

## **A GESTÃO FARMACÊUTICA NA POLÍTICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA GRATUITA**

**ANA CAMILA GARCIA SENA**

**MÔNICA KARLA VOJTA MIRANDA**

kmila\_sena@hotmail.com

### **RESUMO**

Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, sendo o medicamento o insumo essencial. Esta pesquisa tem como objetivos o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. O ciclo de políticas, no âmbito governamental, é um modelo de representação do complexo processo que envolve a construção de uma determinada decisão e sua execução. A implementação das Políticas de Saúde foi baseada na identificação dos problemas e necessidades enfrentadas pela sociedade no âmbito da saúde e setores que possam estar diretamente ou indiretamente ligados à promoção da saúde, tais como desemprego, saneamento básico, moradia adequada, falta de acesso aos medicamentos. Na cidade de Santarém, localizada no Oeste do estado do Pará, a compreensão do fluxograma de Assistência Farmacêutica provavelmente ainda é deficiente, visto que a falta de medicamentos no hospital e postos de saúde, pertencentes à rede pública, tem sido tema de notícias publicadas em jornais veiculados na cidade. Não foi possível identificar, através das reportagens publicadas nos jornais incluídos na pesquisa, qual profissional está responsável pelo gerenciamento da Assistência Farmacêutica do município, muito menos detectou-se a presença de farmacêuticos nas etapas exigidas de fluxo de Assistência Farmacêutica. Um dos maiores problemas do Sistema Único de Saúde é a dificuldade em garantir o fornecimento de medicamentos à população, de acordo com as suas necessidades. A partir de tal afirmação, percebe-se que este não é um problema de saúde pública apenas do município de Santarém, e sim um problema em nível nacional. Logo, se considera que o município não é o principal “culpado” de tal acontecimento.

### **PALAVRA-CHAVE:**

Assistência Farmacêutica, Gestão, Políticas Públicas.

**<sup>1</sup>Conselho Federal de Farmácia. A assistência farmacêutica no SUS / Conselho Federal de Farmácia Conselho Regional de Farmácia do Paraná; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2009.**

### **ABSTRACT**

Pharmaceutical assistance addresses a set of actions aimed at the promotion, protection and recovery of health, both individual and collective, and the medicine the essential input. This research has as objectives the development and production of medicines and supplies, as well as their

selection, programming, procurement, distribution, dispensation, quality assurance of the products and services, monitoring and evaluation of their use, in the interest of obtaining concrete results and improvement of the quality of life of the population. The cycle of policies within the Government is a model of representation of the complex process that involves the construction of a particular decision and its execution. The implementation of health policies was based on the identification of problems and needs faced by society in the field of health and sectors that may be directly or indirectly related to health promotion, such as employment, sanitation, adequate housing, lack of access to medicines. In the city of Santarém, located in the West of Pará State, understanding of Pharmaceutical Assistance flowchart probably still is deficient, since the lack of medicines in the hospital and clinics, belonging to the public network, has been the subject of news published in newspapers published in the city. It has not been possible to identify, by means of reports published in the newspapers included in the search, which is responsible for the professional management of Pharmaceutical Assistance, very same detected the presence of pharmacists on the steps required of Pharmaceutical Assistance flow. One of the biggest problems of the unified health system is the difficulty in securing supplies of medicines to the population, according to your needs. The culmination of such a claim, this is not a public health problem only in the municipality of Santarém, but it is a problem at the national level. Therefore, it is considered that the municipality is not the main guilt of such event.

#### **KEYWORD:**

Pharmaceutical Assistance, Management, Public Policy.

#### **INTRODUÇÃO**

De acordo com o Art. 1 da Resolução número 338/04, a:

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

As ações estabelecidas dentro da Assistência Farmacêutica precisam ser desenvolvidas de forma sistêmica, ou seja, baseadas na integração de todas as ações, assegurando o cumprimento de prazos, manutenção da qualidade e equilíbrio, de maneira a proporcionar a sua universalidade, equidade e integralidade. Dessa forma, necessita de organização de trabalho que amplie sua complexidade, atuando de acordo com o nível de aperfeiçoamento das atividades e da qualidade impressa nos serviços realizados.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública a ser utilizada como subsídio para a formulação de Políticas Públicas Setoriais, basicamente nos Municípios. Dentre as Políticas

Públicas Setoriais, destacam-se políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos.

