mesma forma, é preciso **priorizar os problemas** por meio da atribuição de valores para cada um. Esse é o momento em que os atores decidem sobre quais problemas da Assistência Farmacêutica deverão ser priorizados, já que não é possível resolver todos ao mesmo tempo, além disso, eles possuem interfaces entre si. Os critérios que devem ser considerados nessa priorização são: **magnitude** (número de pessoas atingidas e a frequência com que ocorrem); **transcendência** (grau de interesse das pessoas em solucionar esses problemas); **vulnerabilidade** (grau de fragilidade mediante as intervenções possíveis, com a tecnologia disponibilizada); **urgência** (prazo necessário para a intervenção, mediante a gravidade das consequências do problema); **factibilidade** (disponibilidade de recursos materiais, humanos, físicos, entre outros, para a solução do problema)<sup>3,5</sup>.

**Saiba mais!**

Sobre parâmetros de priorização de problemas, recomendamos a leitura do livro *Gestão da Assistência Farmacêutica* (p. 127-132)<sup>5</sup>.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

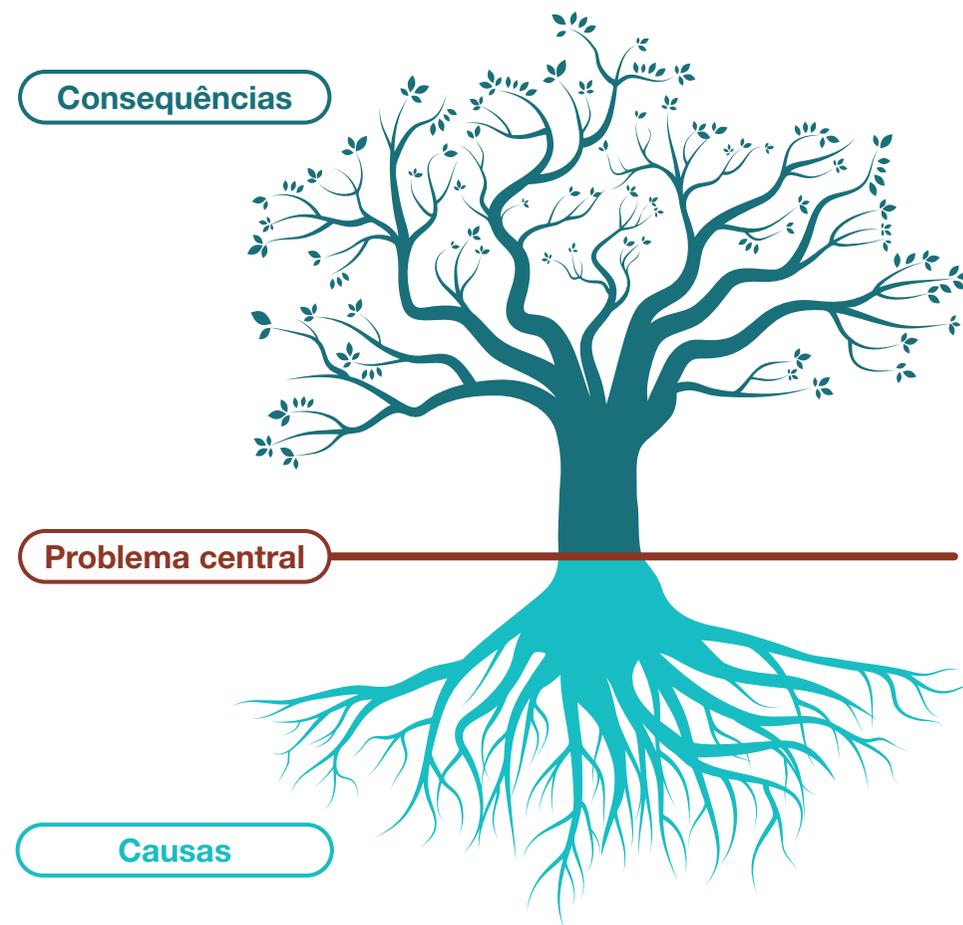
Nessa etapa também é importante a descrição e explicação do problema (da Assistência Farmacêutica ou que tenha impacto sobre ela), a partir de descritores, com informações quantitativas e qualitativas de um problema, com as respectivas causas e consequências. Os descritores de um problema estão relacionados com as situações mais visíveis de um problema e constituem uma referência para o monitoramento da evolução desse problema<sup>3,5</sup>.

Ainda para essa etapa, uma ferramenta comumente utilizada é a chamada a **árvore explicativa do problema**, ilustrada na figura a seguir.



