

Institucionalização da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa, Pará

Institutionalization of pharmaceutical care in the municipality of Augusto Corrêa, Pará

Institucionalización de la atención farmacéutica en el municipio de Augusto Corrêa, Pará

Recebido: 11/01/2022 | Revisado: 19/01/2022 | Aceito: 21/01/2022 | Publicado: 23/01/2022

Tassio Luís Silva Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7612-3531>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: tassioluis.farmacia@gmail.com

Taize Catarina Monteiro Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1084-3020>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: taizemonteiro01@gmail.com

Bruno Wesley Bezerra Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2016-5625>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: wesleybcosta8@gmail.com

Gustavo Campos de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5441-0158>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: gustavolima202020@gmail.com

Kelly Crisane de Oliveira Castro Castanho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1363-0429>

Secretaria Municipal de Saúde de Augusto Correa, Brasil

E-mail: kcrisane@hotmail.com

Orenzio Soler

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2246-0019>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: orenziosoler@gmail.com

Resumo

Objetivo: Investigar a institucionalização da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa, Pará. Método: Pesquisa exploratória, retrospectiva e descritiva, realizada em 2021. Para obtenção de indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, serviços de saúde, despesas totais em saúde, utilizou-se dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Departamento de Informática do SUS, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e do Sistema de Informação de Atenção Básica. Para as informações sobre práticas de governança, planejamento, gestão, componentes técnicos-gerenciais e técnicos-assistenciais da Assistência Farmacêutica, utilizou-se formulários estruturados, aplicados por meio da ferramenta *Survey Monkey*[®], via Internet[®], à coordenação da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Augusto Corrêa, Pará. Resultados: Augusto Corrêa tem uma População Estimada de 46.937 habitantes em 2021 e Densidade Demográfica de 37,10 habitantes/km² em 2010. Área Territorial de 1.099,619 km² em 2020. Faz parte do Bioma Amazônia, da Mesorregião Nordeste Paraense, Microrregião Bragantina. 0,520 de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 2010. 0,4145 de Índice de Gini da Renda Domiciliar Percapta em 2010. Não cumpre integralmente as práticas de governança no nível da coordenação técnica de assistência farmacêutica; em especial, pessoal e competências, princípios e comportamentos, liderança organizacional, relacionamento com partes interessadas, estratégia organizacional, alinhamento transorganizacional, estrutura de governança, gestão de risco e controle interno, auditoria interna, *accountability* e transparência. Também, não cumpri todos os componentes para a Gestão Técnica da Assistência Farmacêutica e a Gestão Clínica do Medicamento. Conclusão: Constatou-se o não cumprimento integral dos componentes da gestão técnica da assistência farmacêutica e da gestão clínica do medicamento; assim como, as práticas de governança no nível da coordenação técnica de assistência farmacêutica precisam ser aprimoradas; em especial, pessoal e competências, princípios e comportamentos, liderança organizacional, relacionamento com partes interessadas, estratégia organizacional, alinhamento transorganizacional, estrutura de governança, gestão de risco e controle interno, auditoria interna, *accountability* e transparência.

Palavras-chave: Governança; Gestão em saúde; Informação em saúde; Assistência farmacêutica; Medicamento.

Abstract

Objective: To investigate the institutionalization of pharmaceutical care in the municipality of Augusto Corrêa, Pará. Method: Exploratory, retrospective, and descriptive research conducted in 2021. To obtain socioeconomic, demographic, epidemiological, health services, total health expenditures, used data from the SUS Information System, the Brazilian Institute of Geography and Statistics, the Applied Economic Research Institute and the Basic Attention Information System. For information on governance, planning, management, technical-managerial and technical-assistance components of Pharmaceutical Assistance, structured forms were applied through the *Survey Monkey*[®] tool, via Internet[®], to the coordination of Pharmaceutical Assistance of the Municipal Health Secretariat of the municipality of Augusto Corrêa, Pará.

demographic, epidemiological indicators, health services, total health expenditures, we used data from the Registry of Health Establishments of the Department of Informatics of the SUS, the Brazilian Institute of Geography and Statistics, the Institute of Applied Economic Research, and the Primary Care Information System. For information on governance practices, planning, management, technical-management and technical-assistance components of Pharmaceutical Assistance, structured forms were used, applied through the Survey Monkey® tool, via Internet®, to the coordination of Pharmaceutical Assistance of the Department Municipal Health in the municipality of Augusto Corrêa, Pará. Results: Augusto Corrêa has an Estimated Population of 46,937 inhabitants in 2021 and a Demographic Density of 37.10 population/km² in 2010. Territorial Area of 1,099,619 km² in 2020. It is part of the Amazon Biome, from the Northeast Mesoregion of Pará, Bragantina Microregion. 0.520 of Municipal Human Development Index in 2010. 0.4145 of Gini Index of Percapta Household Income in 2010. Does not fully comply with governance practices at the level of technical coordination of pharmaceutical assistance; in particular, personnel and competencies, principles and behaviors, organizational leadership, relationship with stakeholders, organizational strategy, trans-organizational alignment, governance structure, risk management and internal control, internal audit, accountability, and transparency. Also, I did not fulfill all the components for the Technical Management of Pharmaceutical Assistance and the Clinical Management of Medicines. Conclusion: It was found that the components of technical management of pharmaceutical care and clinical management of the drug were not fully complied with; as well as governance practices at the level of technical coordination of pharmaceutical assistance need to be improved; in particular, personnel and competencies, principles and behaviors, organizational leadership, relationship with stakeholders, organizational strategy, trans-organizational alignment, governance structure, risk management and internal control, internal audit, accountability and transparency. **Keywords:** Governance; Health management; Health information; Pharmaceutical care; Medicine.

Resumen

Objetivo: Investigar la institucionalización de la atención farmacéutica en el municipio de Augusto Corrêa, Pará
Método: Investigación exploratoria, retrospectiva y descriptiva realizada en 2021. Para obtener indicadores socioeconómicos, demográficos, epidemiológicos, servicios de salud, gasto total en salud, utilizamos datos del Registro de Establecimientos de Salud del Departamento de Informática del SUS, del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, del Instituto de Investigación Económica Aplicada y del Sistema de Información de la Atención Primaria. Para la información sobre prácticas de gobernanza, planificación, gestión, componentes técnico-gerenciales y técnico-asistenciales de la Asistencia Farmacéutica, se utilizaron formularios estructurados, aplicados a través de la herramienta Survey Monkey®, vía Internet®, a la coordinación de la Asistencia Farmacéutica del Departamento Municipal de Salud en el municipio de Augusto Corrêa, Pará Resultados: Augusto Corrêa tiene una Población Estimada de 46.937 habitantes en 2021 y una Densidad Demográfica de 37,10 población/km² en 2010. Área Territorial de 1.099.619 km² en 2020. Forma parte de la Amazonía Bioma, de la Mesorregión del Nordeste de Pará, Microrregión Bragantina. 0,520 de Índice de Desarrollo Humano Municipal en 2010. 0,4145 de Índice de Gini de Ingreso Percapta de los Hogares en 2010. No cumple en su totalidad con las prácticas de gobernanza a nivel de coordinación técnica de asistencia farmacéutica; en particular, personal y competencias, principios y comportamientos, liderazgo organizacional, relación con los grupos de interés, estrategia organizacional, alineación transorganizacional, estructura de gobierno, gestión de riesgos y control interno, auditoría interna, rendición de cuentas y transparencia. Asimismo, no cumplí con todos los componentes para la Gestión Técnica de Asistencia Farmacéutica y la Gestión Clínica de Medicamentos. Conclusión: Se constató que los componentes de gestión técnica de la atención farmacéutica y gestión clínica del medicamento no fueron cumplidos en su totalidad; así como las prácticas de gobernanza a nivel de coordinación técnica de la asistencia farmacéutica necesitan ser mejoradas; en particular, personal y competencias, principios y comportamientos, liderazgo organizacional, relación con los grupos de interés, estrategia organizacional, alineación transorganizacional, estructura de gobierno, gestión de riesgos y control interno, auditoría interna, rendición de cuentas y transparencia.

Palabras clave: Gobernanza; Manejo de la salud; Información de salud; Cuidado farmacéutico; Medicamento.

1. Introdução

A descentralização político administrativa em saúde proporciona aos municípios não somente a transferência da gestão de serviços públicos, mas também amplia a sua responsabilidade e seu poder decisório sobre o conjunto de prestadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e de recursos financeiros (Preuss, 2011; 2018). Portanto, pretendia-se que isto, somado à universalidade, permitisse a ampliação do acesso da população à assistência terapêutica, incluindo a farmacêutica (Brasil, 1990; Brasil, 2011; Silva et al., 2016).

A Constituição da República Federativa do Brasil, publicada em 5 de outubro de 1988, traz um novo cenário para o sistema de gestão da saúde pública, mudando o que antes fazia parte de uma tradição de políticas sociais centralizadas. Neste contexto, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece em seu artigo

6º “[...] a saúde como campo de assistência integral, inclusive farmacêutica, tendo como princípios e diretrizes o acesso universal, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, descentralização, regionalização e direção única”. Com a descentralização da saúde, os municípios passam a ter uma série de responsabilidades que exigem mobilização de conhecimentos, assim como, habilidades técnicas, gerencias e políticas, no que se refere à Assistência Farmacêutica (Brasil, 1990; Barreto & Guimarães, 2010; Wopereis & Colossi, 2015; Preuss, 2018).

A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 –, estabeleceu como parte do processo de descentralização político-administrativo a regionalização e a hierarquização da rede de atenção à saúde. Outrossim, de acordo com o Decreto Presidencial nº 7508, de 28 de junho de 2011, estabelece em sua normativa, a determinação constitucional de que o Sistema Único de Saúde (SUS) deva ser estruturado e organizado por uma rede regionalizada e hierárquica; onde as regiões de saúde devem se organizar para oferecer ações e serviços de saúde de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, dentre outros. Assim, sendo, é o resultado dessa integração, que por sua vez, não é facultativa, mas sim um requisito obrigatório por ser constitucional que deve ser cumprido (Carvalho et al., 2017; Santos, 2017).

A organização e a estruturação da Assistência Farmacêutica são de responsabilidade das três instâncias gestora (municipal, estadual e federal). Nesse sentido, é essencial que atores se encarreguem de realizar o planejamento da previsão de recursos orçamentários para a Assistência Farmacêutica, de acordo com suas prioridades (Nora, 2019). O planejamento da Assistência Farmacêutica deve contar com os instrumentos de gestão do SUS, como por exemplo, o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (Nora, 2016). Entretanto, observa-se ainda, na atual conjuntura, que os municípios não têm conseguido proporcionar a garantia da segurança, eficácia e qualidade para a promoção do uso racional e o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais (Barreto & Guimarães, 2010; Ferreira & Soler, 2021).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) – Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 – apresenta como uma de suas diretrizes a reorientação da Assistência Farmacêutica, não se restringindo somente à aquisição e a distribuição de medicamentos. A reorientação da Assistência Farmacêutica tem como premissa implementar as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e seu uso racional, tendo como um de seus fundamentos a descentralização da gestão municipal (Brasil, 1990; Brasil, 2011; Silva et al., 2016).

