

Modelo Teórico e Lógico para avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*

Theoretical Model and Logic for assessing management capacity Specialized Component of Pharmaceutical Assistance

Modelo Teórico y lógico para evaluar la capacidad de gestión Componente Especializado de la Asistencia Farmacéutica

Marina Raijche Mattozo Rover¹, Claudia Marcela Vargas-Pelaez², Manzini Fernanda³, Samara Jamile Mendes⁴, Marení Rocha Farias⁵, Silvana Nair Leite⁶

Resumo

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) tem como objetivo a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial. Dada sua recente implementação, é

necessário analisar se os estados possuem condições de executar as ações, atingir e sustentar os resultados esperados. Com este objetivo, é necessária uma avaliação da capacidade de gestão do CEAF no âmbito estadual. Uma das fases da avaliação é o desenvolvimento de um modelo teórico e um modelo lógico, apresentados neste artigo. Com os modelos apresentados, fica clara a complexidade e os diversos fatores que influenciam a capacidade de gestão do CEAF. Observou-se que há forte dependência do CEAF em relação à outras ações estruturantes na própria política de saúde, nas políticas econômicas, em relação à indústria farmacêutica, entre outros. Somado a isso, os conceitos de gestão e de capacidade de gestão adotados refletem a necessidade de superar a fragmentação e a redução tecnicista imposta à área. Por fim, a construção dos modelos de forma contextualizada auxilia de forma singular no processo de avaliação e

¹Graduada em Farmácia-Bioquímica, habilitação Análises Clínicas (2001 e 2004) e mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2007). Atualmente cursa o doutorado no Programa de Pós-graduação em Farmácia, e especialização em Saúde Baseada em Evidências do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. E-mail: marinarover@yahoo.com.br

² Química farmacêutica, mestre em Ciências, farmacologia, doutoranda do programa de Pós-graduação em Farmácia, UFSC. E-mail: cmvargasp@unal.edu.com

³ Farmacêutica, mestre em Farmácia e especialista em Saúde da Família, farmacêutica UFSC / Prefeitura Municipal de Florianópolis. E-mail: manzinifer@gmail.com

⁴ Farmacêutica, mestre em Farmácia, farmacêutica UFSC - Departamento de Ciências Farmacêuticas - Centro de Ciências da Saúde, UFSC, Campus Universitário Trindade - Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: samarajm@gmail.com

⁵ Farmacêutica, doutora em Ciências Naturais pelo Pharmazeutisches Institut - Universität Bonn, Alemanha, Professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC - Centro de Ciências da Saúde, UFSC, Campus Universitário Trindade - Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: marenif@yahoo.com.br

⁶ Farmacêutica, doutora em Saúde Pública pela USP, Professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC - Departamento de Ciências Farmacêuticas - Centro de Ciências da Saúde, UFSC. E-mail: silvana.nair.leite@ufsc.br

auxiliará na análise das condições de estruturação do Componente nos estados, assim como das condições para execução e o alcance dos resultados.

Palavras-chaves: Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde; Modelos Lógicos; Assistência Farmacêutica; Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Abstract

The Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF) aims ensuring the completeness of drug treatment on an outpatient basis. Given their recent implementation, it is necessary to examine whether the Brazilian States have a position to perform the actions, achieve and sustain the expected results. So, an assessment of CEAF management of the Brazilian states capacity is required. One of the stages of evaluation is the development of a theoretical model and a logic model presented in this article. According to the presented models, it is clear the complexity and the various factors that influence the CEAF management capacity. It was observed that there is a strong dependence on CEAF in relation to other structuring actions in their own health and economic policies, in relation to the pharmaceutical industry, among

others. Further, the concepts of management and adopted management capabilities reflect the need to overcome the fragmentation and technician reduction imposed to the area. Lastly, the construction of contextualized models helps particularly the evaluation process and the analysis of component structuring conditions in the Brazilian states, as well as the conditions for execution and the achievement of results.

Keywords: Health Evaluation; Health Management; Logic Models; Pharmaceutical Assistance; Specialized Pharmaceutical Assistance Component.