A Portaria número 3.916/GM, publicada no dia 30 de outubro de 1998, aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que tem como principais objetivos facilitar o acesso aos medicamentos essenciais e promover o uso racional de medicamentos; os quais são cumpridos a partir da reorientação da Assistência Farmacêutica, que é julgada como diretriz fundamental da PNM. O Conselho Federal de Farmácia deixa claro que:

...a compreensão deste conceito é de suma importância, uma vez que, com frequência e de forma errônea, ocorre a distribuição de medicamentos sem os necessários critérios que assegurem o uso racional e seguro desses produtos. Por isso, quando se fala em acesso, no caso específico dos medicamentos, significa ter o produto certo para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar adequado, com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado, tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde. Portanto, "acesso", no contexto do uso racional e seguro, não podem estar restritos ao produto medicamento, ocorrendo somente por meio da articulação das ações inseridas na assistência farmacêutica e envolvendo, ao mesmo tempo, o acesso ao conjunto de ações de atenção à saúde, com serviços qualificados. Tal entendimento torna

essencial à reafirmação de que o conjunto de ações inerentes à assistência farmacêutica inclui tanto aquelas de caráter intersetorial como aquelas resultantes de atividades multiprofissionais, cuja adequada articulação tem por objetivo gerar impactos positivos no processo de atenção à saúde, além daquelas de caráter específico dos diferentes profissionais atuantes nesse campo.<sup>1</sup>

Para que a Assistência Farmacêutica atinja seus objetivos, é necessário que os profissionais envolvidos na gestão das ações pertencentes a essa política sejam capazes de planejar, organizar, coordenar, acompanhar e avaliar o trabalho desenvolvido pelos funcionários, que estão diretamente ligados às atividades de organização e produção de serviços junto à população. O planejamento das ações é importante para a implementação da Política e a organização dos serviços deve ser efetuada a partir dos limites impostos pela realidade e devem atender aos objetivos propostos pela Assistência Farmacêutica, enfatizando que, não só os gestores da Assistência Farmacêutica, mas também todos os profissionais que executam atividades no Ciclo da Assistência Farmacêutica são responsáveis por gerir a Assistência Farmacêutica, sendo que tal gestão deve ser baseada nos indicadores demográficos.

Podemos afirmar que os indicadores demográficos são fatores condicionantes para modificações expressivas na gestão da Assistência Farmacêutica, pois podem causar maior ou menor consumo dos medicamentos, gerando assim alterações no custo social.

O acesso ao medicamento, que é o principal objetivo da Assistência Farmacêutica, vem ser uma das propostas do processo de promoção à saúde, e tem como responsáveis pelo desenvolvimento desta ação os Governos Federal, Estadual e Municipal. Os medicamentos são adquiridos pelos Governos e distribuídos à população por intermédio dos hospitais, unidades e postos de saúde da rede pública. Sendo que antes da aquisição dos medicamentos, se faz necessária a seleção e programação dos medicamentos julgados essenciais para o Município e/ou Estado.

A seleção é embasada no perfil epidemiológico, técnico e econômico do Município e/ou Estado, e desenvolvida por uma comissão composta por

multiprofissionais da área da saúde, denominada de Comissão Farmacêutica Terapêutica – CFT. É determinada como a atividade mais importante da Assistência Farmacêutica, pois é a partir dela que as demais atividades pertencentes à Assistência Farmacêutica são desenvolvidas. Durante a seleção há a elaboração de um documento que reúne informações técnico-científicas a respeito dos medicamentos selecionados, definido como formulário terapêutico, que servirá como referência pelos profissionais da rede pública no ato da prescrição.

A partir da programação, estima-se a quantidade de medicamentos que deverão ser adquiridos para atender a determinada demanda da população, em um determinado período de tempo. Uma programação sem embasamento da realidade vivenciada pelo Município e/ou Estado implicará em falhas no abastecimento e acesso da população aos medicamentos.

A compreensão deste fluxograma se faz importante, pois evita a aquisição desnecessária de medicamentos, bem como a perda e descontinuidade no abastecimento e, conseqüentemente, a descontinuidade no tratamento terapêutico de muitos indivíduos de um Município e/ou Estado.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### Políticas Públicas

De acordo com Vilasbôas e Pain (2008), o ciclo de políticas, no âmbito governamental, é um modelo de representação do complexo processo que envolve a construção de uma determinada decisão e sua execução, tendo a implementação de políticas como um dos momentos desse processo. A partir das políticas, as decisões tomadas acerca do que fazer para enfrentar os problemas ou atender às necessidades da população, passam a ser operacionalizadas. A identificação dos problemas e das necessidades pode ser identificada a partir de uma relação entre o Estado e a sociedade.

Então, seguramente podemos afirmar que a implementação das Políticas de Saúde foi baseada na identificação dos problemas e necessidades enfrentadas pela sociedade

<sup>1</sup> Conselho Federal de Farmácia. A assistência farmacêutica no SUS / Conselho Federal de Farmácia Conselho Regional de Farmácia do Paraná; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2009.

no âmbito da saúde e setores que possam estar diretamente ou indiretamente ligados à promoção da saúde, tais como, desemprego, saneamento básico, moradia adequada, falta de acesso aos medicamentos. O planejamento entra como mediador das diretrizes políticas e operacionalizações dos serviços de saúde, que tem a sua criação a partir da identificação dos já citados problemas ou necessidades.