Para regulamentar o processo de reorientação da Assistência Farmacêutica, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pelo Ministério da Saúde (MS), a Resolução CNS/MS nº 338, de 06 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), estabelecendo em um de seus princípios, que a “[...] Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Outrossim, também envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação, que compõem o ciclo da assistência farmacêutica” (Brasil, 2004).

A Assistência Farmacêutica contempla a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o planejamento adequado, oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão (Nora et al., 2019). A descentralização contribui para a eficiência do sistema de distribuição no setor público e a redução dos preços dos produtos, colocando os gestores locais como responsáveis pela pauta da Assistência Farmacêutica nos municípios (Silva et al., 2016).

Neste contexto, a ausência de dados e informações sobre a Institucionalização da Assistência Farmacêutica no município de Augusto Corrêa é uma lacuna a ser resolvida. Assim, sendo, acredita-se, que uma Sala de Situação em Saúde, com foco no processo de governança, planejamento e gestão da assistência farmacêutica em nível municipal é importante para a saúde pública. O objetivo deste trabalho foi investigar a institucionalização da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa, Pará.

2. Metodologia

Pesquisa exploratória, retrospectiva e descritiva, realizada em 2021 (Mallmann, 2015; Yin, 2015; Mucci & Mafra, 2016; Minayo, 2018). Para a obtenção de indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, serviços de saúde, despesas totais em saúde, utilizou-se dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (CNES/DATASUS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEADATA) e do Sistema de Informação de Atenção Básica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIAB/DATASUS). Para as informações sobre práticas de governança, planejamento, gestão, aspectos técnicos-gerenciais e técnicos-assistenciais da Assistência Farmacêutica, utilizou-se formulários estruturados (Souza et al., 2017; Soler et al., 2018; Ferreira & Soler, 2021), aplicados por meio da ferramenta *Survey Monkey*[®], via Internet[®], à coordenação da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), do município de Augusto Corrêa, Pará.

Os formulários estruturados foram elaborados com base em marcos regulatórios vigentes; a exemplo da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que regulamenta a Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998); Resolução CNS nº 338 de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004); Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2006) e Portaria GM/MS nº 849, de 27 de março de 2017, que atualiza as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; Portaria GM/MS nº 2.979, 12 de novembro 2019, que institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde; Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o qual regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispondo 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 (Brasil, 2011); Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a qual dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde entre outras providências (Brasil, 2012); Portaria GM nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013a); e Referencial básico de governança do Tribunal de Contas da União (Brasil, 2013b).

Os resultados estão apresentados por meio de tabelas, quadros e síntese narrativa. Estes achados são subprodutos da pesquisa registrada na Plataforma Brasil (SISNEP) sob CAAE nº 32819220.7.0000.0018 e Parecer nº 4.154.970, cumprindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (Brasil, 2012; 2016).

3. Resultados e Discussão

Reconhece-se que uma *Sala de Situação em Saúde* é um espaço físico e/ou virtual, onde dados e informações em saúde referentes a um determinado espaço geográfico, com uma população definida e com recorte temporal específico, são apresentados a partir de síntese narrativa, tabelas e gráficos (Brasil, 2010; Bueno, 2010; Moya, 2010; Organização Pan-Americana da Saúde, 2010; Lucena et al., 2014). Assim, sendo, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) desempenham papel relevante para a organização dos serviços; pois, os estados e os municípios de posse das informações têm condições de rapidamente adotar medidas de intervenções e controle de agravos, por meio do planejamento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando tomadas de decisões (Bueno, 2010; Lucena et al., 2014). Propiciar a integração de tais informações, com oferta de diagnósticos dinâmicos e atualizados, possibilita a elaboração de programas e ações compatíveis com as reais necessidades detectadas no campo da saúde pública.

Indicadores socioeconômicos e demográficos

Augusto Corrêa (Código do Município: 1500909) tinha uma *População Estimada de 46.937 habitantes* em 2021, uma *Densidade Demográfica de 37,10 habitantes/km²* em 2010 e uma *Área Territorial de 1.099,619 km²* em 2020. Faz parte do

Bioma Amazônia, da Mesorregião Nordeste Paraense, Microrregião Bragantina. 24,8% de Esgotamento Sanitário Adequado em 2010. 13,9% de Arborização de Vias Públicas em 2010. 0,6% de Urbanização de Vias Públicas em 2010. 18 Estabelecimentos de Saúde do SUS em 2009. 93,6% de Escolarização de 6 a 14 Anos de Idade em 2010. Anos Iniciais do Ensino Fundamental de 4,2 anos em 2019 (IDEB - Rede pública). 9.521 Matrículas no Ensino Fundamental em 2020. 2.291 Matrículas no Ensino Médio em 2020. 414 Docentes no Ensino Fundamental em 2020. 69 Docentes no Ensino Médio em 2020. 73 Escolas de Ensino Fundamental em 2020 e 4 Escolas de Ensino Médio em 2020. 2,0 Salários Mínimos era o Salário Médio Mensal dos Trabalhadores Formais em 2019. 5,7% da População Ocupada em 2019, 58,4% da População com Rendimento Nominal Mensal Percapta de até 1/2 Salário Mínimo em 2010. PIB Percapta de R\$ 7.097,33 em 2019. 96,1% das Receitas Oriundas de Fontes Externas em 2015. 0,520 de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010. 0,4145 de Índice de Gini da Renda Domiciliar Percapta em 2010. R\$ 92.714,54 ($\times 1000$) de Total de Receitas Realizadas em 2017, R\$ 104.578,64 ($\times 1000$) de Total de Despesas Empenhadas em 2017 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021).

Garnelo et al., (2017), no estudo “Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios”, aponta desigualdades socioeconômicas da região de saúde em torno da cidade de Manaus, Amazonas. No estudo, nota-se uma grande diferença entre o PIB *per capita* de Manaus, que é cerca de R\$ 32.300,56, comparado com outras regiões, como Santa Isabel do Rio Negro, Barcelos Careiro, Manaquiri e Nova Olinda, que possuem o PIB *per capita* na faixa de R\$ 3.077,14 e R\$ 5.000,00. Tais condições influenciam na organização e oferta de serviços de saúde, na dinâmica da regionalização e essas diferenças representam iniquidades estruturais, associadas à baixa capacidade de gestão e arrecadação pela administração dos municípios menores; o que também impossibilita a incorporação tecnológica nos seus serviços, perpetua a baixa resolubilidade e os precários níveis de saúde. Dentre os principais empecilhos para o alcance da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), despontam as desigualdades socioeconômicas e de saúde vigentes no país, agravadas pela limitada governança das autoridades sanitárias nos municípios e regiões menos favorecidas, em particular na região Norte.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Augusto Corrêa é de 0,520, considerado baixo, segundo a classificação do Atlas do Desenvolvimento Humano, que estabelece que este indicador é um número que varia entre 0,000 e 1,000. Quanto mais próximo de 1,000, maior o desenvolvimento humano de uma unidade federativa, município, região metropolitana. Garnelo et al., (2017) relata que há grandes desigualdades entre as regiões de saúde no país, em especial na região Norte, onde 46% dos municípios das regiões de saúde têm baixo IDHM. Outrossim, nos municípios menores, são apontados insuficientes serviços de saúde e problemas de fixação de recursos humanos. Os autores apontam ainda que os serviços de média e alta complexidade se concentram nas capitais, deixando em prejuízo a população que vive em áreas mais afastadas. O repasse de recursos federais é muito inferior à média *percapita* nacional e possui uma insuficiente infraestrutura sanitária que pouco atende as necessidades regionais. Nas políticas do governo federal a institucionalidade é ignorada e as carências regionais não são atendidas, tendo uma baixa capacidade de gestão em âmbito municipal.

De acordo com Uchimura et al., (2017), variáveis como expectativa de vida ao nascer, taxa de mortalidade e taxa de mortalidade infantil são consideradas indicadores importantes na avaliação dos resultados de um sistema de saúde e, variáveis como PIB *percapita*, apesar da importância de sua utilização na avaliação de desempenho de sistemas de saúde, não pode ser analisada de maneira isolada, pois não representa a sustentabilidade ambiental, nem tampouco a inclusão social como determinantes na população.

Indicadores epidemiológicos

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador que avalia a frequência de óbitos de crianças menores de um ano de idade por mil nascidos vivos. A TMI do município de Augusto Corrêa, Pará, em 2017 foi de 17,11 óbitos por mil nascidos vivos (Quadro 1). Analisando dados retirados do Atlas Brasil, verifica-se que houve um aumento considerável da TMI em 2017,

comparado com os anos de 2015 e 2016, em que as taxas foram de 10,48 e 11,53, respectivamente. Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) também é considerado um dos indicadores mais sensíveis da situação de saúde e condições de vida da população (Martins et al., 2018). A TMI está diretamente relacionada ao grau de desenvolvimento dos países, regiões, estados e municípios; onde elevadas taxas de mortalidade infantil refletem os baixos níveis socioeconômicos da população, representados por privação ao acesso aos serviços básicos, tais como: saneamento, água potável, educação, renda, entre outros (Pereira et al., 2021).

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), a mortalidade infantil é uma prioridade sanitária em pactos nacionais e internacionais; indicador presente nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o ano de 2015 e, mais tarde, nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o ano de 2030 (Moraes, 2020; Pereira et al., 2021). Neste contexto, em 2015 o município de Augusto Correa, Pará, cumpria a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; ou seja, que a mortalidade infantil deveria estar abaixo de 17,9 óbitos por mil nascidos vivos. O município de Augusto Corrêa, Pará, tem agora que cumprir as metas da Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS); ou seja, acabar até 2030 com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. Os governos devem estar comprometidos em reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (Organização das Nações Unidas, 2021).

Quanto a *Esperança de Vida ao Nascer*, o município obteve uma média de 71,3 anos para o ano de 2017, estando abaixo da média do Brasil de acordo com o Atlas Brasil (2021), que é em torno de 73,94 anos (Quadro 1). A Expectativa ou Esperança de Vida ao Nascer representa a média de anos que se espera que uma criança nascida hoje viva, caso sejam mantidas as taxas de mortalidade vigentes hoje. As taxas de mortalidade por idade são utilizadas para determinar a probabilidade de se chegar à idade seguinte (Beojone et al., 2016).

Quadro 1 - Dados epidemiológicos do município de Augusto Corrêa, Pará.

INDICADORES	DADOS
Esperança de Vida ao Nascer (2010)	71,3 anos
Taxa de mortalidade infantil (2017)	17,11 por mil nascidos vivos
Taxa de mortalidade de idosos (2018)	73 acima de 65 anos
Cinco principais morbidades prevalentes (2019)	Pneumonia (180109,53) Insuficiência Cardíaca (109962,56) Insuficiência Renal (75230,11) Diabetes mellitus (56064,69) Leucemia (42675,02)
Cinco principais mortalidades prevalentes (2018)	Diabetes mellitus (23) Neoplasias (8) Infarto agudo do miocárdio (6) Doença alcoólica do fígado (4) Pneumonia (3)
Cinco principais endemias prevalentes (2019)	Influenza [gripe] (224.534,41) Sífilis congênita (12.252,68) Dengue [dengue clássico] (7.753,76) Infecção meningocócica (865,91) Leptospirose não especificada (734,7)

Fonte: Institucionalização da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa (2021).