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Figura 19. Esquema da árvore explicativa



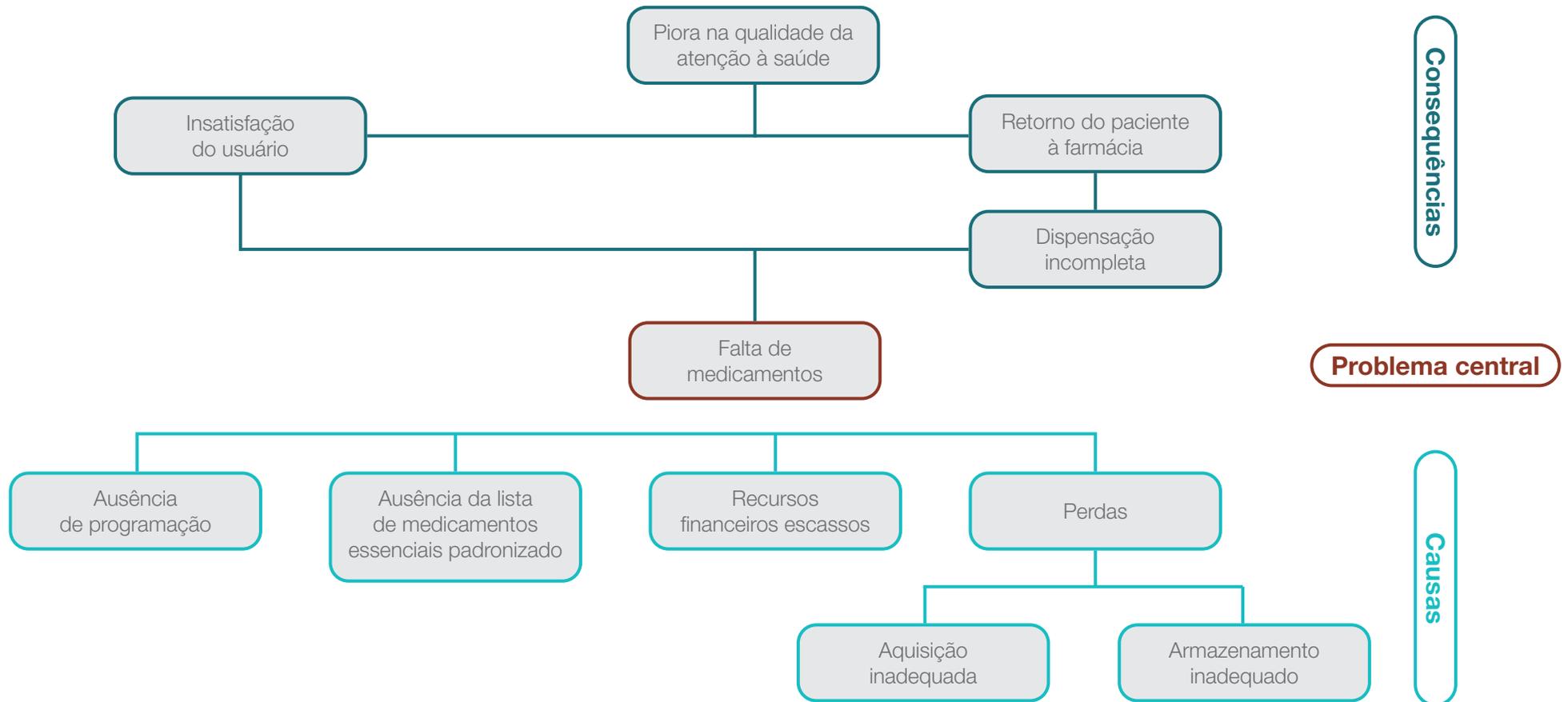
Fonte: Elaboração própria.

A comparação com a árvore se dá pois entendemos o problema central como o tronco da árvore, as causas, ou seja, a identificação dos fatores que levaram ao problema, seriam a raiz, já os galhos seriam as consequências do nosso problema central.

O **objetivo da construção da árvore explicativa** é que fique estabelecida a relação do problema com as suas causas, e destas com as suas próprias causas. Além disso, é preciso que ela seja Elaborada da forma mais detalhada possível, ramificando ao máximo as causas e consequências, e buscando a relação entre elas. Dessa forma ficará estabelecido um fluxo de causalidade, permitindo assim a identificação de nós críticos<sup>3,5</sup>.

Para melhor compreensão, vamos usar como exemplo uma árvore explicativa cujo problema central é a falta de medicamentos, apresentado por Marin et al., no livro *Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais*<sup>3</sup>.