Vilasbôas e Pain (2008) afirmam, também, que no Brasil o processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS tem colocado a gestão como elemento central da implementação das políticas de saúde, o modo concreto de operá-las mediante processo de negociação entre os dirigentes das três esferas administrativas. Além disso, ressaltam que:

O planejamento em geral, e o planejamento em saúde, em particular, apresentam várias denominações nas literaturas nacionais e latino-americanas. O planejamento tem sido designado como um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhos.<sup>2</sup>

## **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE – PNPS.**

Para o Ministério da Saúde (2006), a vida em sociedade vem sofrendo mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, desde o século XIX e que se intensificaram no século passado. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários. Com todas as transformações evidenciadas, notou-se que no processo saúde-doença a saúde é resultado dos modos de organização da produção, trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico, e a atenção e cuidado à saúde ainda está muito direcionada a sintomas e não na identificação do condicionante e determinante envolvido no processo, tais como: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Após a “criação” de um novo conceito do processo saúde-doença, percebeu-se a

necessidade de adotar novas estratégias no combate às doenças. As estratégias estão direcionadas à redução da vulnerabilidade ao adoecer. A redução da vulnerabilidade torna-se realidade na medida em que a sociedade dispõe de boas condições de vida, a qual é proporcionada através de moradias adequadas; saneamento básico; acesso à educação, lazer, cultura e trabalho digno. O conjunto dessas dá origem ao processo de promoção à saúde.

Para que o processo de promoção à saúde aconteça se faz necessária a implantação de políticas públicas que priorizem a gestão e a produção do conhecimento na sociedade, através de ações sociais que possam potencializar a autonomia dos indivíduos e coletivos de modos de vida saudável.

A Saúde Pública no Brasil ganhou destaque no ano de 1986, devido à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, que teve como tema “Democracia é Saúde”. Para o Ministério da Saúde (2006), a Conferência Nacional de Saúde foi o ponto crucial de um processo de discussão que lançou as bases da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

A implantação do Sistema Único de Saúde buscou resgatar o compromisso do estado para com a população, tendo a sua regulamentação em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080, que define o modelo operacional do SUS, estabelecendo as formas de organização e de funcionamento.

O termo saúde passa a ser definido da forma mais abrangente:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde às ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

O SUS passa então a ser o responsável pelas ações e serviços de saúde, tendo os órgãos e instituições públicas a responsabilidade pelo gerenciamento das atividades. Fundações que são mantidas pelo Poder Público também podem participar do gerenciamento, assim como

<sup>2</sup>Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 1240. 2008.

as instituições privadas participarão em caráter complementar, ou seja, sua participação será através dos serviços prestados à população e que terão seus custos bancados pelo Poder Público.

O Ministério da Saúde (2006) ressalta que a promoção da saúde através do SUS é vista como uma estratégia, cujo modo de pensar e de operar está articulado a políticas e tecnologias desenvolvidas no Sistema de Saúde brasileiro, podendo assim contribuir com a construção de ações que possibilitem sanar as necessidades sociais em saúde através de estratégias focadas nos aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País, como por exemplo, violência, desemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada, falta de acesso à educação, urbanização desorganizada. Como consequência disso, podemos afirmar que a atenção e a gestão dos serviços de saúde tornam-se ações com ampliação de compromisso e de responsabilidades entre trabalhadores da Saúde, usuários e território em que se localizam, uma vez que a promoção à saúde passa a ser inseparável das mobilizações de recursos políticos, humanos e financeiros que ultrapassam o âmbito da saúde, exigindo assim a intersetorialidade.

A Construção da intersetorialidade tem como objetivo a integração dos diversos setores na articulação das ações voltadas para a promoção da saúde. Sendo que cada setor, a partir de suas responsabilidades, produzem intervenções que possam garantir a melhoria na qualidade de vida da população. A integração dos setores possibilita a percepção de que o processo saúde-doença está condicionado a diversos aspectos da sociedade. A participação dos mesmos nas tomadas de decisões está atrelada a convocação do setor da Saúde. Podemos assim afirmar que o processo de promoção da saúde necessita de um mecanismo de fortalecimento e implantação de política transversal, integrada e intersetorial, o qual terá como objetivo promover o diálogo entre as diversas áreas do Governo, setor privado e sociedade.

O Ministério da Saúde (2006) enfatiza que:

...a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando a romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-doença e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.

Com a implantação do SUS, as ações no âmbito da saúde passaram a ser desenvolvidas de uma forma universal, integral e equânime. Ao mesmo tempo, o Governo buscou investir mais em pesquisas, debates e construção de práticas sanitárias cotidianas que possam consolidar um modelo de atenção à saúde que priorize a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. Para se alcançar um objetivo tão amplo e significativo, é necessário transformar as condições de trabalho, de moradia, de alimentação, do meio ambiente e de lazer, dentre outras, que determinam, em última instância, maior ou menor saúde.

Voltemos nossa atenção para o fato que o Ministério da Saúde buscou entender que seria preciso superar “vícios” presentes no processo administrativo assim como a direcionar as ações para as necessidades da sociedade. Como consequência disto, foi possível reduzir os desperdícios dos recursos públicos e aumentar a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes. Tais ações garantiram o cumprimento dos princípios do SUS e a melhoria dos serviços prestados à promoção da saúde.