Dentre as principais causas de mortalidade no município de Augusto Corrêa, destacam-se o diabetes mellitus, neoplasias, infarto agudo do miocárdio, doença alcoólica do fígado e pneumonia. Dentre as principais morbidades prevalentes no município, destacam-se a pneumonia, a insuficiência cardíaca, insuficiência renal, diabetes mellitus e leucemia (Quadro 1).

Indicadores eficientes de mortalidade por causas de morte são relevantes porque subsidiam o planejamento das ações de saúde e avaliação destas; sendo, portanto, importantes na análise da situação de saúde para direcionamento de políticas públicas (França et al., 2014; Corrêa & Miranda-Ribeiro, 2017).

Corrêa e Miranda-Ribeiro (2017), no estudo “Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte”, mensura a contribuição dos grupos etários e causas de morte na variação da expectativa de vida ao nascer. O estudo mostra que a redução da mortalidade de algumas comorbidades como doenças infecciosas, doenças do aparelho circulatório e respiratório; entre outras, contribuíram para aumento da expectativa de vida ao nascer do brasileiro, e que isso se deve graças a ações de políticas de saúde como controle e prevenção de comorbidades, vacinação de grupo de risco contra gripe e pneumonia, e melhorias contínuas na área da saúde etc.

Assim, sendo, é imprescindível que gestores de saúde do município de Augusto Corrêa, Pará, adotem planos de ação ao combate às comorbidades que mais afetam os habitantes, principalmente no que se refere a doenças do aparelho circulatório e respiratório, para que a população obtenha melhores resultados em relação a sua expectativa de vida e, para que o município alcance as metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável até 2030.

Sabe-se que o progresso dos países e a distribuição de recursos públicos para a saúde conta com as estimativas de indicadores de saúde, tanto globais, quanto nacionais e regionais, para a sua avaliação e orientação (Abouzahr, 2001; Prata, 2011; Silva et al., 2018). O fato de o Brasil possuir um histórico de desigualdades sociais bastante marcante é refletido na saúde de sua população, sendo de grande importância os determinantes sociais para a saúde. Portanto, para a adequação de políticas públicas se torna fundamental a apresentação e valorização das evidências de desigualdades em saúde (Paim, 2011; Kleinert, 2011; Landmann, 2016; Silva et al., 2018).

Indicadores de serviços de saúde

O *Número Total de Profissionais de Saúde* vem aumentando ao longo dos anos (294 em 2017; 283 em 2018; 331 em 2019). Quanto ao *Número de Estabelecimentos de Saúde*, houve um decréscimo no número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Quadro 2). Reconhece-se, ser importante para a efetividade dos serviços de saúde, uma boa correlação de profissionais da saúde (Silva et al., 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) para todos os países como principal estratégia de reorientação dos sistemas de saúde, visando a superação das desigualdades no acesso, redução de custos e alcance de resultados nas políticas de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) é porta de entrada para os cuidados em saúde da população (Venâncio et al., 2016). Os guias da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) consideram os recursos humanos e boas condições de infraestrutura e de organização como componentes-chave para uma política de saúde, em especial para a política de medicamentos e assistência farmacêutica (Barbosa et al., 2017; Bermudez et al., 2018).

Quadro 2 - Estrutura e organização de serviços de saúde em Augusto Corrêa, Pará.

INDICADOR	ANO
Número total de profissionais de saúde	
294 Profissionais de Saúde	2017
283 Profissionais de Saúde	2018
331 Profissionais de Saúde	2019
Número de estabelecimento de saúde	
2 Unidades da ESF	2017/2018/2019
20 Unidades Municipais de Saúde	2017/2018
22 Unidades Municipais de Saúde	2019
2 Policlínicas	2017/2018
0 Hospital	2019
1 Hospital	
Número de equipes da Estratégia Saúde da Família	
111 ESF - Agentes	2017
108 ESF - Agentes	2018
63 ESF - Agentes	2019
11 ESF-M1 Geral	2017/2018
10 ESF-M1 Geral	2019
17 ESF – Geral	2017/2018
11 ESF – Geral	2019

Fonte: Institucionalização da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa (2021).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política de Estado priorizada pelo Ministério da Saúde (MS). Vem sendo implementada desde 1994 e, em 2015 atingia cobertura aproximada de 67% da população brasileira (Venâncio et al., 2016). Importante ressaltar que a ESF tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo operar como base de estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar (Malta et al, 2016). No município de Augusto Corrêa, Pará, ocorre que, o número de equipes vem permanecendo o mesmo durante os últimos anos. Há a necessidade de expansão para dar maior cobertura no processo de cuidado da população.

Os serviços de saúde de um determinado território – regiões de saúde – precisam ser planejados quanto a sua infraestrutura e organização. As ações e serviços em saúde devem ser ascendentes, contínuas e articuladas entre as esferas federal, estadual e municipal. Precisam ter prioridade na agenda dos governos. Neste contexto, as intervenções em nível local, regional e nacional devem ser baseadas nas necessidades de saúde da população e fundamentadas em critérios epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos (Pereira & Tomasi, 2016). O Sistema Único de Saúde (SUS), com orientação para atenção primária e regionalizado deve ser capaz de responder às necessidades da população e atuar sobre todos os fatores determinantes do processo saúde-doença (Macinko & Mendonça, 2018).

Despesas totais em saúde

Observa-se que os recursos aplicados na saúde são sempre crescentes, passando de R\$ 13.757.008,17 em 2017 para R\$ 17.607.110,57 em 2019 (Tabela 1). Para que haja uma eficiente aplicação dos recursos financeiros é crucial que o município faça uma gestão de qualidade, aplicando os conceitos de governança, gestão por resultados, planejamento estratégico situacional, transparência e sustentabilidade (Soler et al., 2017; Silva et al., 2018).

Tabela 1 - Gastos com saúde no município de Augusto Corrêa, Pará.

CATEGORIA	2017 (R\$)	2018 (R\$)	2019 (R\$)
Gasto com medicamentos nas unidades de saúde	917.399,12	612.009,90	1.119.561,00
Gasto na atenção básica	8.275.010,12	13.350.280,04	15.371.377,84
Gasto na assistência hospitalar e ambulatorial	849.631,22	1.362.355,91	1.062.878,07
Gasto como suporte profilático e terapêutico	0	0	0
Gasto em vigilância sanitária	753.922,72	787.233,11	1.029.767,20
Gasto em vigilância epidemiológica	0	0	0
Gasto em outras sub funções	3.878.444,11	1.144.258,08	143.087,46
Total	13.757.008,17	16.644.127,14	17.607.110,57

Fonte: Institucionalização da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa (2021).

O Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) foi elaborado para possibilitar o acompanhamento do gasto do setor, tornando-se uma ferramenta de monitoramento da aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelos estados, Distrito Federal e municípios (Vieira, 2018). Reconhece-se que os repasses financeiros aos entes federativos não são suficientes para as demandas das ações e serviços em saúde. Nesse contexto, ao mesmo tempo em que se torna necessária a avaliação do sistema de saúde, evidencia-se também a necessidade do diálogo sobre o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). O financiamento em saúde no Brasil em sido insuficiente para assegurar a universalidade, integridade e a qualidade da saúde pública. O baixo financiamento federal atinge os três níveis de atenção de modo desigual, afetando principalmente a Atenção Primária à Saúde (APS), que fica em torno de 20% do total aplicado na saúde (Costa & Morimoto, 2017). Pode-se inferir que parte dos problemas estruturais que hoje assolam o SUS é a fator financiamento (Neto et al., 2017).

Entre outros marcos regulatórios, a Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, estabelece que a transferência dos recursos financeiros federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde na modalidade fundo a fundo, anteriormente repassados em cinco blocos, passou a ser realizada, a partir de 10 de janeiro de 2018, aos municípios em duas contas financeiras: custeio e infraestrutura. Outrossim, em 2019, o governo brasileiro lançou uma nova política para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 que institui o Programa Previnde Brasil, estabelecendo novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A política modificou o financiamento da APS para municípios. No lugar de habitantes e de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores (Araújo et al., 2018; Figueiredo et al., 2018; Brasil, 2019).

Até 31 de dezembro de 2019, o financiamento da Atenção Primária foi composto pelos PAB's Fixo e Variável. O PAB Fixo era obtido multiplicando a população residente do município pelo valor per capita que varia entre R\$ 23 e R\$ 28. Para esse cálculo, era usada a estimativa populacional de 2016 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a distribuição dos municípios em quatro faixas, de acordo com os seguintes indicadores: PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica (Brasil, 2019).

O PAB Variável dependia de credenciamento e implantação de estratégias e programas; tais como Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros. Resumidamente, o financiamento do PAB era baseado na lógica per capita populacional e por adesão de estratégias. O novo modelo de

financiamento de custeio da APS é um modelo misto de pagamento que busca estimular o alcance de resultados e é composto pelos seguintes componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Brasil, 2019).

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e na Lei Orgânica da Saúde. Os recursos financeiros federais administrados pelo Fundo Nacional de Saúde destinam-se a financiar as ações e serviços públicos em saúde das entidades integrantes do SUS. Parte deste recurso é transferida para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para que realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde. A partir de janeiro de 2018 os recursos do Ministério da Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, são organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento (Brasil, 2019): I. Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde. II. Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Os recursos que compõem cada Bloco são transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada Bloco e mantidas em instituições financeiras oficiais federais (Brasil, 2019). Os pagamentos realizados na modalidade fundo a fundo são aqueles que se caracterizam pelo repasse por meio de descentralização de recurso diretamente do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) para fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal, de forma regular e automática. Esse tipo de pagamento está relacionado ao cofinanciamento de serviços de ação continuada (Brasil, 2015).

O Ministério da Saúde somente pode transferir recursos para o estado, Distrito Federal e município que tiver, conforme já dispões a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012: I. Alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS. II. Conselho de Saúde instituído e em funcionamento III. Fundo de Saúde instituído por lei, categorizado como fundo público em funcionamento; IV. Plano de Saúde, programação anual de saúde e relatório de gestão submetidos ao respectivo conselho de Saúde (Brasil, 2019).

Indicadores relacionados aos instrumentos de planejamento e gestão da assistência farmacêutica

Quanto aos *Instrumentos de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)*, observa-se, que o município de Augusto Corrêa, Pará, cumpre os principais; a exemplo do Plano Plurianual (PPA), Planejamento Municipal de Saúde (PMS), o Planejamento Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e a Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde (PGASS) (Quadro 3).