**Figura 20.** Árvore explicativa do problema: falta de medicamentos



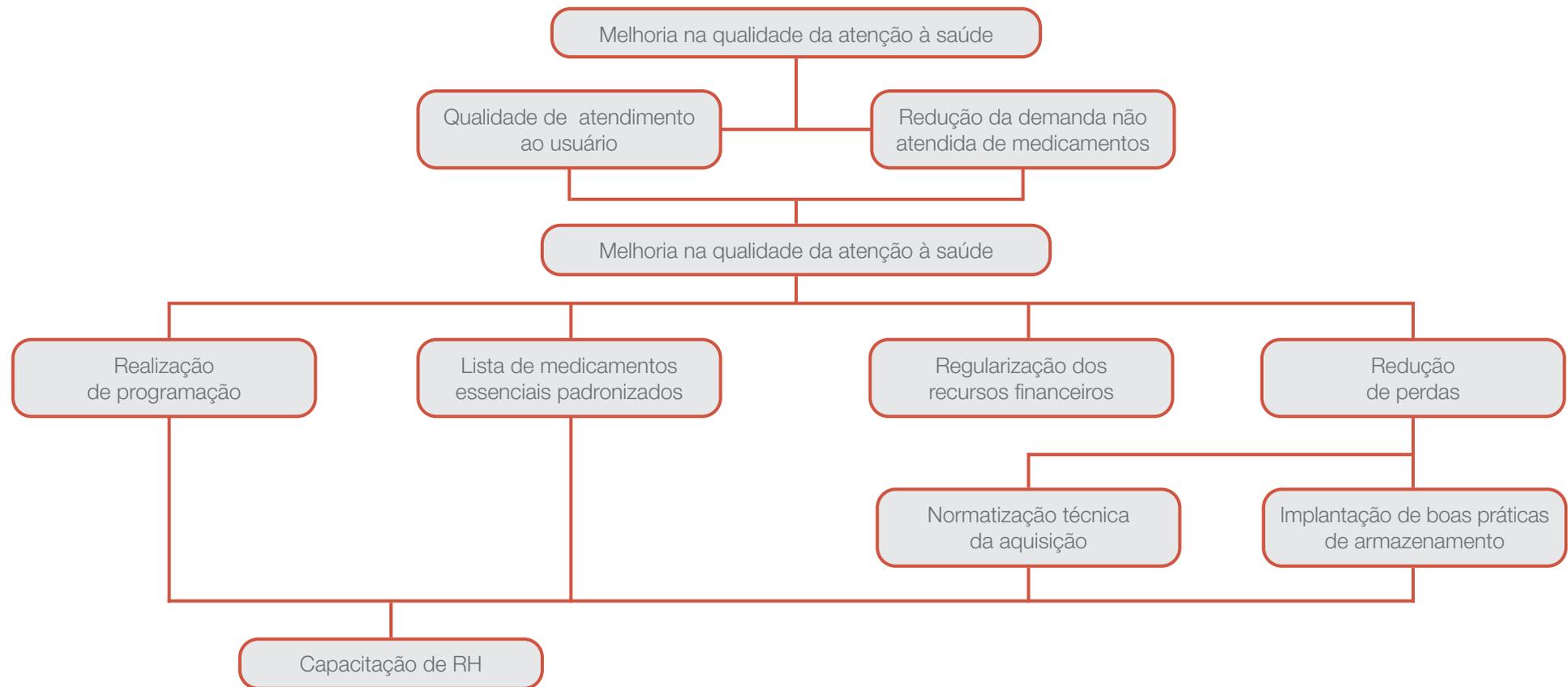
Fonte: Adaptada de Marin et al. (p. 64)<sup>3</sup>.

Nesse caso, os descritores propostos seriam: “diminuição na resolutividade das ações em saúde; grande percentual de demanda não atendida na farmácia; reclamações do usuário em relação à falta de medicamento” (p. 64)<sup>3</sup>.

Após a Elaboração da árvore explicativa, os sujeitos devem desenvolver a **árvore dos objetivos**, na qual serão elencadas as situações imaginadas e desejadas, como resultado da mudança que será produzida pelo planejamento. Ao final, ao se comparar as duas árvores, será possível identificar as causas que possuem impactos significativos na derivação de um problema, os denominados **nós críticos**.

Vamos novamente demonstrar por meio do exemplo apresentado por Marin et al.:

**Figura 21.** Árvore dos objetivos



Fonte: Adaptada de Marin et al. (p. 64)<sup>3</sup>.

## — Momento normativo

Nesse momento são desenhados os planos, definidas as operações e ações que devem refletir a situação ideal a partir do momento explicativo. Aqui se busca detalhar as ações e a operação, relacionadas a um objetivo específico e a serem executadas durante a vigência do plano, buscando sanar os nós críticos que foram identificados na etapa anterior<sup>3,5</sup>.

O resultado dessa etapa será demonstrado por meio de uma planilha operacional ou matriz operacional, definindo quais as operações e ações deverão ser operacionalizadas para o alcance dos objetivos específicos<sup>5</sup>.

### Quadro 10. Exemplo de matriz operacional

**Problema ou nó crítico:** falta de capacidade de Recursos Humanos

**Gerente:**

**Produto:** profissionais capacitados na implementação da Assistência Farmacêutica

**Resultado esperado:** melhoria no acesso da população aos medicamentos essenciais

**Operação:** Capacitação de profissional de nível superior

Ações	Prazo	Responsável	Grupos de Apoios	Recursos	Análises de eficiência e eficácia
Cursos Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição	90 dias	Flávia	Universidade MS	Materiais Financeiros Cognitivos	Número profissionais treinados Mudanças de prática de trabalho
Palestras Lei de Licitações e Aquisição de Medicamentos	30 dias	Paulo	Universidade	Materiais Cognitivos	Redução de erros nos processos de aquisição
Sistema de Informação de Medicamentos	180 dias	Vera	CFF	Materiais Cognitivos	Melhoria da qualidade das informações

Fonte: Adaptado de Marin et al. (p. 65)<sup>3</sup>.