Resumen

El Componente Especializado de la Asistencia Farmacéutica (CEAF) tiene como objetivo garantizar la integralidad del tratamiento medicamentoso ambulatorio. Dada su reciente implementación, existen pocos estudios sobre sus resultados en este camino, tenemos que examinar si los estados tienen condiciones para llevar a cabo las acciones, lograr y mantener los resultados esperados. Con este fin, se requiere una evaluación de la capacidad de gestión CEAF a nivel estatal. Una de las etapas de la evaluación es el desarrollo de un modelo teórico y un

modelo lógico presentado en este artículo. Con los modelos presentados, es evidente la complejidad y los diversos factores que influyen en la capacidad de gestión CEAF. Se observó que existe una fuerte dependencia de CEAF en relación con otras acciones estructurales en su propia política de salud, en la política económica, en relación con la industria farmacéutica, entre otros. Además, los conceptos de gestión y capacidad de gestión adoptadas reflejan la necesidad de superar la fragmentación y tecnicista reducción impuesta a la área. Por último, la construcción de modelos en el contexto de ayuda de una manera única en el proceso de evaluación y asistencia en el análisis de las condiciones de estructuración de los componentes de los estados, así como las condiciones para la ejecución y el logro de resultados.

Palabras clave: Evaluación de la Salud; Gestión de la Salud; Modelos Lógicos; Asistencia Farmacéutica; Componente Especializado de la Asistencia Farmacéutica.

Introdução

No escopo da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica

(PNAF), o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso aos medicamentos caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde⁽¹⁾. Entre as situações clínicas contempladas no CEAF estão: artrite reumatoide, doença de Parkinson, dor crônica, Hepatite Viral C, doença de Crohn e doença de Alzheimer.

Por contemplar medicamentos de alto custo ou de difícil acesso no mercado, o CEAF possui grande importância na PNAF e impacta significativamente no custo da assistência farmacêutica e na resolutividade da atenção à saúde.

Anteriormente denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, os medicamentos relacionados foram redefinidos como CEAF com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.981, de 30 de novembro de 2009. A construção do CEAF foi motivada, principalmente, pela necessidade da ampliação de cobertura para medicamentos já padronizados; pela

necessidade de incorporar medicamentos, seja para ajustar as linhas de cuidado para as doenças já tratadas ou para ampliar o escopo de doenças a serem contempladas e; pela necessidade de ampliar o acesso aos medicamentos. Necessidades essas, manifestadas pela sociedade em geral, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo próprio Ministério da Saúde e por meio do crescente número de ações judiciais individuais para fornecimento de medicamentos⁽²⁾.

Essa construção teve também como motivadores a necessidade de uma nova forma de financiamento e a definição de regras claras para a sua execução. Nesse processo primou-se pela necessidade de olhar para o agravo de forma sistêmica, entendendo a necessidade da garantia de ações articuladas para o seu manejo correto, desde a prevenção até o tratamento. Assim, o PCDT é o documento orientador que têm entre seus objetivos estabelecer claramente os critérios de diagnóstico, o algoritmo de tratamento e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade e segurança dos tratamentos. Portanto, no

âmbito do CEAF, os medicamentos devem ser dispensados para os pacientes que se enquadrarem nos critérios estabelecidos no respectivo PCDT, e a solicitação de medicamentos corresponde a apresentação de toda a documentação exigida (por exemplo: prescrição médica, exames e laudos). Para muitas das doenças contempladas há a necessidade de que, principalmente, a solicitação, mas também a renovação trimestral, para continuidade dos tratamentos, sejam realizadas por um médico especialista⁽²⁾.

Tais exigências contribuem para o sucesso terapêutico e visam favorecer a escolha do tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso; a seleção do medicamento de forma científica e racional, considerando sua efetividade, segurança e custo, bem como a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna, a dispensação em condições adequadas e a utilização pelo usuário de forma adequada⁽¹⁻²⁾.

Ao caracterizar um agravo e passando a observá-lo na forma de linha de cuidado, obrigatoriamente, são exigidas ações integradas, tais como aproximação com as áreas assistenciais do SUS; integração com os outros componentes da assistência farmacêutica e articulação com a

Política do Complexo Industrial da Saúde para o desenvolvimento de produtos que atendam as linhas de cuidado⁽²⁾.

Nesse processo, definiu-se, também, a divisão de responsabilidades, pelo financiamento e gestão do CEAF, entre os entes federados. A execução do CEAF é descentralizada às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), cabendo a essas a organização dos serviços para atendimento à população. Contudo, alguns dos serviços podem ser realizados pela rede de serviços públicos dos municípios, desde que pactuado entre os gestores, e que sejam respeitados os critérios legais e sanitários vigentes e os demais critérios de execução definidos no CEAF⁽²⁾.