Sabe-se que o planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) diz respeito às responsabilidades dos gestores das três esferas de gestão. Como preconiza as legislações do Ministério da Saúde, o planejamento deverá ser organizado como um sistema ascendente e articulado obedecendo as ações programáticas e a previsão orçamentária do Plano de Saúde (Fuginami et al., 2020). O processo de planejamento na saúde pública está pautado em diversos dispositivos legais; tais como a Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as Normas Operacionais Básicas (NOB), as Normas Operacionais e Assistenciais à Saúde (NOAS), o Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006) e o Decreto Presidencial nº 7.508, 28 de junho de 2011 (Ferreira et al., 2018).

A partir do Pacto pela Saúde (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), foi implantado o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), visando organizar o processo de planejamento de forma contínua, participativa, integrada e articulada entre os três entes federativos e, fazendo com que os instrumentos de gestão (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão) tivessem um papel mais amplo como norteadores e condutores no processo de tomada de decisões e aperfeiçoamento na efetividade das ações e na avaliação dos serviços prestados (Trevisan; Junqueira, 2007; Vicentine et al., 2018; Fuginami et al., 2020). A Assistência Farmacêutica está explícita e vinculada aos instrumentos de gestão do Sistema

Único de Saúde (SUS); em especial, ao Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e ao Relatório Anual de Gestão (RAG) e a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) (Ferreira & Soler, 2021).

A gestão do SUS está regulamentada pela Portaria GM/MS nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, que define que a Política de Saúde é sintetizada em três principais documentos: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (Santos, 2020). O Plano de Saúde (PS) é considerado como o instrumento central de planejamento para definição e implementação das iniciativas no âmbito de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde (PAS) é tida como instrumento que coordena as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo atingir as suas metas anualmente e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. O Relatório Anual de Gestão (RAG) é definido como instrumento de gestão que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos necessários no PS (Brasil, 2013; Garcia & Reis, 2016).

Segundo Fuginami (2020), apesar do reconhecimento da importância dos instrumentos de gestão para o planejamento em saúde, observa-se que ainda há muitos entraves em relação à efetivação dos instrumentos de gestão enquanto base das ações em saúde; como por exemplo, a falta de entendimento dos conceitos básicos de sua construção e utilização que acarreta em falhas na sua elaboração, dificuldade na integração desses instrumentos entre si; e destes, com o Plano Plurianual (PPA) do governo, e fragilidade das práticas de articulação, integração e planejamento ascendente.

Quanto a *Gestão Técnica da Assistência Farmacêutica*, observa-se que as etapas da logística de medicamentos (Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição e Dispensação), se dá de forma padronizada, utilizando-se de Procedimentos Operacionais Padrão (Quadro 3). Entretanto, de acordo com informações repassadas pelo gestor, percebe-se falhas em algumas das etapas.

Observa-se que o município não possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), o que pode comprometer algumas fases do Ciclo da Assistência Farmacêutica, prejudicando sua organização. A seleção de medicamentos; por exemplo, deve ser realizada por uma CFT, definindo aqueles medicamentos e insumos que serão disponibilizados pelo SUS para os distintos níveis de atenção à saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011). A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) tem como objetivo selecionar os medicamentos essenciais utilizados no sistema de saúde. É composta, por profissionais de saúde de diversas formações, entre eles o farmacêutico, que tem como papel principal realizar medidas educativas para promover o uso racional de medicamentos. A CFT consiste em uma estratégia onde o gestor toma decisões mais consistentes, fundamentado em saúde baseada em evidências (Barreto & Guimarães, 2010; Teixeira et al., 2017). Neste sentido, a CFT é fundamental nesta etapa da Assistência Farmacêutica e sua ausência implica na redução da efetividade da seleção (Reis & Perini, 2008; Pereira & Fernandes, 2017).

O município não dispõe de um *Sistema Informatizado*, a exemplo do *Sistema Hórus*, que auxilie na gestão da Assistência Farmacêutica; ou seja, pode vir a comprometer todo o ciclo logístico, em especial a Programação de Medicamentos. Segundo Roque (2017), para que seja realizada a etapa de programação, é necessário que exista bases de dados fidedignos para a utilização de informações como perfil epidemiológico, consumo histórico, consumo ajustado, oferta de serviços e entre outros. Portanto, isso explicaria, segundo o autor, a necessidade de se utilizar sistemas de informações e gestão de estoque.

A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) não está estruturada e organizada conforme os marcos legais estabelecidos pela vigilância sanitária, podendo interferir nos padrões de qualidade relacionados ao recebimento, estocagem e segurança contra danos físicos, furtos ou roubos, e a conservação podem não estar sendo executados satisfatoriamente. Segundo Pinto (2016), é comum nas instituições o improvisado nas instalações de seus locais de armazenamento de medicamentos, esquecendo que este espaço deve garantir a qualidade, a disponibilidade nos pontos de distribuição, a segurança e o controle dos produtos estocados. A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) é a unidade de assistência farmacêutica que tem por finalidade o armazenamento de medicamentos e correlatos, onde são realizadas atividades quanto à sua correta recepção,

estocagem e distribuição (Rosa et al., 2006; Correia, 2020). Portanto, uma boa estrutura da CAF é imprescindível para que se possa cumprir as finalidades da etapa de Armazenamento e garantir uma adequada conservação, estocagem e segurança dos medicamentos.

Quanto a aquisição de medicamentos, observa-se que a Secretaria de Saúde de Augusto Correa não utiliza o Sistema de Banco de Preços em Saúde (BPS) do Ministério da Saúde; um sistema que se destina ao registro e à consulta de informações de compras de medicamentos e produtos para a saúde realizadas por instituições públicas e privadas (Brasil, 2021). Esse sistema, criado pelo Ministério da Saúde, informa os preços pagos, em âmbito nacional, por medicamentos e produtos da área da saúde, adquiridos por instituições públicas e privadas cadastradas no banco, pois registra, armazena e disponibiliza a informações por meio da rede *web*. Além disso, o sistema oferece relatórios gerenciais que podem auxiliar as instituições no gerenciamento de seus recursos financeiros (Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, 2011).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) por meio da Resolução nº 18 de junho de 2017, determina que os estados, Distrito Federal e os municípios, sejam obrigados a utilizar o Banco de Preços em Saúde (BPS). Para isso, as instituições de saúde que realizam licitações de medicamentos e insumos, deverão possuir um cadastro no BPS de forma que consigam fazer a inserção das informações de suas compras no sistema (Brasil, 2021).

Há dois profissionais farmacêuticos na gestão municipal, os quais atendem uma população de 46.937 habitantes; ou seja, insuficiente para atender as necessidades no que se refere aos aspectos técnicos-gerenciais técnicos-assistenciais da assistência farmacêutica. A insuficiência de profissionais farmacêuticos pode vir a comprometer o cuidado farmacêutico; visto que este profissional proporciona o uso de medicamentos com qualidade (Organização Mundial da Saúde, 1993; Castro, 2004; Chemello, 2006; Teixeira & Teles, 2017; Moreira, 2017).

Quadro 3 - Indicadores relacionados aos instrumentos de planejamento e gestão da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa.

CATEGORIA/INDICADOR	SIM	NÃO
Política de assistência farmacêutica		
A Coordenação da Assistência Farmacêutica faz parte do organograma oficial da Secretaria Municipal de Saúde?	X	
Tipo de vínculo empregatício do farmacêutico responsável pela Coordenação da Assistência Farmacêutica? R = Contratado	X	
Carga horária de trabalho na função como farmacêutico coordenador da Assistência Farmacêutica no município? R = 30 horas	X	
Existe um plano de cargos e salários que contempla profissionais da Assistência Farmacêutica?		X
Existe mecanismo de avaliação de desempenho dos profissionais da Assistência Farmacêutica com incentivos relacionados a alcance de metas ou produção?		X
Quantos farmacêuticos trabalham nos serviços de saúde do município ou número total de farmacêuticos?	2	
Assistência Farmacêutica consta do Plano Municipal de Saúde (PMS)?	X	
Onde os farmacêuticos estão trabalhando? Pode marcar mais de uma opção: (especifique) R = Central de Abastecimento farmacêutico e Centro de Atendimento Psicossocial	X	
Instrumentos de planejamento e gestão da assistência farmacêutica		
A Assistência Farmacêutica está contemplada no Plano Municipal de Saúde (PMS)?	X	
A Assistência Farmacêutica está contemplada na Programação Anual de Saúde (PAS)?	X	
A Assistência Farmacêutica está contemplada no Plano Diretor de Regionalização (PDR)?	X	
A Assistência Farmacêutica está contemplada no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)?	X	
A Assistência Farmacêutica está contemplada na Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde (PGASS)?	X	
A Assistência Farmacêutica está contemplada na Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO)?	X	
A Assistência Farmacêutica está contemplada na Lei Orçamentária Anual (LOA)?	X	
A Assistência Farmacêutica está contemplada no Plano Plurianual (PPA)?	X	
A Assistência Farmacêutica está contemplada no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)?	X	
A Assistência Farmacêutica está contemplada no Relatório Anual de Gestão (RAG)?	X	
A Assistência Farmacêutica está contemplada no Planejamento Regional Integrado (PRI)?	X	
A prestação de contas feita ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) contempla a assistência farmacêutica?	X	
Gestão técnica da assistência farmacêutica		

Há uma Central de Abastecimento Farmacêutico estruturada e organizada de acordo com os procedimentos operacionais padrão regulamentados pela vigilância sanitária?		X
Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) responsável pela padronização de medicamentos?		X
Existe lista padronizada de medicamentos ou relação de medicamentos essenciais?	X	
Existe um Sistema Informatizado para a Gestão da Assistência Farmacêutica?		X
O município utiliza o Sistema Hórus?		X
O Sistema Hórus atende as necessidades do município?		X
Logística da assistência farmacêutica		
Seleção de medicamentos		
O município se utiliza de procedimentos operacionais padrão para a seleção de medicamentos?	X	
Qual a quantidade (número) total de medicamentos constantes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) do seu município?	160	
Qual a quantidade (número) de medicamentos que compõem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e que constam na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) do município?	160	
Qual a quantidade (número) de medicamentos que não compõem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e que constam na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) do município?	0 (zero)	
Aquisição de medicamentos		
O município se utiliza de procedimentos operacionais padrão para a aquisição de medicamentos?	X	
Quais as formas predominantes de aquisição de medicamentos utilizado pelo município? R = Processo Licitatório Municipal e Compra Centralizada	X	
O farmacêutico participa na elaboração do Termo de Referência (TR) para a aquisição de medicamentos?	X	
O farmacêutico emite parecer técnico no processo licitatório para a aquisição de medicamento?		X
O Município está organizado na forma de consórcio para aquisição de medicamentos?		X
Se o município participa de Consórcio para a Aquisição de Medicamentos, quais as vantagens observadas?		X
O município utiliza a ferramenta do Banco de Preço do Brasil?	X	
A Secretaria de Saúde utiliza as informações disponíveis no Banco de Preços para orientar o processo de aquisição de medicamentos?	X	
A Secretaria de Saúde alimenta o Banco de Preço sem Saúde com informações sobre os preços praticado sem suas aquisições relacionadas à Assistência Farmacêutica?		X
Armazenamento de medicamentos		
O município se utiliza de procedimentos operacionais padrão para o recebimento e armazenamento de medicamentos?	X	
Distribuição de medicamentos		
O município se utiliza de procedimentos operacionais padrão para a distribuição de medicamentos?	X	
Dispensação de medicamentos		
O município se utiliza de procedimentos operacionais padrão para a dispensação de medicamentos?	X	
Práticas de governança no nível da coordenação técnica de assistência farmacêutica		
O município aplica práticas de governança no nível da Coordenação da Assistência Farmacêutica?	X	
O município aplica práticas de gestão por resultados no nível da Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica?	X	
O município aplica práticas de planejamento estratégico no nível da Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica?	X	
O gestor municipal conta com assessoria jurídica para resposta às demandas judiciais para fornecimento de medicamentos?	X	
O gestor municipal conta com assessoria técnica farmacêutica para resposta às demandas judiciais para fornecimento de medicamentos?	X	
Qual a maior incidência de demanda judicial? R = Medicamentos do componente especializado	X	
Quanto as ações técnico-gereciais (logística) feitas pelo farmacêutico no município? R = Gestão da logística farmacêutica, Educação permanente e Educação em saúde	X	
Quanto as ações técnico-assistenciais (Serviços Farmacêuticos) ofertados pelo farmacêutico no município? R = Intervenção farmacêutica e/ou gestão de caso	X	
O município cumpre as ações e/ou serviços previstos na Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde (PGASS)?		X
Políticas setoriais		
O município oferece Práticas Integrativas e Complementares em Saúde?		X
Há medicamentos fitoterápicos (plantas medicinais) ofertados pelo município na rede pública de saúde?		X
De acordo com a RENAME-Fito, quais fitoterápicos (plantas medicinais) são ofertados? R = Nenhuma das alternativas		X
Ha medicamentos homeopáticos ofertados pelo município na rede pública?		X
De um modo geral é realizada a notificação de queixas e/ou eventos adversos a medicamentos para o Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária — Notivisa/Anvisa?		X
Indique três temas (assuntos) para cursos no campo da assistência farmacêutica — via ensino remoto — que você acredita ser oportuno o COSEMS-PA ofertar para os municípios. R = Curso sobre o PGASS, PRI e PDR.	X	