## — Momento estratégico



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Nessa etapa, após definidas as operações e as ações que serão executadas para se atingir um objetivo específico, é possível verificar o que de fato pode ser feito e o que é preciso para viabilizar o plano. Assim, a partir de um olhar estratégico, é necessário avaliar a viabilidade do plano, bem como sua factibilidade<sup>3,5</sup>.

Viabilidade, nesse caso:

“*é a possibilidade política de se realizar um projeto. Essa possibilidade vai depender do grau de apoio, de rejeição ou de indiferença que outros atores ou grupos sociais, importantes no enfrentamento do problema, venham a se manifestar (p. 87)<sup>5</sup>.*”

E factibilidade “significa a existência de recursos financeiros, tecnológicos e de gerenciamento para a realização do projeto” (p. 87)<sup>5</sup>.

Outros elementos também podem ser considerados, tais como os cenários e os atores. Os cenários ajudam a identificar aspectos que estão para além da capacidade de ação, os quais devem ser identificados para que se possa avaliar como eles podem contribuir positivamente ou negativamente para o cumprimento dos objetivos. Podem ser consideradas parte do cenário as variáveis política, social, econômica, cultural e administrativa, observando-as a partir de perspectivas otimistas e pessimistas e do cenário provável<sup>3</sup>.

Outro elemento a ser considerado são os atores envolvidos, buscando identificar qual o interesse destes com o plano, que valores dão e quais são suas ações possíveis, como cooperação, tolerância, cooptação, enfrentamento, negociação e conflito<sup>3,5</sup>.

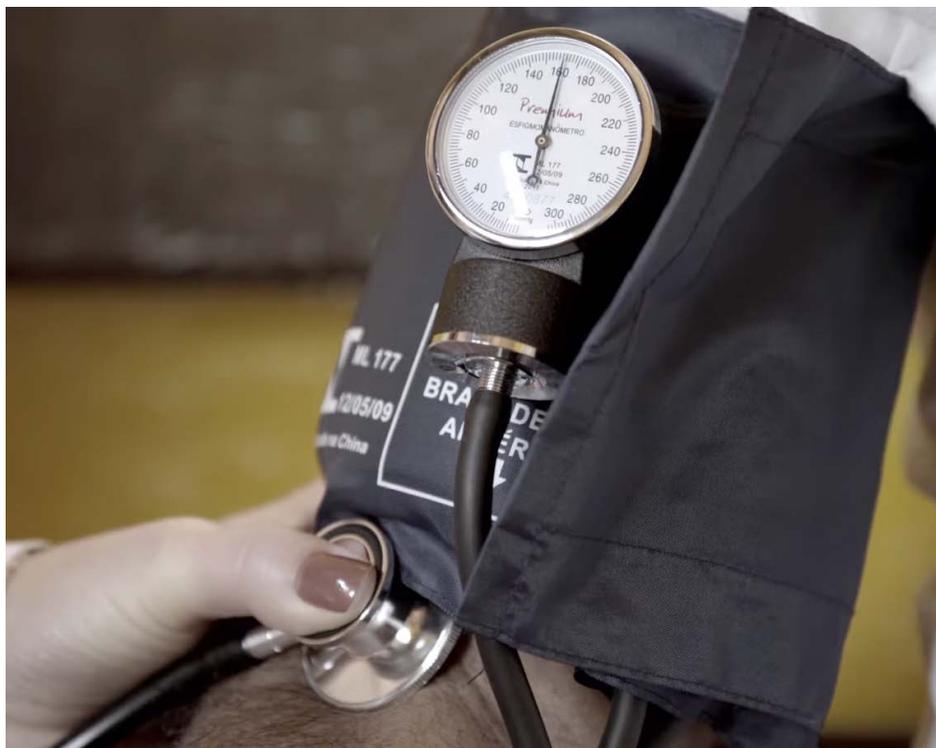


Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

## — Momento tático-operacional

Esse é o momento de agir, da execução propriamente dita. As análises realizadas nas etapas anteriores são transformadas em ações concretas. Nos momentos anteriores um plano foi definido, indicando responsáveis, prazos e as estratégias de viabilidade e de factibilidade<sup>3,5</sup>.

Não existe um modelo único ou ideal sobre como organizar e executar um plano, porém é preciso ter um grupo responsável pelas operações, coordenação permanente do plano e avaliações periódicas<sup>3</sup>.



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.



Fonte: Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Agora, após toda a teoria apresentada nesta aula, você, como responsável pela Assistência Farmacêutica, deverá ter condições de se organizar diante dessa agenda de planejamento municipal e regional que é prioridade na gestão da saúde neste momento.