Entretanto, apesar dos esforços do país para garantir a disponibilidade dos medicamentos de forma integral e universalizada, observa-se, que as ações que vêm sendo implementadas, conforme preveem estas políticas, nos estados e municípios brasileiros, ainda precisam evoluir para garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos (URM)⁽³⁾. Como em todos os serviços e programas do SUS, a questão da gestão é fortemente relacionada aos avanços e aos problemas identificados em todos os níveis da assistência.

Além disso, em nosso país, um dos fatores limitantes da gestão da assistência farmacêutica é, sem dúvida, o predomínio de uma visão limitada aos aspectos procedimentais, o que privilegia sua condição de fornecedora de medicamentos, constringendo sua natureza estratégica para a promoção do URM. Este entendimento ainda limitado faz com que a gestão seja entendida, predominantemente, como um processo técnico⁽⁴⁻⁵⁾ comprometendo, assim, a sustentabilidade dos seus resultados.

Desta forma, o referencial teórico adotado define a gestão como um processo técnico, político e social, capaz de produzir resultados, e a capacidade de gestão como a faculdade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão⁽⁴⁻⁵⁾ visa superar estas limitações. Conceitos mais amplos como estes se fazem necessários para a construção de um referencial teórico-metodológico mais consistente e condizente com a realidade social. Em outras palavras, a assistência farmacêutica não deve ser somente um conjunto de práticas e operações, pois a execução dessas práticas, mesmo que seguindo perfeitamente os preceitos técnicos, não tem levado à obtenção dos

resultados esperados, por mais que se tenha evoluído nos últimos anos na questão do acesso ao produto medicamento⁽⁶⁻⁷⁾.

Nesse contexto, a avaliação, reconhecida como um instrumento de gestão, deve ser entendida como um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde e deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades e programas⁽⁸⁻⁹⁾ visando o aprimoramento contínuo.

Sabe-se também que a intervenção proposta por um programa, por meio dos seus componentes, não garante a obtenção do resultado, uma vez que a realidade é dinâmica e a execução do programa sofre influência do contexto onde é aplicada. Portanto, considerando os desafios trazidos pela implementação do CEAF para a gestão no SUS, surge a necessidade de avaliar se os estados possuem condições de executar as ações e atingir os resultados esperados e, principalmente, de sustentar os resultados atingidos depois de 5 anos do seu estabelecimento.

Entendendo, então, a capacidade de gestão do CEAF no âmbito estadual como um importante objeto de avaliação, desenvolveu-se um modelo teórico e um modelo lógico, para

compreender o CEAF, as premissas teóricas em que ele está baseado, os outros fatores que podem interferir nos efeitos desejados (contexto) e os resultados esperados, visando nortear futuras avaliações. A construção de modelos é uma etapa importante para que sejam feitas as perguntas certas, para que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e, assim, a avaliação possa auxiliar a tomada de decisão, considerando não só os resultados finais esperados, mas também os processos, os meios e os fatores condicionantes. E essa compreensão deve ser buscada na literatura e na opinião dos especialistas, associada à participação dos grupos envolvidos no programa⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Metodologia

Utilizou-se, inicialmente, como base a literatura sobre avaliação em saúde, gestão em saúde, modelagem de programas em avaliação, assistência farmacêutica e as políticas relacionadas ao CEAF.

Em relação à gestão buscou-se os estudos que trazem Carlos Matus⁽¹²⁾ como referencial. A partir desta revisão, foram adotados como referência para o desenvolvimento dos modelos, os conceitos de gestão e capacidade de

gestão desenvolvidos por Guimarães e colaboradores⁽⁴⁾ e NEPAF/UFBA⁽⁵⁾.

Além disso, para o desenvolvimento do modelo lógico aqui apresentado, foi considerado o modelo

para avaliação da gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses (Figura 1), proposto por Manzini⁽⁹⁾.



Figura 1 - Modelo lógico da gestão da Assistência Farmacêutica
Fonte: adaptado de MANZINI⁽⁹⁾⁷

⁷ A gestão da assistência farmacêutica é expressa por três dimensões baseadas no Triângulo de Governo de Matus⁽¹²⁾. A dimensão organizacional revela aspectos relacionados à capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente. A dimensão operacional revela a capacidade de manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais. A dimensão da sustentabilidade revela a capacidade de sustentar os resultados de gestão, contemplando aspectos relacionados à institucionalização de mecanismos e estratégias, que ampliam e/ou consolidam apoios e alianças⁽⁴⁾.