Fonte: Institucionalização da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa (2021).

Quanto as políticas setoriais, observa-se que o município não faz adoção de Práticas Integrativas Complementares (PIC) como ofertas de plantas medicinais e medicamentos homeopáticos, entre outras. As PIC's são sistemas médicos e recursos terapêuticos complexos empregados para promoção do amplo cuidado em saúde, valorizando a autonomia, cultura e o ambiente dos indivíduos (Reis et al., 2018). Essas Práticas, por privilegiarem a atividade terapêutica e se basearem em teorias voltadas para os aspectos ambientais e comportamentais do processo saúde-doença, caracterizam-se como estratégias potencialmente interessantes para o enfrentamento dos novos desafios na atenção à saúde (Habimorad et al., 2020).

Práticas de governança no nível da coordenação técnica de assistência farmacêutica

As práticas de governança no nível da Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF), em especial quanto as pessoas e competências, princípios e comportamentos, liderança organizacional, relacionamento com partes interessadas, estratégia organizacional, alinhamento transorganizacional, estrutura de governança, gestão de risco e controle interno, auditoria interna, *accountability* e transparência (Quadro 5).

No que se refere a *pessoas e competências*, a Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF) não apresentou resultados satisfatórios (Quadro 5). Sabe-se que uma organização para ter resultados satisfatórios depende dos Recursos Humanos que nela trabalham. Desse modo, a CTAF, deve investir em profissionais com competências apropriadas. Nessa dimensão de governança, é primordial mobilizar conhecimentos, habilidades, e atitudes dos trabalhadores em função da otimização dos resultados (Soler et al., 2017). Assim, faz-se necessário, para o bom desempenho dos recursos humanos disponíveis dentro da organização, a qualificação periódica, visando o alcance dos resultados.

Quadro 5 - Práticas de governança no nível da coordenação técnica de assistência farmacêutica.

CATEGORIAS/INDICADORES	SIM	NÃO
Práticas quanto a Pessoas e competências		
Prática L1.1 Utiliza processo transparente e formalizado que oriente a indicação, a seleção e a nomeação de membros da alta administração e da gestão operacional.		X
Prática L1.2 Assegura a adequada capacitação dos membros da alta administração e da gestão operacional, de modo que as competências necessárias à execução de suas atividades sejam desenvolvidas. O processo de capacitação deve ser realizado quando esses forem nomeados para novas funções ou quando se fizer necessário.		X
Prática L1.3 Estabelece sistema de avaliação de desempenho dos membros da alta administração e da gestão operacional.		X
Prática L1.4 Garanti que o conjunto dos benefícios da alta administração seja transparente e adequado para atrair bons profissionais e estimulá-los a se manterem focados nos resultados organizacionais.	X	
Práticas quanto aos Princípios e comportamentos		
Prática L2.1 Adota código de ética e conduta formalmente instituído e suficientemente detalhado e claro que defina padrões de comportamento aplicáveis aos membros dos conselhos, aos da alta administração e aos gerentes da organização.	X	
Prática L2.2 Estabelece mecanismos de controle adequados para evitar que preconceitos, vieses ou conflitos de interesse influenciem as decisões e as ações de membros dos conselhos, da alta administração e de gerentes.	X	
Prática L2.3 Age de acordo com padrões de comportamento, baseados nos valores e princípios constitucionais, legais e institucionais e no código de ética e conduta adotado, servindo de exemplo para todos.	X	
Prática L2.4 Contribui para a boa reputação da organização por meio de boas relações com o cidadão e com outras instituições.	X	
Práticas quanto à liderança organizacional		
Prática L3.1 Avalia, direciona e monitora a gestão da organização, especialmente o alcance de metas institucionais e o comportamento dos membros da alta administração e dos gerentes.	X	
Prática L3.2 Define os papéis e distribuir as responsabilidades entre os membros dos conselhos, da alta administração e os gerentes, de modo a garantir o balanceamento de poder e a segregação de funções críticas.	X	
Prática L3.3 Responsabiliza-se, perante as estruturas de governança (internas e externas), pelo estabelecimento de políticas e diretrizes para a gestão da organização e pelo alcance dos resultados previstos.	X	
Prática L3.4 Avalia os resultados das atividades de controle e dos trabalhos de auditoria e garantir que sejam adotadas as providências cabíveis.	X	
Práticas quanto ao Relacionamento com partes interessadas		
Prática E1.1 Estabelece modelo de participação social, no qual se promova o envolvimento da sociedade, dos usuários e demais partes interessadas na definição de prioridades.		X
Prática E1.2 Estabelece e divulgar canais de comunicação e consulta com as diferentes partes interessadas e assegurar sua efetividade, consideradas as características e possibilidades de acesso de cada público-alvo.	X	

Prática E1.3 Publica, para conhecimento de todas as partes interessadas, a estrutura de governança vigente na organização, assim como os papéis e as responsabilidades definidos.	X	
Prática E1.4 Estabelece relação objetiva e profissional com a mídia, com outras instituições e com auditores.		X
Prática E1.5 Assegura que decisões, estratégias, planos, ações, serviços e produtos fornecidos pela organização atendam ao maior número possível de partes interessadas, de modo balanceado, equitativo, sem permitir a predominância dos interesses de pessoas ou grupos.	X	
Práticas quanto a Estratégia organizacional		
Prática E2.1 Estabelece modelo de gestão da estratégia que considere aspectos como transparência, comprometimento das partes interessadas e foco em resultados.	X	
Prática E2.2 Estabelece modelo de gestão que favoreça o alinhamento de operações à estratégia e possibilite aferir o alcance de benefícios, resultados, objetivos e metas.	X	
Prática E2.3 Estabelece a estratégia da organização e formalizá-la.	X	
Prática E2.4 Comunica às partes interessadas a estratégia da organização.	X	
Prática E2.5 Monitora e avalia a execução da estratégia, os principais indicadores operacionais e os resultados da organização.		X
Práticas quanto ao Alinhamento transorganizacional		
Prática E3.1 Estabelece mecanismos de articulação, comunicação e colaboração que permitam alinhar estratégias e operações das organizações envolvidas em políticas transversais e descentralizadas.	X	
Prática E3.2 Estabelece, de comum acordo, objetivos coerentes e alinhados entre todas as organizações envolvidas na implementação da estratégia, para que os resultados esperados possam ser alcançados.	X	
Práticas quanto a Estrutura de governança		
Prática E4.1 Estabelece e manter política de delegação e de reserva de poderes, de forma a assegurar a capacidade de avaliar, dirigir e monitorar a organização.		X
Prática E4.2 Define os papéis e distribuir as responsabilidades entre os conselhos, a alta administração e a gestão operacional, de modo a garantir o balanceamento de poder e a segregação de funções críticas.		X
Prática E4.3 Define, de forma clara, procedimentos e regulamentos afetos a gestão da estrutura interna de governança, bem como os seguintes processos: elaboração, implementação e revisão de políticas; tomada de decisão, monitoramento e controle.		X
Prática E4.4 Define instâncias internas de apoio à governança e indicar como elas se relacionam com as demais estruturas de governança.	X	
Práticas quanto a Gestão de riscos e controle interno		
Prática C1.1 Fomenta a cultura de gestão de riscos como fator essencial para implementar a estratégia, tomar decisões e realizar os objetivos da organização.		X
Prática C1.2 Estabelece política e estrutura integrada de gestão de riscos e controle interno.		X
Prática C1.3 Assegura que a gestão de riscos e o controle interno sejam parte integrante dos processos organizacionais.		X
Prática C1.4 Considera os riscos que têm impacto sobre outras organizações públicas e demais partes interessadas e comunicar, consultar e compartilhar informações regularmente com essas partes.		X
Prática C1.5 Monitora e analisa a gestão de riscos e o sistema de controle interno, a fim de assegurar que sejam eficazes e apoiem o desempenho organizacional.		X
Práticas quanto a Auditoria interna		
Prática C2.1 Estabelece estatuto que defina o propósito, a autoridade e a responsabilidade da auditoria interna.		X
Prática C2.2 Prove condições para que a auditoria interna seja independente e para que os auditores internos sejam proficientes, atuem de forma objetiva e com zelo profissional ao executar seus trabalhos.		X
Prática C2.3 Garante que seja desenvolvido e mantido um programa de garantia de qualidade e melhoria da auditoria interna, compreendendo todos os aspectos da atividade.		X
Prática C2.4 Assegura que a auditoria interna adicione valor à organização.		X
Práticas quanto ao Accountability e transparência		
Prática C3.1 Publica relatórios periódicos de desempenho dos sistemas de governança e de gestão, de acordo com a legislação vigente e com os princípios de accountability.	X	
Prática C3.2 Publica, juntamente com os relatórios periódicos, parecer da auditoria interna quanto à confiabilidade das informações prestadas, a regularidade das operações subjacentes e o desempenho das operações.		X
Prática C3.3 Publica a decisão quanto à regularidade das contas proferida pelo órgão de controle externo.		X
Prática C3.4 Publica eventuais avaliações da adequação e do desempenho dos sistemas de governança e de gestão realizadas pelos órgãos de controle externo.		X
Prática C3.5 Avalia, periodicamente, o grau de satisfação das partes interessadas com as estratégias e ações da organização, a satisfação quanto a serviços e produtos fornecidos, assim como avaliar a imagem, a reputação e a confiança do público na organização.	X	
Prática C3.6 Compromete-se com a transparência da organização às partes interessadas, admitindo-se o sigilo, como exceção, nos termos da lei.	X	
Prática C3.7 De ofício, garante que sejam apurados os fatos com indício de irregularidade ou contrários à política de governança, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.	X	

Fonte: Institucionalização da assistência farmacêutica no município de Augusto Corrêa (2021).