Pensando nessa organização das atividades e tentando compilar diversas literaturas e ferramentas utilizadas, no caso do planejamento estratégico situacional, estruturamos uma proposta de agenda (Quadro 11) para o planejamento da AF frente às prioridades para construção e monitoramento do Plano Municipal de Saúde e dos demais instrumentos obrigatórios para a gestão municipal e também para o Planejamento Regional Integrado (PRI).

### Vamos planejar?

**Quadro 11.** Agenda do Planejamento da Assistência Farmacêutica articulado ao Planejamento no SUS

Instrumentos	Atividades e conteúdos básicos	Método(s), ferramenta(s) e software(s)	Responsável	Prazos
1ª Etapa Levantamento de dados e informações do território	<p>a) identificar os dados e informações locais assistenciais e gerenciais da RAS, regionais e macrorregionais relevantes ao planejamento</p> <p>b) identificar os dados e informações locais assistenciais e gerenciais da assistência farmacêutica</p> <p>c) consolidar dados e informações do território no formato estabelecido pela equipe de planejamento da secretaria de saúde para futura análise e consolidação na análise situacional</p>	<p>Você pode utilizar as bases de dados locais da assistência farmacêutica (hórus ou sistemas próprios), planilhas em excel, planos de saúde (municipal, estadual e nacional) atual e, se existir, o plano regional da macrorregião de saúde, assim como os sistemas nacionais como CNES, SIA, SIH, FNS, SISAB etc.</p> <p>Importante: essas informações também servirão para que você contribua com a Elaboração da prestação de contas por meio do rag, tanto da gestão anterior, para aqueles municípios no início de gestão, como também será sua rotina a cada ano, tendo em vista as prestações de contas, ou seja, a chamada <i>accountability</i> abordada na Aula 5 e obrigatória na gestão pública</p>	(Nome da pessoa responsável)	2º mês de gestão
2ª Etapa Análise situacional (capítulo do PNS): uma espécie de fotografia do momento da Elaboração	<p>a) Elaboração da análise da situação de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das necessidades de saúde</li> <li>- Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais</li> <li>- Identificação dos fluxos de acesso aos produtos e serviços da AF</li> </ul> <p>b) definição de prioridades sanitárias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução</li> </ul> <p>c) organização dos pontos de atenção da RAS</p> <p>d) Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde</p> <p>e) definição dos investimentos programados</p>	<p>Utilizar as bases de dados locais da assistência farmacêutica (hórus ou sistemas próprios), e os sistemas nacionais como CNES, SIA, SIH, SISAB etc.</p> <p>Além do DigiSUS Gestor e do antigo SARGSUS (para consultar o RAG dos anos anteriores), SIOPS, Painel de Apoio à Gestão do CONASEMS, Painel de Indicadores da SVS/MS, FNS, Sala de Situação de Saúde do Município e do Estado, Relatório da Conferência de Saúde, entre outros</p> <p>Obs. 1: também é importante dialogar com o conselho de saúde para entender o atual contexto da saúde na visão do controle social</p> <p>Obs. 2: nesse momento, é fundamental articular com a equipe do setor de planejamento municipal para entender e debater sobre as prioridades estabelecidas no <b>Planejamento Regional Integrado</b> e no <b>Plano Regional</b> que envolvem a assistência farmacêutica para a sua macrorregião e/ou região de saúde</p>	(Nome da pessoa responsável)	Até o 3º mês de gestão e atualizado em agendas locais

(continua)

(continuação)

Instrumentos	Atividades e conteúdos básicos	Método(s), ferramenta(s) e software(s)	Responsável	Prazos
<p>Planejamento estratégico situacional (PES): A Elaboração do plano municipal de saúde precisa ser participativa, então, é estratégico para o seu êxito envolver as áreas da assistência farmacêutica e articular com o setor de planejamento da SMS</p> <p><b>3ª Etapa</b></p>	<p>Momento explicativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de problemas</li> <li>- Seleção de problemas prioritários/estratégicos (classificação criteriosa dos problemas)</li> <li>- Descrição dos problemas (uso de indicadores e descritores qualitativos e quantitativos)</li> <li>- Elaboração da rede de causalidade dos descritores de problemas e identificação dos nós críticos (ponto da rede de causalidade em que se avalia estrategicamente a intervenção e sobre a qual se formulará uma ação)</li> </ul>	<p>Nessa etapa, que ocorre quase simultaneamente à 2ª etapa, você poderá utilizar várias ferramentas e metodologias de apoio para identificação dos problemas e priorizá-los utilizando ao menos duas ferramentas, dentre as quais sugerimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Brainstorming</i> (chuva de ideias), árvore de problemas e objetivos, análise SWOT diagrama de ishikawa (espinha de peixe), diagrama de pareto, matriz GUT, parâmetros ou critérios de priorização adaptada (magnitude; transcendência; vulnerabilidade; urgência e factibilidade), matriz de esforço e impacto, entre outras</li> </ul> <p>Essas ferramentas ajudarão a responder as atividades propostas nessa etapa</p> <p>Obs.: Assim como na análise situacional, ressalta-se a necessidade de dialogar com o conselho de saúde para contribuir na identificação dos principais problemas</p>	<p>(Nome da pessoa responsável)</p>	<p>2º mês da gestão</p>
	<p>Momento normativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição da situação-objetivo (transformação dos descritores em resultado esperado)</li> <li>- Elaboração do plano de operações (cada operação é um conjunto de ações)</li> <li>- Reconhecimento de cenários possíveis</li> <li>- Definição dos recursos necessários e dos produtos e resultados esperados em cada ação</li> </ul>	<p>Nesse momento a proposta é, a partir dos problemas identificados e priorizados, construir uma planilha operacional, definindo quais são as operações e ações que deverão ser operacionalizadas para o alcance dos objetivos específicos</p> <p>Aqui você também poderá usar nas reuniões de equipe as ferramentas de priorização sugeridas na 3ª etapa caso surjam muitas estratégias e ações para atingimento do objetivo específico</p>	<p>(Nome da pessoa responsável)</p>	<p>2º mês de gestão</p>