A relação entre as dimensões deve ser articulada e objetivar a promoção de condições adequadas para a garantia do acesso e a promoção do URM de forma descentralizada e compartilhada. Este modelo foi utilizado na avaliação da gestão da assistência farmacêutica municipal por Mendes⁽⁷⁾.

Posteriormente, foi realizada uma coleta de dados com atores envolvidos com o CEAF em Santa Catarina, por meio de entrevistas semiestruturadas e um grupo focal. Os roteiros foram construídos utilizando-se como referência as políticas de saúde relacionadas ao CEAF. Os roteiros continham tópicos relacionados a forma atual de organização e gestão do CEAF, as barreiras e facilitadores encontrados e os resultados alcançados. Por fim foi realizada uma oficina, conforme descrito a seguir.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer nº 712.031 de 2014, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Grupo focal

Para o grupo focal foram convidados pacientes com diferentes diagnósticos (Artrite Reumatóide, Asma, Deficiência do Hormônio do crescimento, Doença de Parkinson, Esclerose Múltipla, Esclerose Sistêmica Progressiva, representante de pacientes com Insuficiência Renal Crônica, Osteoporose, (2) Transplante (sendo 1 deles membro de uma associação de

pacientes). Destes, os pacientes de Artrite Reumatóide, Asma e Doença de Parkinson não compareceram na data agendada. O tempo de recebimento de medicamentos variou de aguardando a solicitação (0) a 12 anos. A amostra foi composta por usuários com diferentes níveis de escolaridade, predominando os com mais de 12 anos; diferentes tipos de atendimento em saúde (3 SUS; 3 SUS e Plano de saúde; e 1 SUS, Plano de Saúde e Particular); com diferentes faixas de renda variando de R\$2.551 a R\$10.200; de ambos sexos (predominando o sexo feminino) e de diferentes faixas etárias variando de 13 (representada por sua responsável) a 70 anos.

Entrevistas

Para as entrevistas, foram convidados prescritores que atendem pacientes de diversas regiões do estado, com diferentes especialidades: Gastroenterologia, Hematologia, Médico de Saúde da Família, Reumatologia, Nefrologia, Pneumologia e Psiquiatria, e com diferentes locais de atuação: público; privado e público/privado. Todos retornaram manifestando interesse em participar e agendando datas para a entrevista, porém 2 não compareceram no horário

agendado (Reumatologista e Hematologista).

Os farmacêuticos (da capital e do interior do estado) entrevistados possuíam de 6 meses à 5 anos de experiência com o CEAF. Quatro tinham mestrado, sendo que apenas um foi relacionado ao CEAF e dois eram especialistas em saúde pública.

Por fim, foi entrevistado o Coordenador Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Oficina

Após o grupo focal e as entrevistas, o áudio foi transcrito para análise. Com base neste material foram desenhadas as primeiras versões dos modelos (teórico e lógico) para a Gestão do CEAF no âmbito estadual, as quais foram discutidas em uma oficina. Para esta oficina foram convidados

pesquisadores da área de assistência farmacêutica e farmacêuticos que trabalham com o CEAF, ambos em Santa Catarina.

A técnica de consenso utilizada foi o comitê tradicional, na qual todos os participantes puderam opinar e sugerir alterações para os modelos propostos. As discussões foram gravadas e transcritas. As alterações foram realizadas com base na transcrição das falas e na relatoria elaborada pelas pesquisadoras. Com base neste material foram elaborados os modelos apresentados a seguir.

Resultados e Discussão

Modelo lógico e teórico para avaliação da capacidade de gestão do CEAF no âmbito estadual

Com base nos referenciais anteriormente apresentados e nas informações obtidas dos atores chaves, foram desenhados os modelos lógico e teórico para a capacidade de gestão do CEAF em âmbito estadual.

CAPACIDADE DE GESTÃO DO CEAF - ESTADUAL



Figura 2 – Modelo lógico da capacidade do CEAF em âmbito estadual

Fonte: Elaborada pelos autores

Segundo o modelo lógico elaborado, a capacidade de gestão do CEAF em âmbito estadual é a faculdade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, envolvendo aspectos técnicos, políticos e sociais, os quais devem estar articulados para o alcance e sustentabilidade do objetivo: garantir o acesso a medicamentos no marco da integralidade da atenção em saúde.