Justamente por isso o Ministério da Saúde percebeu a necessidade da elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada a partir da Portaria número 687, publicada no dia 30 de março de 2006, que tem como principal objetivo a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Malta (2009) ressalta que:

A aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ratificou a institucionalização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal processo não só revelou o acúmulo conceitual e da práxis cotidiana do sistema de saúde brasileiro como também a importância da análise de situação em saúde para a eleição de prioridades e focalização das ações sanitárias. Em atenção à ampliação do conceito de saúde e valorização da abordagem epidemiológica, foram eleitas áreas temáticas prioritárias para a implementação da PNPS.

O Ministério da Saúde (2006) julga a Política Nacional de Promoção da Saúde como oportuna, visto que o seu processo de construção e de implantação/implementação provoca a mudança

no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. As mudanças serão percebidas nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como diretrizes:

I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde.

II – Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde.

III – Fortalecer a participação social como fundamental na construção de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário.

IV – Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais.

V – Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas.

VI – Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

## **POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A Constituição Federal ao implantar o Sistema Único de Saúde deixou implícito o fácil acesso da população aos medicamentos, assim como a responsabilidade pública sobre a qualidade da produção dos medicamentos. Justamente por isso, em 06 de maio de 2004, através da aprovação da Resolução CNS no 338, foi criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, como o objetivo de apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida da população através de ações voltadas para promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

A criação dessa política teve, como perspectiva, a integração das ações a partir da formulação de políticas setoriais – políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao SUS, envolvendo tanto o setor público como o privado

na atenção à saúde.

De acordo com a Resolução CNS no 338, as principais funções e atividades atribuídas à Política Nacional de Assistência Farmacêutica são: Planejar, coordenar, executar, acompanhar e avaliar as ações; articular a integração com os serviços profissionais de saúde, áreas interfaces, coordenação dos programas, entre outras; elaborar normas e procedimentos técnicos e administrativos; elaborar instrumentos de controle e avaliação; selecionar, programar e gerenciar o processo de aquisição; armazenar, distribuir e dispensar adequadamente os medicamentos, garantindo a sua qualidade; gestão de estoques; organizar e estruturar os serviços de AF nos três níveis de atenção à saúde no âmbito local e regional; promover o uso racional de medicamentos, assim como ações educativas para prescritores, usuários de medicamentos, gestores e profissionais da saúde; garantir qualidade de produtos, processos e resultados.

Para o Ministério da Saúde (2006), a Assistência Farmacêutica é considerada uma atividade multidisciplinar, cuja produção de conhecimento e de recursos humanos é considerada estratégia para o seu desenvolvimento, que exige articulação permanente com áreas técnicas, administrativas e coordenações de programas estratégicos de saúde. Sendo que os gestores dos SUS – União, estados e municípios – são os responsáveis pelo financiamento, gestão, estruturação e organização dos serviços, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

O financiamento da Assistência Farmacêutica, com recursos federais, passou a ser organizado em um Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, a partir da publicação da Portaria GM nº 698/2006.

O Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica apresenta como componentes:

a) Componente Básico da Assistência Farmacêutica – destinado à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica. É composto por:

- Parte fixa – valor per capita transferido aos estados, municípios e ao Distrito Federal, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Como contrapartida, estados e municípios devem alocar recursos próprios, de acordo com valores pactuados entre as três

esferas de gestão.

- Parte variável – valor per capita para aquisição de medicamentos para os programas Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e, ainda, Combate ao Tabagismo. Este recurso pode ser executado de forma centralizada pelo Ministério da Saúde ou de forma descentralizada, conforme pactuação. O medicamento insulina humana é parte do elenco do Grupo de Medicamentos de Hipertensão e Diabetes, que é adquirido pelo Ministério da Saúde e distribuído aos gestores.

b) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – destinado ao custeio de ações relativas aos seguintes programas: Controle de Endemias – Tuberculose, Hanseníase, Malária, leishmaniose, Chagas entre outras doenças; DST/Aids – Anti-retrovirais; Sangue e Hemoderivados; e Imunobiológicos.

c) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional – destinado ao financiamento, juntamente com os estados e o Distrito Federal, da aquisição de medicamentos de dispensação de caráter excepcional, conforme constam na tabela de procedimentos SIA/SUS;

d) Componente de Organização da Assistência Farmacêutica – destinado ao custeio de ações e serviços inerentes à Assistência Farmacêutica.

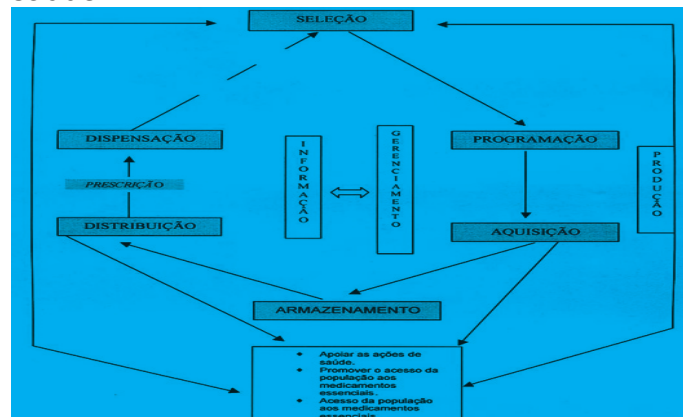
Os blocos serão regulamentados nos seus aspectos operacionais, por meio de portarias específicas. No caso do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, a regulamentação dos seus componentes está sendo discutida no contexto da revisão das portarias vigentes.

## CICLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que podem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior, o usuário do serviço (MARIN et al., 2003). A reorientação dessas atividades integra as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, devendo ser considerada como uma das atividades prioritárias da assistência à saúde (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde (2001) deixa claro que para se ter efetivada a implementação da

Política Nacional de Assistência Farmacêutica é fundamental ter, como princípio básico norteador, o Ciclo da Assistência Farmacêutica, que é um sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, com suas interfaces nas ações de atenção à saúde.



**Figura 1:** Ciclo da Assistência Farmacêutica

**Fonte:** Manual de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

Dentro do Ciclo de Assistência Farmacêutica, a etapa que é considerada mais importante e que dará subsídios para o desenvolvimento das demais é a Seleção. Através dela, são determinados os medicamentos necessários para a atenção básica em saúde. A seleção dos medicamentos baseia-se no perfil epidemiológico, técnico e econômico de uma determinada região, deve ser acompanhada do Formulário Terapêutico, documento que contém informações técnico-científicas a respeito dos medicamentos escolhidos, utilizado como ferramenta norteadora para os profissionais que atuam na rede pública, servindo de referência para a seleção de medicamentos, e tem como objetivos:

- Reduzir o número de especialidades farmacêuticas.
- Uniformizar condutas terapêuticas.
- Melhorar o acesso aos medicamentos selecionados.
- Contribuir para promoção do uso racional de medicamentos.
- Assegurar o acesso a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos.
- Racionalizar custos e possibilitar maior otimização dos recursos disponíveis.
- Facilitar a integração multidisciplinar, envolvendo os profissionais de saúde, na

tomada de decisões.

- Favorecer o processo de educação continuada e atualização dos profissionais, além do uso apropriado dos medicamentos.
- Melhorar a qualidade da farmacoterapia e facilitar o seu monitoramento.
- Otimizar a gestão administrativa e financeira, simplificando a rotina operacional de aquisição, armazenamento, controles e gestão de estoques.<sup>3</sup>

É importante salientar que os medicamentos selecionados devem pertencer à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, nos diversos níveis do SUS, os quais serão avaliados e revistos periodicamente, sempre que necessário, adequando-os com as reais necessidades da região atendida.

Os procedimentos pertencentes a esta etapa são desenvolvidos por uma comissão composta por multiprofissionais da área da saúde, preferencialmente médicos, farmacêuticos, enfermeiros e dentistas, denominada de Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), alguns critérios devem ser observados durante o processo de seleção dos medicamentos, que são:

- A seleção deve ser baseada na eficácia e segurança comprovada, conveniência custo tratamento/custo-efetividade;
- A padronização dos medicamentos deve ser a partir do nome do Princípio ativo, Denominação Comum Brasileira – DCB ou Denominação Comum Internacional – DCI, e de preferência que sejam medicamentos compostos por apenas um princípio ativo. As associações só serão aceitas mediante comprovação de suas vantagens terapêuticas;
- Medicamentos com propriedades farmacocinéticas mais favoráveis, formas farmacêuticas que proporcionem flexibilidade posológica, menor toxicidade relativa, maior comodidade, vantagens terapêuticas, deverão ter prioridades durante o processo de seleção;

Além disso, também deixa claro que deve ser observada a disponibilidade do medicamento no mercado, assim como o seu risco-benefício, estabilidade e propriedades farmacológicas. Eficácia é um benefício sobre a doença, baseado

em ensaios clínicos controlados, delineamento experimental e relevância clínica. Segurança é condição indispensável para autorizar o uso clínico de qualquer produto.

Na etapa de Programação ocorrerá a quantificação dos medicamentos selecionados. A quantidade determinada será para atender a população em um determinado período de tempo, que normalmente as Secretarias de Saúde estabelecem um período de um ano. Com a programação, reduz-se a possibilidade da compra desnecessária de medicamentos, assim como aumenta o número de indivíduos beneficiados com os medicamentos.

Podem ser utilizados diversos métodos para se determinar a quantidade necessária de medicamentos, porém no Ciclo de Assistência Farmacêutica os métodos mais utilizados são: perfil epidemiológico, consumo médio mensal – CMM, consumo histórico e oferta de serviços.

Após a programação, são estabelecidos os processos de compra dos medicamentos que irão abastecer a rede Pública de Saúde – etapa de Aquisição do Ciclo de Assistência Farmacêutica. Não podemos esquecer que, na aquisição, deve ser levada em conta a qualidade, custo, efetividade e regularidade dos estabelecimentos fornecedores.