(continua)

(continuação)

Instrumentos	Atividades e conteúdos básicos	Método(s), ferramenta(s) e software(s)	Responsável	Prazos
<p><b>3ª Etapa</b></p> <p>Planejamento estratégico situacional (PES): A Elaboração do plano municipal de saúde precisa ser participativa, então, é estratégico para o seu êxito envolver as áreas da assistência farmacêutica e articular com o setor de planejamento da SMS</p>	<p>Momento estratégico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise de viabilidade (segundo as diversas dimensões do plano: política, econômica, cognitiva, organizativa etc.)</li> <li>- Elaboração de uma agenda estratégica</li> <li>- Discriminação dos recursos necessários</li> <li>- Identificação de quais atores controlam os recursos necessários e quais são as suas motivações perante o plano</li> <li>- Definição de operações estratégicas (operações necessárias e não viáveis)</li> </ul>	<p>Nesse momento você pode aplicar o Triângulo de Governo (TG) – suporte para avaliar a governabilidade das propostas –, mas ele também será aplicado na etapa de consolidação do plano, antes de submetê-lo ao conselho de saúde</p> <p>Assim como no momento anterior, você também poderá usar nas reuniões de equipe as ferramentas de priorização da 3ª etapa caso surjam muitas estratégias e ações para atingimento do objetivo específico</p>	<p>(Nome da pessoa responsável)</p>	<p>2º mês da gestão</p>
	<p>Momento tático-operacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição das ações a serem executadas com responsáveis e agenda, avaliação do plano, segundo variáveis como os descritores dos problemas, os nós críticos, o andamento das operações, entre outros</li> </ul>	<p>Nesse momento a proposta é, a partir dos Esse é o momento de agir, da execução propriamente dita. As análises realizadas nas etapas anteriores são transformadas em ações concretas. Nos momentos anteriores um plano foi definido, indicando responsáveis, prazos, estratégias de viabilidade e de factibilidade. Mas, lembre-se de que não existe um modelo único ou ideal para organizar e executar um plano, porém é preciso ter um grupo responsável pelas operações, coordenação permanente do plano e avaliações periódicas</p>	<p>(Nome da pessoa responsável)</p>	<p>2º e 3º mês de gestão</p>

(continua)

(continuação)

Instrumentos	Atividades e conteúdos básicos	Método(s), ferramenta(s) e software(s)	Responsável	Prazos	
4ª Etapa	<p>Plano municipal de saúde (PMS) – versão preliminar: hora de avaliá-lo antes de submetê-lo ao conselho municipal de saúde</p>	<p>Avaliação da governabilidade:                      - durante a construção das propostas da AF para o PMS é preciso realizar a governabilidade de cada uma delas, mas, também pode ser realizada após concluída a estruturação do plano, sendo feita na totalidade das propostas</p>	<p>Utilize o Triângulo de Governo (TG) – suporte para avaliar a governabilidade das propostas, pois trata-se de uma ferramenta para a análise das possibilidades de governança. O TG é composto por três aspectos da governança:                      - plano, projeto ou política, ou seja, o que se estabelece como objetivo ou o que se deseja realizar                      - capacidade de governo, as habilidades com as quais a gestão pode contar                      - governabilidade, que corresponde aos fatores que influenciam a governança                      - variáveis relacionadas aos recursos necessários à gestão e ao plano (recursos financeiros, humanos, técnicos, estruturais etc.). Sobre os quais se tem maior ou menor capacidades de controle                      - Quanto maior o controle sobre os recursos, maior a governabilidade do ator</p>	(Nome da pessoa responsável)	Março do primeiro ano de governo
5ª Etapa	<p>Plano municipal de saúde (PMS) – versão final: hora de submetê-lo para avaliação do conselho municipal de saúde</p>	<p>Submeter ao CMS:                      Deve ser validado pelo CMS para atender os quatro anos de gestão: do segundo ano da gestão que se inicia ao primeiro ano da gestão subsequente                      Na estrutura final do pms submetida ao cms deve constar:                      - Análise situacional da saúde do município                      - Objetivos, diretrizes, metas e indicadores                      - Monitoramento e avaliação                      O Conselho Municipal de Saúde realizará a análise e emitirá o parecer conclusivo para aprovação do PMS no DigiSUS Gestor</p>	<p>Nessa etapa é importante subsidiar o secretário municipal de saúde nas agendas em conjunto com o conselho municipal de saúde tendo em vista questões técnicas e operacionais pertinentes à área da assistência farmacêutica                      O responsável pela AF precisa se apoiar nessas agendas e traçar estratégias de atualização permanente das informações estratégicas para a gestão, ou seja, precisa atuar diretamente na gestão da informação com as áreas da ses, assim como com a comunicação                      No DigiSUS Gestor serão disponibilizadas as informações do Plano e suas metas e indicadores para possíveis alterações/ajustes após recomendações do Conselho Municipal de Saúde e para futuro monitoramento do PMS, da Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG), bem como da parte orçamentária e financeira</p>	(Nome da pessoa responsável)	Final de março do primeiro ano de governo