A capacitação ou qualificação dos profissionais não ocorre nas práticas de governança na organização dentro da CTAF. O trabalho de Barros et al., (2017) afirma que a capacitação dos profissionais é aspecto relevante na consolidação das políticas públicas. A estratégia organizacional deve ser definida de modo a permitir a identificação, o desenvolvimento e a utilização das competências dos indivíduos para o sucesso organizacional (Chouhan & Shivastana, 2014; Montezano, et al., 2019). Nas organizações públicas, a gestão por competências é um dos elementos que proporciona formas flexíveis de gestão, sendo empreendedora e inovadora, uma vez utilizada para promover m serviço público de mais qualidade e eficiência (Guimarães, 2000; Montezano et al., 2019).

Reconhece-se, a premissa de que o domínio de certos recursos tem impacto diretamente no desempenho superior de uma organização, a gestão por competências tem seu cerne o gerenciamento das lacunas de competências, procurando reduzir as disparidades entre as competências disponíveis e as competências tidas como necessárias para a consecução dos objetivos organizacionais e em se mostrado como uma ferramenta importante gerencial estratégica para as organizações (Mello & Amâncio-Filho, 2010; Brandão & Bahry, 2015; Cavalcante & Renault, 2018). A competência profissional pode ser considerada a mobilização de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva através de um conjunto de saberes de natureza diferenciadas, que formam as competências intelectual, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas, que geram resultados reconhecidos individual, coletivo, econômica e socialmente (Paiva & Mageste, 2018).

Quanto aos *princípios e comportamentos*, a Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF) não apresentou resultados satisfatórios (Quadro 5). Necessariamente, precisa ter em seu quadro de pessoal, profissionais com competências e habilidades, que demonstrem elevados padrões de conduta ética. Um dos princípios da boa governança consiste no comprometimento dos membros da equipe com valores éticos, com integridade com observância e cumprimento das legislações (Soler et al., 2107). Obedecendo essa linha de pensamento, o trabalho desenvolvido dentro da organização proporciona resultados eficientes e eficazes.

Quanto a *liderança*, a Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF) não apresentou resultados satisfatórios (Quadro 5). A liderança surge como um processo de construção social (Neto & Moura, 2019). Nesse sentido, um ato de liderar pode implicar em múltiplas referências simultâneas à hierarquia, à identidade, ao poder individual ou compartilhado, à missão, à responsabilidade organizacional (Neto & Moura, 2019). Destaca-se a liderança como um recurso para gerar conhecimento, comportamento e melhoria dos resultados das organizações (Junior et al., 2016).

Quanto a *relação com as partes interessadas*, a Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF) não apresentou resultados satisfatórios (Quadro 5). Precisa se relacionar com os demais setores da organização, com a participação social de forma transparente, divulgar canais de comunicação entre as partes. O foco da CTAF deve ser a prestação de serviços com eficiência, o alinhamento de suas ações com as expectativas das partes interessadas, sejam diretas e indiretas, é fundamental para otimização de resultados (Soler et al., 2017). Então na dimensão em relação com as partes interessadas é fundamental a participação de representantes do segmento social, principalmente nos conselhos municipais de saúde, uma vez que conta como espaço de acompanhamento de implementação de políticas públicas (Barros et al., 2017).

Quanto a *estratégia organizacional*, a Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF) não apresentou resultados satisfatórios (Quadro 5). Deveria estar interligada com a com os principais envolvidos no processo de governança. Os objetivos da organização precisam do comprometimento das partes interessadas, com foco nos resultados.

Quanto ao *alinhamento transorganizacional*, a Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF) não apresentou resultados satisfatórios (Quadro 5). Esta prática identifica sobre como as instituições precisam ter relações transorganizacional, com objetivos e propósitos que possam impulsionar e lhe fortalecer, utilizando-se de mecanismo que propiciam a atuação e cooperação para que os atores possam colaborar com a missão da organização (Tribunal de Contas da União, 2014; Costa et al., 2018). Por esse motivo vale ressaltar, a necessidade de integração horizontal com as políticas públicas,

principalmente de natureza transversal como é o caso da Assistência Farmacêutica, a fim de que haja mecanismo institucionalizado, de forma a desenvolver condições para a atuação conjunta e sinérgica nos envolvidos na organização (Soler, 2017). Os resultados no município foram positivos.

Quanto a *estrutura de governança*, não apresentou resultados satisfatórios (Quadro 5). Entretanto, sabe-se que as estruturas de governança são responsáveis por definir, implantar e manter em funcionamento o sistema de governança da organização (Soler et al., 2017).

Quanto a *gestão de risco e controle interno*, a Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF) não apresentou resultados satisfatórios (Quadro 5). A gestão de risco considera as incertezas e trabalha com esta à luz dos objetivos da organização. Nesse sentido, a gestão de risco visaria a entrega de serviços de qualidade (Souza, 2016; Braga, 2017). Nesse sentido, a gestão de risco se torna importante no que diz respeito, a escolha, seleção dos melhores prognósticos para a organização. Então para se chegar a esses objetivos, que se faça a gestão de risco, bem como um adequado sistema de controle interno nas organizações (Braga, 2017).

Quanto a *Auditoria Interna*, a Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF) não apresentou resultados satisfatórios (Quadro 5). Dessa maneira, a auditoria interna executa uma atividade com objetividade e independência, dando suporte dentro da organização, visando a melhoria dos processos organizacionais, dentre os quais está a gestão de risco (Ribeiro, 2021).

Quanto a *accountability e transparência*, a Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF) não apresentou resultados satisfatórios (Quadro 5). Observa-se publicações de relatórios periódicos de desempenho dos sistemas de governança e de gestão de acordo com a legislação vigente. Por outro lado, houve irregularidades nesse tipo de processo de gestão. Assim, sendo, no contexto das práticas de governança há muito o que ser aprimorado.

As práticas de governança, gestão por resultados e planejamento estratégico situacional, são conceitos novos no campo das ações, atividades e tarefas da Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF). Nesse sentido, uma análise global permite inferir que há muito o que avançar (Soler et al., 2017; Maschieto, 2018).

A Governança diz respeito a estruturas, funções, processos e tradições organizacionais que visam garantir que as ações planejadas, programas, sejam executadas de tal maneira que atinjam seus objetivos e resultados de forma transparente. A governança refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas e não dependem, necessariamente, de poder de polícia para que sejam aceitas e vençam resistências (Brasil, 2013; Dagnino, 2016; Pena, 2016; Bretas Junior & Shimizu, 2017; Casanova et al., 2017; Lima et al., 2019).

A *Gestão por Resultado* é um modelo de administração de organizações que está fundamentado no comprometimento dos colaboradores; ou seja, não está voltado para o número de horas tralhadas, mas no empenho para o cumprimento de metas. Parte-se da premissa de que já existe um direcionamento superior e que aos agentes públicos cabe garantir que ele seja executado da melhor maneira possível em termos de eficiência (Gomes, 2009; Pará, 2012; Soler, 2017). A gestão por resultados enfatiza os objetivos a serem alcançados; assim como nos valores da organização.

O *Planejamento Estratégico Situacional* (PES) é uma importante ferramenta de gestão destinadas aos governos; um processo que permite a identificação, priorização e explicação de problemas, assim como a definição de objetivos, elaboração de operações e ações para alcançar os objetivos (Darosi, 2015; Pereira & Tomasi, 2016). O planejamento deve considerar a integralidade das ações e dos serviços de saúde dos territórios. Trata-se de uma ferramenta que busca a observação para diagnosticar a realidade e propor alternativas para transformá-la. No contexto da Assistência Farmacêutica, várias são as etapas que correspondem ao seu ciclo logístico, as quais devem ser executadas de forma harmônica para que alcance o principal objetivo que é garantir acesso e uso racional de medicamentos (Matus, 1993; Kleba et al., 2011; Organização Pan-Americana da Saúde, 2014; Limberger et. al., 2016; Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, 2021).

Por fim, reconhece-se, que a governança, a gestão por resultados e o planejamento em saúde são essenciais para o desenvolvimento e a sustentabilidade de qualquer área do Sistema Único de Saúde (SUS); em especial, para o campo da Assistência Farmacêutica (Feil & Schreiber, 2017; Soler et al., 2017). Em se tratando de sustentabilidade em saúde, as estratégias para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos ou Uso com Qualidade de Medicamentos, tornam-se imprescindíveis, entre elas, aquelas relacionadas a assegurar a eficácia de fármacos, a efetividade de medicamentos e a eficiência de tratamentos.

Dificuldade, limite e viés: Registra-se dificuldade em acessar dados atualizados. Visão unilateral de um único profissional entrevistado pode configurar um limite. Potencial viés quanto a incompreensão de termos utilizados.

Aplicação: Reflexionar sobre o processo de governança, gestão, planejamento e institucionalização da assistência farmacêutica em nível municipal.

4. Conclusão

Constatou-se o não cumprimento integral dos componentes da gestão técnica da assistência farmacêutica e da gestão clínica do medicamento; assim como das práticas de governança no nível da coordenação técnica de assistência farmacêutica precisam ser aprimoradas; em especial, pessoal e competências, princípios e comportamentos, liderança organizacional, relacionamento com partes interessadas, estratégia organizacional, alinhamento transorganizacional, estrutura de governança, gestão de risco e controle interno, auditoria interna, *accountability* e transparência.

Recomenda-se a implantação de Comissão de Farmácia e Terapêutica, de Sistema Informatizado para Gestão da Assistência Farmacêutica, de Práticas Integrativas Complementares em Saúde, de Serviços Farmacêuticos e utilizar o Banco de Preços em Saúde.

Propõe-se estudos complementares no município de Augusto Correa, Pará, visando correlacionar os indicadores do processo de governança, gestão por resultados, planejamento estratégico situacional com o acesso, uso de medicamentos com qualidade e a melhoria da qualidade de vida dos utentes.

Contribuições dos autores: Os autores TLSF, TCMS, BWBC e GCL conceberam o desenho da pesquisa sob orientação de KCOCC e OS. TLSF, TCMS, BWBC e GCL aplicaram os instrumentos de investigação e escreveram o artigo sob a supervisão de KCOCC e OS. Os autores leram e aprovaram a versão final do documento. O conteúdo do trabalho é de exclusiva responsabilidade individuais dos autores.

Declaração de conflito de interesse: Os autores declaram que a pesquisa foi conduzida na ausência de quaisquer relações comerciais ou financeiras que possam ser interpretados como um potencial conflito de interesse.