O Ministério da Saúde (2006) estabelece alguns requisitos necessários para que o processo de aquisição seja desenvolvido com qualidade, que são:

- Criação de uma política de aquisição, com diretrizes claras, determinando prioridades, normas e procedimentos para o processo de aquisição;
- Determinação de uma programação de compras embasada nos questionamentos: O que comprar? Para quem? Modo de comprar? Quanto? Quando? Como comprar?
- Criação de uma relação de medicamentos essenciais (REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) para o Município/Cidade, sendo que deve ser utilizado o RENAME como ferramenta norteadora para a criação da REMUME;
- Contratação de profissionais qualificados para o desenvolvimento de atividades, profissionais que tenham um vasto conhecimento em Leis de Licitações e suas

<sup>3</sup> Assistência Farmacêutica na Atenção Básica – Instruções Técnicas para a sua Organização. 2a Ed. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.



alterações, assim como em Registro Nacional de Preços; Legislação Sanitária Federal, estadual e municipal, relacionadas ao medicamento; autorização de funcionamento; Licença Sanitária para Fabricação, Distribuição, Registro de Medicamentos, Boas Práticas de Fabricação;

- Implantação de um sistema de informação e gestão de material eficiente, que permita identificar, em tempo oportuno, o histórico da movimentação dos estoques, níveis de estoque, ponto de reposição, rastreabilidade dos lotes, dados de consumo e demanda não atendida de cada produto;

- Boa comunicação entre os setores envolvidos no processo de aquisição para a troca de informações, autorizações e discussões pertinentes;

- Implantar um cadastro para os fornecedores que permita selecionar os que têm melhores condições de atender às necessidades de entrega, preço e qualidade;

- Criação de um catálogo de compras ou manual de especificidade técnica que dará suporte às aquisições dos medicamentos, visto que o mesmo possuirá informações técnico-científicas dos medicamentos selecionados, tais como: nome do medicamento, forma farmacêutica, concentração, apresentação da embalagem, indicação, qualidade/efetividade.

Depois da aquisição deve ser feito o armazenamento dos medicamentos. O local de armazenamento deve garantir condições adequadas que garantam a qualidade e efetividade dos medicamentos. Para que isso aconteça devem ser seguidas algumas recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde no Manual de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Primeiramente, os medicamentos ficam estocados no almoxarifado central do município e depois encaminhados para os hospitais, postos de saúde, unidades de saúde e ambulatórios, conforme o pedido feito pelos responsáveis pelo gerenciamento dos medicamentos em cada um dos estabelecimentos, de acordo com as Leis que regem a Assistência Farmacêutica. O farmacêutico é o profissional capacitado para o gerenciamento dos medicamentos em todos os estabelecimentos da área de saúde.

Para o Ministério da Saúde (2006), a Distribuição dos medicamentos consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo

oportuno, e que deve ser desenvolvida a partir dos seguintes procedimentos:

- Planejar o processo de distribuição, elaborar cronograma de entrega, normas e procedimentos, elaborar instrumentos (formulários) para acompanhamento e controle.

- Análise da solicitação – a partir da solicitação da unidade, faz-se uma avaliação criteriosa para proceder ao atendimento requerido, verificando as quantidades distribuídas, o consumo, a demanda (atendida e não atendida), o estoque existente, a data do último atendimento e a solicitação anterior.

- Processamento do pedido – após a análise das informações e identificação das necessidades, atende-se à solicitação mediante documento elaborado em duas vias, sendo uma cópia para a unidade requisitante e a outra para o controle da distribuição.

- Preparação e liberação do pedido – separar os medicamentos por ordem cronológica de prazo de validade. A preparação do pedido deve ser feita por um funcionário e revisada por outro, para evitar as falhas.

- Conferência – realizar inspeção física do medicamento para identificar alterações no produto ou nas embalagens antes da distribuição. Após a preparação do pedido, o responsável pela unidade solicitante deve conferir todos os itens e assinar as duas vias do documento (nome por extenso, número da identidade ou da matrícula, local, setor de trabalho e data do recebimento). Para otimizar o tempo, recomenda-se confeccionar um carimbo com os referidos dados.

- Registro de saída: Após a entrega do pedido, registram-se as informações que podem ser em: livro-ata, ficha de controle, ou sistema informatizado, dependendo do sistema de controle existente.

- Registrar em formulário próprio os itens não atendidos, os itens atendidos de forma parcial (por exemplo: nome da unidade, especificação do produto, quantidade total a receber, quantidade entregue, total do crédito e a data).

- Monitoramento e avaliação – elaborar relatórios mensais, informando as quantidades e os recursos gastos no mês, total, porcentual de cobertura.

- Arquivo da documentação – deve-se manter o arquivo com cópias de todos os

documentos de distribuição.

## METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada na cidade de Santarém, localizada no oeste do estado do Pará. Para o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa, se fez necessária a utilização do método pesquisa qualitativa documental retrospectiva, visto que foram utilizados os jornais da referida cidade como fonte das informações.

Os jornais utilizados na pesquisa foram: O Impacto, O Estado do Tapajós e Gazeta, do período de janeiro de 2007 a outubro de 2011. Jornais estes pertencentes ao acervo do Instituto Cultural Boanerges Sena, localizado na cidade de Santarém.