(continua)

(continuação)

	<b>Instrumentos</b>	<b>Atividades e conteúdos básicos</b>	<b>Método(s), ferramenta(s) e software(s)</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazos</b>
<b>6ª Etapa</b>	Programação anual de saúde (PAS) – realizada a cada ano: sua validade é de um ano, sempre o ano subsequente a sua apresentação	Apresentar para a PAS: - Ações a serem realizadas - Recursos a serem mobilizados - Metas a serem alcançadas	A cada ano você precisará apresentar ao setor de planejamento da SMS a programação das ações e serviços da AF, baseada no plano de saúde, porém, com a proposta de metas a serem alcançadas no ano subsequente, incluindo valores financeiros para subsidiar a lei orçamentária anual (LOA)	(Nome da pessoa responsável)	Março de cada um dos 4 anos de governo
<b>7ª Etapa</b>	LDO e LOA: serão elaboradas a cada ano, de acordo com a PAS estabelecida pela SMS	- Apoiar a Elaboração dos projetos de lei (PLDO e PLOA) com base na PAS e após aprovação pelo legislativo	Essas informações serão alimentadas pela equipe da SMS no DigiSus Gestor e SIOPS, mas a área da assistência farmacêutica precisará monitorar o que planejou e sempre que necessário realizar os ajustes recomendados pelo CMS ou pelo legislativo municipal	(Nome da pessoa responsável)	- LDO: o encaminhamento À câmara de vereadores deve ser feito 8 meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro (15 de abril) - LOA: o encaminhamento À câmara de vereadores Deve ser feito até 4 meses antes do final do exercício financeiro (31 de agosto)

(continua)

(continuação)

	Instrumentos	Atividades e conteúdos básicos	Método(s), ferramenta(s) e software(s)	Responsável	Prazos
8ª Etapa	Relatório anual de gestão (RAG): período de um ano, tendo como objeto o ano anterior a sua apresentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultados atrelados à PAS;</li> <li>- Objetivos, diretrizes, metas e indicadores</li> <li>- Metas previstas e executadas</li> <li>- Execução orçamentária</li> </ul>	<p>Com base na PAS aprovada e executada no ano anterior, você deverá apresentar até fevereiro de cada ano, ao setor de planejamento da SMS, o que conseguiu executar da programação das ações e serviços da AF no ano anterior, a partir das metas programadas, com as justificativas, quando necessário, inclusive os valores financeiros executados a partir da lei orçamentária anual (LOA)</p> <p>As ferramentas utilizadas nesse momento em conjunto com o setor de planejamento da SMS serão o DigiSus Gestor e o SIOPS</p>	(Nome da pessoa responsável)	Final de março de cada um dos 4 anos de governo
9ª Etapa	Relatório detalhado do quadrimestre anterior (RDQA): conteúdo semelhante ao RAG, referente ao quadrimestre anterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultados da execução da PAS</li> <li>- Recursos aplicados no período</li> <li>- Auditorias realizadas ou em execução e suas recomendações</li> <li>- Oferta e produção de serviços da rede própria e conveniada/Contratada</li> </ul>	<p>Ainda com base na PAS aprovada, você deve subsidiar a área do planejamento com informações sobre a execução das metas e orçamento de cada quadrimestre, totalizando 3 relatórios ao ano (1º de janeiro a abril; 2º de maio a junho e 3º de julho a dezembro)</p> <p>Esses relatórios servirão para, a cada quadrimestre, a secretaria consolidar as informações e submetê-las à análise do conselho municipal de saúde</p> <p>As ferramentas utilizadas nesse momento em conjunto com o setor de planejamento da SMS serão o DigiSus Gestor e o SIOPS</p>	(Nome da pessoa responsável)	Deve ser entregue nos meses de maio, setembro e fevereiro, referentes aos quadrimestres janeiro-abril, maio-agosto e setembro-dezembro, respectivamente

(continua)

(continuação)