Referências

- AbouZahr, C., & Wardlaw, T. (2001). Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bulletin of the World Health Organization*, 79(6), 561–568. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? - PubMed (nih.gov)
- Almeida, H. G. & Silva, G. B. C. (1998). *Programa Informações para Gestão Territorial: Socioeconômica do Município de Augusto Corrêa*. Belém.
- Amorim, A. S. & Campos, R. I. R. De. (2019). Perspectiva de ecoturismo na ilha de Camará-Açu e a relação de pertencimento do pescador local com a APA da Costa do Urumajó. 9(1):4-26. <https://www.seer.ufal.br/index.php/ritur/article/view/5539>
- Araújo, C. E. L., Guilherme, Q. G. & Machado, J. A. (2017). Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciências e Saúde Coletiva*, 22(3), 953-963. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>.

- Araújo, G. R. F. (2012). *Migração, territorialização e pesca em Augusto Correa, PA (1990-2010)*. Universidade Federal do Pará [Dissertação Mestrado, Universidade Federal do Pará]. RIUFPA
- Araújo, S. Q., Costa, K. S., Luiza, V. L., Lavras, C., Santana, E. A. & Tavares, N. U. L. (2017). Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(4):1181-1191. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27042016>
- Barbosa, M. M., Garcia, M. M., Nascimento, R. C. R. M., Reis, E. A., Guerra Junior, A. A., Acurcio, F. A. & Álvares, J. (2017). Avaliação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. *Ciências e Saúde Coletiva*. 22(8):2475-2486. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.10952017>
- Barreto, J. L. & Guimarães, M. C. L. (2010). Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 26(6), 1207-1220. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600014>
- Barros, R. D. et al. (2017). Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. *Rev Saude Publica*. 51(Supl 2):8s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007138>.
- Batista, I. M. S. (2012). Histórias e memórias Urumajoenses: *novas perspectivas*. Sobre o Município (augustocorrea.pa.gov.br)
- Beojone, C., Santos, H., Maruyama, L. & Mariano, E. (2016). Expectativa de vida é suficiente para o IDH? https://www.researchgate.net/publication/311617491_Expectativa_de_vida_e_suficiente_para_o_IDH
- Bermudez, J. A. Z., Esher, A., Osório-de-Castro, C. G. S. Vasconcelos, G. C. C., Oliveira, M. A., Silva, R. M. & Luiza, V. L. (2018). Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(6): 1937-1949. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>
- Boing, A. F & Blatt, C. R. (2013). Gestão da Assistência Farmacêutica: O uso de ferramentas da epidemiologia na assistência farmacêutica. Universidade Federal de Santa Catarina. Módulo_4_unidade_1_revisado (1).pdf
- Braga, M. V. A. (2017). Risco Bottom Up: Uma reflexão sobre o desafio da implementação da gestão de risco no setor público brasileiro. *Revista da CGU*. 9(15):682-699. <https://doi.org/10.36428/revistadacgu.v9i15.103>
- Brasil. Ministério da Saúde. (1990). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1998). Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Brasília. Diário Oficial da União.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2004). Resolução CNS nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006. Institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 84, de 4 de maio de 2006, Seção 1, página 20. Brasília. Distrito Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Editora do Ministério da Saúde. 06_1143_miolo.indd (saude.gov.br)
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). Assistência Farmacêutica no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (1 ed.). Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS. 180p. Brasília.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2011). Assistência Farmacêutica no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. 7, 186. Brasília.
- Brasil. Presidência da República. (2011). 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, 29 jun. 2011.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012) Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. Distrito Federal. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>
- Brasil. Congresso Nacional. (2012). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispões sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde entre outras providências. Brasília. Distrito Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Portaria GM nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Distrito Federal.
- Brasil. Tribunal de Contas da União. (2013). Referencial básico de governança/Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, Coordenação-Geral de Controle Externo dos Serviços Essenciais ao Estado e das Regiões Sul e Centro-Oeste. 57p.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Publicado no Diário Oficial da União (DOU), 28 de março de 2017, seção 1, página 68. Brasília. Distrito Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Portaria nº 2.979, De 12 de Novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília. Distrito Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Portaria nº 2.979, 12 de novembro 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Distrito Federal.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 217p. ISBN 978-85-334-2748-8
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). Banco de dados do Sistema Único de Saúde: DATASUS. <http://www.datasus.gov.br>
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2021). Planejamento e gestão. Organizadores: Santos, A. O., & Lopes, L. T. Brasília. Distrito Federal. covid-19-volume2.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). Gestão do SUS: Banco de Preços em Saúde. <http://antigo.saude.gov.br/gestao-do-sus/economia-da-saude/banco-de-precos-em-saude>.
- Bretas Junior, N., & Eri Shimizu, H. (2017). Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4),1085-1095. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551007>
- Bueno, H. (2010). Histórico e avanços na utilização das Salas de Situação em Saúde no Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde; 62p. Título da apresentação do treinamento (paho.org)
- Cavalcante, F. V. & Renault, T. B. (2018). Gestão por competência: Uma avaliação das práticas de pessoas em uma instituição pública de ciência e tecnologia em saúde. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. 15(2). <https://doi.org/10.21450/rahis.v15i2.4541>
- Carvalho, A. L. B, Jesus, W. L. A, Senda, I. M. V. B. (2017). Regionalização no SUS: o processo de implementação, desafios e perspectiva na visão crítica de gestores do Sistema. *Ciência e Saúde Coletiva*. 22(4):1155-1164. [10.1590/1413-81232017224.30252016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016)
- Casanova, A. O. Cruz, M. M., Giovanella, L. Alves, G. dos R. & Cardoso, G. C. P. (2017). A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22. 1209-1224. [10.1590/1413-81232017224.26562016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26562016).
- Corrêa, E. R. P. & Miranda-Ribeiro, A. de. (2017). Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(3):1005-1015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26652016>.
- Correia, E. O. (2020). Análise da infraestrutura e condições de armazenamento dos medicamentos da central de abastecimento farmacêutico, de um município do Extremo Sul Baiano. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*. 9(16). <https://cadernosuninter.com/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/1480/1096>
- Costa, A. C. P., Leal, A. F. P., Nascimento, L. C. B. do, Mendonça, C. M. C. de, & Guerra, L. C. B. (2018). Alinhamento da gestão de processos com os mecanismos do modelo de governança pública do TCU: O estudo de caso em uma universidade federal da Amazônia Oriental. *Revista Do Serviço Público*. 69(3):741-772. <https://doi.org/10.21874/rsp.v69i3.3183>
- Costa, J. S. D. & Morimoto, T. (2017). Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família uma análise de tendência. *Ciências e Saúde Coletiva*. <https://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-primaria-gastos-com-saude-e-estrategia-saude-da-familia-uma-analise-de-tendencia/16013?id=16013>
- Dagnino, R. (2016). Gestão Estratégica Pública. Fundação Perseu Abramo.
- Feil, A.A. & Schreiber, D. (2017). Sustentabilidade e desenvolvimento sustentável: desvendando as sobreposições e alcances de seus significados. *Cad. EBAPE.BR*. 14(3):667-681 <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395157473>
- Ferreira, J. E. De S. M. (2020). Sistema de Informação em Saúde no apoio da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em saúde*. 14(4):970-82. <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i4.1923>
- Ferreira, J., Celuppi, I. C., Baseggio, L., Geremia, D. S., Madureira, V. S. F. & Souza, J. B. de. (2018). Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde e Sociedade*. 27(1):69-79. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170296>
- Ferreira, R. L. & Soler, O. (2021). Prática de governança e gestão técnica da assistência farmacêutica no Município de Xinguara, Pará. *Research, Society and Development*. 10(4). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14416>
- Figueiredo, J. O., Prado, N. M. de B. L., Medina, M. G., Paim, J. S. (2018). Gastos públicos e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde debate*. 42(spe2). 37-47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>
- França, E., Teixeira, R., Ishitani, L., Duncan, B. B., Cortez-Escalante, J. J., Morais, Neto O. L. & Szwarcwald, C. L. (2014). Causas mal definidas de óbito no Brasil: método de redistribuição baseado na investigação do óbito. *Rev Saude Publica*. 48(4):671-681. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005146>
- Fuginami, C. N., Colussi, C. F. & Ortiga, A. M. B. (2020). Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. *Saúde em Debate*, 44(126), 857-870. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012620>
- Garcia, P. T. & Reis, R. S. (2016). *Gestão Pública em Saúde: O plano de saúde como ferramenta de gestão*. EDUFMA.
- Garnelo, L., Sousa, A. B. L. & Silva, C. de O. da. (2017). Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(4):1225-1234. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>
- Gomes, E. G. M. (2009). Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. EAESP/FGV.
- Gonçalves, N. V. & Gasparetto, D. (2008). Modelo de análise espaço-temporal da prevalência da malária, no município de Bragança e Augusto Correa, PA, no período de 2001 a 2006. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. 12(270):1-7. Modelo de análise espaço-temporal da prevalência da malária, no município de Bragança e Augusto Correa – PA, no período de 2001 a 2006 (ub.edu)