Leopardi (2002) deixa claro que uma pesquisa qualitativa ativa está voltada para a compreensão de um problema da perspectiva do sujeito que o vivencia em sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas, emoções, sentimentos e/ou desejos, assim como na percepção do pesquisador. O pesquisador está movido pela necessidade de resolver ou contribuir com os problemas práticos mais ou menos imediatos, buscando soluções para problemas concretos. Para esse tipo de pesquisa não pode ser utilizado instrumentos de medida precisa, utiliza-se dados subjetivos, ou se faz estudos de um caso particular, avaliação de programas ou propostas de propostas, ou ainda quando não se possui informações sobre o assunto.

## RESULTADO E CONSIDERAÇÕES

Na cidade de Santarém, localizada no Oeste do estado do Pará, a compreensão do fluxograma de Assistência Farmacêutica provavelmente ainda é deficiente, visto que a falta de medicamentos no hospital e postos de saúde pertencentes à rede pública tem sido tema de notícias publicadas em jornais veiculados na cidade. O Jornal O Estado do Tapajós, no ano de 2007, publicou algumas reportagens acerca do assunto.

“A paciente, que pediu para não ter a identidade revelada, denuncia que os médicos dizem que não há vagas para a operação e que

faltam instrumentos e remédios.”<sup>4</sup>

... foi até o posto de saúde do bairro Santa Clara, na última segunda-feira, pedir medicamentos contra enjoo. Mas ao chegar ao local, foi informada que o medicamento estava em falta. Todos os dias milhares de pessoas vivem a mesma situação nos postos de saúde de Santarém, que não têm medicamentos para atender a população. O problema é tão grave que as queixas contra a falta de medicamentos já estão no topo da lista de reclamações contra a prefeitura...

... falta de medicamentos no posto já acontece há muito tempo e ninguém denuncia por medo de represália...<sup>5</sup>

O Jornal O Impacto também publicou reportagens relacionadas à falta de medicamentos.

Na ação o MPE requer que a justiça conceda liminar para que no prazo de dez dias a contar da data da decisão judicial, seja...

Pede ainda a distribuição em caráter contínuo e permanente, de insumos, matérias e medicação básica necessários à prestação de serviços, bem como seja implantada rotina de higienização e limpeza no ambiente do hospital, de acordo com as normas práticas e sanitárias.

Na ação o MPE requer que a justiça conceda liminar para que no prazo de dez dias a contar da data da decisão judicial, seja...

Pede ainda a distribuição em caráter contínuo e permanente, de insumos, matérias e medicação básica necessários à prestação de serviços, bem como seja implantada rotina de higienização e limpeza no ambiente do hospital, de acordo com as normas práticas e sanitárias.<sup>6</sup>

A coordenadora da Divisão Técnica da Secretaria Municipal de Saúde, enfermeira Almira Barreto, por intermédio da imprensa, através de uma reportagem publicada no jornal O Estado do Tapajós, no dia 18 de abril de 2007, justifica que a falta de medicamentos normalmente acontece no início do ano, devido às licitações de compra e estruturação do Governo, e que os medicamentos pertencentes aos programas de saúde normalmente são oriundos dos governos estaduais e federais. Na mesma reportagem, a enfermeira Beatriz Portela ressalta que no posto de saúde do bairro, em que atua a realidade vivenciada pelos moradores, é diferente, pois a medicação não falta e que a falta dos medicamentos pode estar diretamente direcionada ao não cumprimento das datas de solicitação de medicamentos estabelecidas pela

<sup>4</sup> Jornal o Estado do Tapajós. Ano VI edição 1472, 17 e 18 de julho de 2007.

<sup>5</sup> Jornal o Estado do Tapajós. Ano VI edição 1450, 18 a 20 de abril de 2007.

<sup>6</sup> Jornal o Impacto. Edição 829. 15 de abril de 2011.

Secretaria Municipal de Saúde.

Nas reportagens publicadas nos jornais incluídos na pesquisa, não foi possível identificar que profissional está responsável pelo gerenciamento da Assistência Farmacêutica do município, muito menos detectou-se a presença de farmacêuticos nas etapas exigidas de fluxo de Assistência Farmacêutica. Fica uma dúvida, será que o profissional que está coordenando tais atividades possui habilidades e competências para garantir que sejam cumpridas as Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica.

Os autores Naves e Silver (2005) deixam claro que um dos maiores problemas do Sistema Único de Saúde é a dificuldade em garantir o fornecimento de medicamentos à população, de acordo com as suas necessidades. A partir de tal afirmação percebe-se que este não é um problema de saúde pública apenas do município de Santarém, e sim um problema de nível nacional. Logo, se considera que o município não é o principal “culpado” de tal acontecimento.

Apesar da descentralização determinada na Constituição Brasileira de 1998, na Lei 8080 de 1990 e na Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica não foi possível promover, ainda, a adaptação dos gestores municipais. Teixeira (2003) mostra que um dos motivos da não adaptação dos gestores municipais se dá pelo fato de que os mesmos ainda são consideravelmente dependentes do Ministério da Saúde, tendo sérias dificuldades em garantir os princípios fundamentais constitucionais.