Instrumentos	Atividades e conteúdos básicos	Método(s), ferramenta(s) e software(s)	Responsável	Prazos
<p><b>Orientações para preenchimento:</b></p> <p><b>Instrumentos:</b> descreva os instrumentos e as principais ações que precisam ser identificados e/ou elaborados que apoiem a construção e monitoramento do Plano de Saúde Municipal</p> <p><b>Atividades:</b> descreva o que será necessário para cada etapa e instrumentos de forma objetiva e pensando em um produto consolidado que apoie a construção e monitoramento do Plano de Saúde Municipal</p> <p><b>Métodos utilizados:</b> descreva quais ferramentas tecnológicas podem ser utilizadas ou métodos e dinâmicas irá usar em cada etapa</p> <p><b>Responsável:</b> defina uma pessoa e não setores ou equipes, pois as indicações difusas acabam desresponsabilizando a entrega para a alta gestão do produto e perde-se o devido respeito aos prazos do planejamento</p> <p><b>Prazos:</b> informe com o dia ou pelo menos o mês e o ano. Precisam ser definidos prazos observando o tempo de entrega final estabelecido pelo Secretário de Saúde para o planejamento municipal e as etapas subsequentes da execução do PMS, como PAS, RAG e RQDA</p>				

Fonte: Elaboração própria.

## Síntese da Aula

Nesta aula apresentamos os aspectos gerais sobre a Assistência Farmacêutica que fazem parte desse contexto de planejamento em saúde e sua importância no planejamento, bem como alguns conceitos e ferramentas de suporte na condução das atividades do chamado ciclo do PDCA, além de contextualizá-los nos diferentes momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) organizando e articulando essas agendas e instrumentos do planejamento em saúde para apoiar o dia a dia da gestão da Assistência Farmacêutica. A partir dos conteúdos abordados e com base nas leituras complementares recomendadas esperamos apoiar os profissionais farmacêuticos atuantes nos municípios brasileiros a se integrarem às agendas locais e regionais de planejamento em saúde, melhorando a gestão e a assistência ao cidadão.

## Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, maio 2004.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 3.916 de 30 de outubro de 1998. Política nacional de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nov. 1998.
3. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003. 373 p.
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Leite SN, et al., organizadores. Gestão da Assistência Farmacêutica. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2016. (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica – volume 2). 160 p.
6. Altounian CS, Souza DL, Lapa LRG. Gestão e governança pública para resultados: uma visão prática. Belo Horizonte: Fórum; 2018.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 136 p. (Série Articulação Interfederativa – volume 4).
8. Brasil, Tribunal de Contas da União. Manual de auditoria operacional / Tribunal de Contas da União. 3ª ed. Brasília: TCU; Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog); 2010.

9. Brasil, Tribunal de Contas da União. Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Brasília: TCU; 2018. 112 p.
10. 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 aplicação à assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1990 [acesso em 9 jan. 2020];6(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000200003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000200003&lng=en).
12. CONASEMS, COSEMS-RJ, LAPPIS, IMS, UERJ, organizadores. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”. 2ª ed. revisada, ampliada. Rio de Janeiro: CEPESQ; 2019. 424p.



## Autores

### Marco Aurélio Pereira

Graduação em Farmácia pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), especialização em Farmacologia e Mestrado em Saúde Pública área de atuação Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública “Sergio Arouca” pela Fiocruz. Atuou em farmácia, drogaria e em farmácia hospitalar. Foi professor da Universidade Santa Cecília e professor adjunto da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, nas disciplinas História da Farmácia; Introdução às ciências farmacêuticas; Saúde Pública; Deontologia e Legislação Farmacêutica. Foi Coordenador Geral de Gestão do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, onde coordenou o Programa Farmácia Popular do Brasil, de 2009 a 2016. Tem experiência na área de Farmácia, atuando principalmente nos temas saúde pública, assistência farmacêutica, uso racional de medicamentos, política nacional de assistência farmacêutica e Programa Farmácia Popular do Brasil.

### Suetônio Queiroz de Araújo

Doutorando e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, especialização em Gestão e Auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS), atuando há mais de 20 anos nas áreas da gestão pública e saúde pública com ênfase na assistência farmacêutica, gestão e planejamento, além de controle e gestão na saúde com foco nos gastos e compras públicas. Atua como consultor do Escritório das Nações Unidas para Serviços em Projetos (UNOPS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a Elaboração e supervisão de projetos de cooperação com organismos internacionais (Banco Mundial e OPAS) contemplando pesquisas de campo para o fortalecimento do sistema de saúde e na integração e organização das redes de atenção à saúde. Desenvolveu consultorias para consórcios públicos na saúde e projetos educacionais na modalidade à distância. No Brasil essas consultorias priorizaram o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mato Grosso, bem como assessoramento técnico na Assistência Farmacêutica para o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Ministério Público na área da Promotoria da Saúde, além de exercer cargos na gestão da Assistência Farmacêutica na Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas e em municípios.





Volume 2



Coleção



# DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde  
do Ministério da Saúde  
[bvsm.s.saude.gov.br](http://bvsm.s.saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

Governo  
Federal