- Habimorad, P. H. L., Catarucci, F. M., Bruno, V. H. T., Beteto, I. S., Fernandes, V. C., Demarzo, M. M. P., Spagnuolo, R. S. & Patricio, K. P. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: revisão narrativa. *Cien Saude Colet.* 25(2):395-405. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>
- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). (2021). Município de Augusto Corrêa. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/augusto-correa/panorama>
- Kleba, M. E., Krauser, I. M. & Vendruscolo, C. (2011). O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. *Texto & Contexto – Enfermagem.* 20(1):184-193. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100022>
- Kleinert, S. & Horton, R. (2011). Brasil: no caminho da sustentabilidade e da igualdade na saúde. *Lancet.* 1:1-3. 11.
- Landmann-Szwarcwald, C. & Macinko, J. (2016). A panorama of health inequalities in Brazil. *Int J Equity Health.* 15(1):174. 10.1186/s12939-016-0462-1
- Lima, L. D. et al. (2019). Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cadernos de Saúde Pública.* 35(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094618>
- Limberger, J. B., Carpes, A. D., Noal, C. B. & Werlang, M. C. Gestão da assistência farmacêutica em hospital de ensino: a contribuição do planejamento estratégico situacional. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde.* 13(2). <https://doi.org/10.21450/rahis.v13i2.3114>
- Lucena, K.D.T., Deininger, L.S., Silva, E.A., Figueiredo, D.C.M., Pereira, A.J. & Vianna, R.P.T. (2014). Sala de situação em saúde como ferramenta de gestão: planejamento das ações no território. *Rev enferm UFPE.* 8(3):702-8. DOI: 10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.0803201427
- Macinko, J. & Mendonça, C. S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate.* 42:18-37. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?format=pdf>
- Mallmann, E. M. (2015). Pesquisa-ação educacional: preocupação temática, análise e interpretação crítico-reflexiva. *Cadernos de Pesquisa,* 45(155), 76-98. <http://dx.doi.org/10.1590/198053143088>
- Malta, D. C. et al. (2016). A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 21(2):327-338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.
- Maschioto, F. (2018). Avaliação dos indicadores de estrutura, processo e resultado da assistência farmacêutica básica na região metropolitana de Campinas. Piracicaba. Dissertação (Mestrado profissional). Guerra, L. M. (Orientador). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. São Paulo. Ficha Catalográfica Online (core.ac.uk)
- Mallmann, E. M. (2015). Pesquisa-ação educacional: preocupação temática, análise e interpretação crítico-reflexiva. *Cadernos de Pesquisa,* 45(155), 76-98. <http://dx.doi.org/10.1590/198053143088>
- Matus, C. (1993). Política, planejamento e governo. Ipea. 1 & 2. Brasília. *Brasília; IPEA; 1993. 591 p. ilus. graf.(IPEA, 143).*
- Minayo, M. C. S.; Costa, A. P. (2018). Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação,* 40:139-153. ISSN 1645-7250
- Montezano, L., Medeiros, B. N., Pinheiro, A. O. & Oliveira, C. A. A. M. de. (2018). Percepção de Servidores de uma Organização Pública Federal Quanto à Implantação da Gestão por Competências. *Gestão E Sociedade.* 13(34). <https://doi.org/10.21171/ges.v13i34.2563>
- Moraes, D. A. F. (2020). Qualificação da assistência farmacêutica no município de Paraúna, Goiás. Paraúna. Paraúna. Projeto de Intervenção (Especialização). Ferraz, S. F. (Orientador). Escola de Saúde de Goiás: Superintendência da Escola de Saúde de Goiás Escola de Saúde de Goiás. 33p. Goiás. Brasil.
- Moya, J., Santos, E. & Mendonça, A.V. (2009). Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 9788579670039_por.pdf (paho.org)
- Mucci, C. B. M. R. & Mafra, R. M. (2016). Pesquisa-ação e mediação dialógica como práticas metodológicas para emergência da ação comunicativa em Conselhos Gestores de Políticas Públicas. *Rev. Adm.* 50(1):107-128. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612136991>
- Navegantes, C. B. & Reis, N. M. G. (2017). Educação ambiental: uma abordagem sócio educativa na localidade de Pirateua, Augusto Correa/PA. Graduação. Belém. (Trabalho de Conclusão de Curso). Cardoso, V. A. (Orientador). Universidade Federal Rural da Amazônia. Curso de Pedagogia. Pará.
- Neto, V. L. C. & Moura, G. L. (2019). Liderança e Autonomia nas novas formas de organização do trabalho: comparando empresas do porto digital de Pernambuco. *Revista Gestão Organizacional,* 12(4):63-93. 10.22277/rgo.v12i4.4803
- Nora, L. C. D. (2016). A Assistência Farmacêutica no planejamento: relação entre a participação dos profissionais e a qualificação da gestão. Brasília. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Tavares, N. U. L. (Orientadora). Distrito Federal. Brasil.
- Nora, L. C. D., Costa, K. S. Araújo, S. Q. & Tavares, N. U. L. (2019). Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. *Cadernos Saúde Coletiva.* 27(3):278-286. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900030359>.
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2021). Objetivo de Desenvolvimento Sustentável: 3 Saúde e Bem-Estar. <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2014). Manual de planejamento, execução e avaliação de projetos da Representação da OPAS/OMS no Brasil/Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 62. manual de planejamento 2015_a.pdf (paho.org)
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2010). Salas de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil/Organização Pan-Americana da Saúde. Orgs. José Moya, et al. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde. sala_situacao_saude_2010.pdf

- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 6736(11):60054-8. [925_brazil1.pdf](#) (actbr.org.br)
- Paiva, K. C. M. & Mageste, G. S. (2018). Gestão de competência profissionais: Estudo comparativo com Médicos e Enfermeiros de dois hospitais. *Revista de Administração e Inovação Hospitalar*. 15(2). <https://doi.org/10.21450/rahis.v15i2.4890>
- Pena, A.A. (2016). Boas Práticas de Governança e sua Aplicabilidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Monografia (Especialização). Universidade de Brasília: Curso de Especialização em Gestão Pública na Saúde. Menelau, S. (Orientadora). Distrito Federal. Brasil. https://bdm.unb.br/bitstream/10483/14307/2/2016_AlexandreAntunesPena_tcc.pdf
- Pereira, B. dos S. & Tomasi, E. (2016). Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 25(2):411-418. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200019>
- Pereira, C. M. S. & Fernandes, C. S. E. (2017). Avaliação do ciclo da Assistência Farmacêutica nas farmácias hospitalares de Mogi Guaçu e Mogi Mirim – SP. *FOCO: Caderno de Estudos e Pesquisas*. 12:73-91. avaliação do ciclo da assistência farmacêutica nas farmácias hospitalares de mogi guaçu e mogi mirim- sp | pereira | foco: caderno de estudos e pesquisas (revistafoco.inf.br)
- Pereira, F. Z., Araújo, A. G., Santos, A. M., Naves Silva, L. M. N., Oliveira, L. P. L., Lopes, P. V., Souto, R. & Lima, H. (2021). Mortalidade Infantil e sua relação com as políticas públicas em saúde sob o olhar dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Estado de Goiás. *Brazilian Journal of Health Review*. 4(1):3331-3348. DOI:10.34119/bjhrv4n1-262
- Pinto, V. B. (2016). Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados. *OPAS/OMS-Representação Brasil*. 1(12). Fascículo 012a.pdf (paho.org)
- Prata, N., Passano, P., Rowen, T., Bell, S., Walsh, J., & Potts, M. (2011). Where there are (few) skilled birth attendants. *J Health Popul Nutr*. 29(2):81-91. [10.3329/jhpn.v29i2.7812](https://doi.org/10.3329/jhpn.v29i2.7812)
- Preuss, L. T. (2011). O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. Doutorado (Tese). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Fernandes, I. (Orientadora). Porto Alegre. Brasil.
- Preuss, L. T. (2018). A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. *Rev. Katálysis*. 21(2):324-335. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>
- Ramos Junior, I. De O., Neto, M. T. R., Kilmnik, Z. M. & Souki, G. Q. (2016). Liderança organizacional: um levantamento bibliográfico. *Universitas Gestão e TI*. 6(2):87-95. [10.5102/un.gti.v6i2.4189](https://doi.org/10.5102/un.gti.v6i2.4189)
- Reis, A. M. M. & Perini, E. (2008). Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. *Cien. Saúde Colet*. 13 (suppl):603-610. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700009>
- Reis, B. O., Esteves, L. R. & Greco, R. M. (2018). Avanços e desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares no Brasil. *Rev. APS*. 21(3):355 - 364. Vista do avanços e desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares no brasil (ufjf.br)
- Ribeiro, R. A. A. (2021). Atuação dos auditores internos em organizações de saúde do poder Executivo Federal Brasileiro. *Pubsaúde*. 5:a101. <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude5.a101>
- Rodrigues Martins, P. C., Jardim Cury Pontes, E. R., & Higa, L. T. (2018). Convergência entre as Taxas de Mortalidade Infantil e os Índices de Desenvolvimento Humano no Brasil no período de 2000 a 2010. *Interações (Campo Grande)*: 19(2):291-303. <https://doi.org/10.20435/inter.v19i2.1552>
- Roque, E. S. (2017). Assistência farmacêutica: um perfil da gestão municipal. Cuiabá. (Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Saúde Coletiva. Galvão, N. D. (Orientador). Universidade Federal de Mato Grosso. Mato Grosso.
- Santos Neto, J. A., Mendes, A. N., Pereira, A. C. & Paranhos, L. R. (2017). Análise do financiamento e gastos do Sistema Único dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo. *Ciências e Saúde coletiva*. 22(4): 1269-1280. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28452016>
- Santos, C. L., Santos, P. M., Pessali, H. F. & Rover, A. J. (2020). Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 25(11):4389-4399. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019>
- Santos, L. (2017). Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo sistêmico do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*. 22(4):1281-1189. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>
- Silva, C. R., Souza, T. C. de, Lima, C. M. B. L., & Silva Filho, L. B. e. (2018). Fatores associados à eficiência na Atenção Básica em saúde, nos municípios brasileiros. *Saúde Em Debate*. 42(117):382–391. <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/205>
- Silva, I. C. M., Restarepo-Mendez, M. C., Costa, J. C., Ewerling, F., Hellwig, F., Ferreira, L. Z., Ruas, L. P. V., Joseph, G. & Barros, A. J. D. (2018). Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 27(1):e000100017. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100017>
- Silva, R. M. da., Pereira, N. C., Mendes, L. V. P. & Luiza, V. L. (2016). Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*. 21(5):1421-1432. [10.1590/1413-81232015215.27692015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.27692015)
- Soler, O., Sinimbu, A. V., Figueiredo, D. C., Vieira, H. K. S., Galucio, N. C. R., Pinheiro, P. N. Q., Sena, S. S. I., Silva, V. G., Vieira, V. M. B., & Ledo, Y. (2017). A reorientação da assistência farmacêutica na secretaria municipal de saúde de Belém (PA): Relato de experiência. *Revista Eletrônica de Farmácia*. 14(4):41-55. <https://doi.org/10.5216/ref.v14i4.45427>
- Souza, G. S., Costa, E. A., Barros, R. D., Pereira, M. T., Barreto, J. L., Guerra-Junior, A. A., Acurcio, F. C. A., Guibu, I. A., Álvares, J., Costa, K. S., Karnikowski, M. G. O., Soeiro, O. M., & Leite, S. N. (2017). Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 51(supl. 2):7s. <https://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007135>

- Teixeira, S. R., Teles, M. & Moreira, P. (2017). Avaliação do Perfil da Assistência Farmacêutica dos Municípios do Sudoeste da Bahia. *Id online. Revista de Psicologia*. 11(38):454. 10.14295/idonline.v11i38.912.
- Trevisan, L. & Junqueira, L. A. P. (2007). Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc. Saúde Colet.* 12(4):893-902. 9.4 leonardo.pmd (scielo.br)
- Uchimura, L. Y. T., Felisberto, E., Fusaro, E. R., Ferreira, M. P., & Viana, A. L. A. (2017). Evaluation performance in health regions in Brazil. *Revista brasileira de saúde materno infantil*. 17(suppl 1):S259-S270. 10.1590/1806-9304201700s100012
- Venancio, S. I., Rosa, T. E. C., Sanches, M. T. C., Shigeno, E. Y. & Souza, J. M. P. (2016). Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 16(3): 283-293. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000300004>
- Vicentine F. B., Delatorre, T. & Feltrin, A. F. S et al. (2018). Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. *Medicina*. 51(1):1-11. <http://www.revistas.usp.br/rmp/article/view/150073>
- Vieira, F. S. (2018). Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único no período de 2010 a 2016. Texto para Discussão, 2356, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília. Distrito Federal. TD_2356.pdf (ipea.gov.br)
- Wopereis, A. B. (2015). Avaliação da Assistência Farmacêutica de um município catarinense. Sete Lagoas. Graduação (Trabalho de Conclusão de Curso). (Orientador) Colussi, C. F. Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Farmácia. Santa Catarina.
- Yin, R. K. (2015). Estudo de caso: planejamento e métodos. (5a ed.), Bookman.