Outro motivo causador da não adaptação é a dificuldade apresentada pelo Ministério da Saúde em aproximar-se do município, pois de acordo com Nuner et al. (2001), as normas constitucionais proíbem o ente federal intervir no ente municipal, sendo que uma maneira de facilitar a atuação do Ministério da Saúde na Gestão do SUS, de forma a garantir a sua plena execução é através da efetiva executabilidade do monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a esse problema de nível nacional foi evidenciado a necessidade de se ter uma política que solucionasse os problemas vivenciados pela população que precisa de medicamentos de uso

contínuo e de alto custo.

Já que a Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir, em todos os níveis, o cuidado farmacoterapêutico aos usuários, valorizando as características bio-psico-sociais, a Política Nacional de Medicamentos foi elaborada como um mecanismo sistêmico no qual as experiências individuais ou coletivas são de fundamental importância para o seu contínuo aperfeiçoamento.

A falha do setor público na provisão de medicamentos pode estar ocorrendo devido a vários fatores, como a insuficiência de recursos financeiros ou mesmo a complexidade em gerir a Assistência Farmacêutica. Em virtude da “descentralização da gestão preconizada pelo SUS e assumindo os municípios a responsabilidade direta pela atenção à saúde, modificações importantes e novas questões passaram a orientar a assistência farmacêutica”.

Pode-se afirmar que a Assistência Farmacêutica dentro do SUS tem se tornado um problema e não pode mais ser administrado de forma fragmentada, com estratégias e ações consideradas desarticuladas. Faz-se necessária uma coordenação sensata das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica nos municípios, assim como a operacionalização de um modelo de intervenção na assistência farmacêutica que coordene todas as ações e serviços.

Se no nível federal observa-se tal fragmentação, nos estados e municípios ainda percebe-se uma falta generalizada de apoio político às propostas que superem a concepção tradicional da assistência farmacêutica, qual seja, a de comprar e distribuir medicamentos. É um desafio para todo o SUS, a inclusão desse tema nas agendas estaduais e municipais da saúde, sob o risco do fracasso das políticas na área da saúde nos níveis mais próximos da execução.

Quando este estudo foi idealizado, havia uma expectativa de se conseguir um diagnóstico da assistência farmacêutica na atenção básica na cidade de Santarém-PA, no entanto, a diversidade de fatores culturais, sociais e econômicos e suas interfaces com os recursos humanos e esferas de governo envolvido no processo da assistência farmacêutica básica, dificultaram a análise dos dados.

## REFERÊNCIA

ACURCIO, F.A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Disponível em <<http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>>. Acesso em 05 de maio de 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

Brasil. Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm). Acessado em: 19 de abril de 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Brasília. Assistência Farmacêutica no SUS. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, v. 7, 2007. 186 p.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria\\_3916\\_98.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf)>. Acesso em: 18 de abril de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. A as-

sistência farmacêutica no SUS / Conselho Federal de Farmácia, Conselho Regional de Farmácia do Paraná; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em: 19 de abril de 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 338, de 06 de Maio de 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acessado em: 19 de abril de 2011.

CRUZ. Carlos. MPE entra com Ação Contra Prefeitura de Santarém. Jornal o Impacto. Edição 829. 15 de abril de 2011.

FERRAES, Alide Marina Biehl. Política de medicamentos na atenção básica e a assistência farmacêutica no Paraná. Orientador : Luiz Cordoni Júnior. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, 2002.

LEAL, Paulo Leandro. Caos na Saúde Pública em Santarém. Jornal o Estado do Tapajós. Ano VI edição 1472, 17 e 18 de julho de 2007.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Deixa Faltar Remédio em Postos de Saúde. Jornal o Estado do Tapajós. Ano VI edição 1450, 18 a 20 de abril de 2007.

LEOPARDI. Maria Tereza. Metodologia da Pesquisa na Saúde. 2a Ed. Florianópolis. UFSC/ Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

MALTA, Débora Carvalho et AL. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a Agenda da Atividade Física no Contexto do SUS. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 18(1): 79-86, Jan-Mar 2009. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S167949742009000100008&lng=pt&nrm=iss&tlng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S167949742009000100008&lng=pt&nrm=iss&tlng=pt). Acessado em: 21 de abril de 2011.

MARIN, N.; et al. (Org.) Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. p. 15 e 16.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções para sua organização. 2a ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva and SILVER, Lynn Dee. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. In: Revista de Saúde Pública. Universidade de Brasília(UNB), v. 39, n.2, p. 223-230. Brasília-DF, 2005.

NUNES, André et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. Uma proposta de monitoramento. Organização Pan Americana de Saúde - OPAS/OMS. Brasília, 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Determinantes do desempenho institucional do SUS municipal: Controle de Gestão ou capacidade de governo?. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública(ENSP), v. 8, n. 2, p. 346-369. Rio de Janeiro, 2003.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n6/05.pdf>. Acessado em: 18 de abril de 2011.