Os aspectos técnicos se referem não só às questões logísticas, nas quais usualmente a assistência farmacêutica está focada, como a aquisição, o armazenamento e a distribuição; senão também aos serviços clínicos farmacêuticos como a dispensação e o

monitoramento; e ao planejamento e a avaliação. O atendimento destas questões, visando o acesso ininterrupto à medicamentos de qualidade e seu uso racional, demonstra a capacidade de executar da gestão.

No CEAF, a definição das linhas de cuidado para cada uma das doenças contempladas, incluindo, entre outros, os critérios para dispensação e para o monitoramento da efetividade e segurança dos tratamentos⁽²⁾, criou uma oportunidade ímpar para a contribuição do profissional farmacêutico no cuidado do paciente. Esta oportunidade propicia a superação da visão reducionista da

assistência farmacêutica⁽⁷⁾ e contribuiu para a sustentabilidade da gestão.

Relacionados aos aspectos políticos podem ser citadas a descentralização, as pactuações, o apoio aos municípios e a relação com as outras áreas atinentes à saúde, as quais são fundamentais para a garantia do acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos em todas as fases evolutivas das doenças⁽²⁾. Os princípios da pactuação e descentralização da assistência farmacêutica foram estabelecidos no Pacto de Gestão em 2006, que definiu as responsabilidades na organização e gestão para cada esfera de governo.

Na forma atual de organização e execução do CEAF, o estado é responsável por sua gestão podendo descentralizar, por meio de pactuações, algumas das etapas da execução como a dispensação e o acompanhamento dos usuários⁽²⁾. Entretanto, na realidade brasileira, existe uma acentuada desigualdade e heterogeneidade entre entes federados, com graus de poder e de recursos diferenciados⁽²⁾, que se traduz em uma diversidade de formas de organização do CEAF, desde total centralidade no estado, diferentes formas de descentralização (para os municípios, em regionais estaduais de

saúde, entre outros) e parcerias com o setor privado, com a terceirização de alguns setores. Independente do formato é responsabilidade da gestão estadual a garantia do acesso aos medicamentos do CEAF para a população de seu estado.

Segundo os informantes, é necessário superar as dificuldades estruturais e políticas para ampliar a descentralização, o que requer além de transferência de recursos, a descentralização do processo decisório na busca por maior eficiência e eficácia na gestão pública. Essas questões configuram um campo de atuação em que as instâncias do SUS podem e devem assumir papéis diferenciados de acordo com a natureza dos problemas em foco, adotando estratégias que variam segundo o cenário político e institucional.

Neste contexto, cabe salientar que a fragmentação dos serviços, inclusive da assistência farmacêutica⁽¹³⁾, é devida em grande parte a uma descentralização de forma desorganizada, e que em muitos casos representa mais uma desconcentração dos serviços aos estados e municípios, os quais passaram a assumir novas responsabilidades, porém sem condições para executá-las. Desta forma, as ações de acompanhamento e

avaliação são requeridas para nortear o contínuo processo de aprimoramento⁽⁸⁾.

Os aspectos sociais envolvidos na gestão do CEAF se referem a aspectos como a participação dos atores envolvidos e o controle social, representado, por exemplo, pelos conselhos de saúde e consultas públicas dos PCDT do componente, assim como os impactos sociais do acesso das pessoas aos tratamentos necessários⁽¹³⁾. No contexto do CEAF, destaca-se também a necessidade da garantia do acesso as informações e a manutenção das estratégias de comunicação, uma vez que possibilitam que os atores envolvidos possam adotar as políticas preconizadas.

As relações que se estabelecem, segundo os atores sociais ouvidos, demonstram a separação entre os que executam as ações e os que dirigem as instituições e os impactos negativos que esta situação traz para a execução das ações do CEAF. Dado que a qualidade da atenção também depende de como a gestão facilita o diálogo entre os diferentes setores, propicia vínculo entre trabalhadores e usuários, a constituição de espaços institucionais de co-gestão levam à diminuição da distância entre os que planejam, dirigem e a maioria executante de ações e

serviços⁽¹⁴⁾. Assim, a participação de diferentes atores indica compartilhamento e transparência no processo decisório, o que soma para a capacidade de decidir em ambiente democrático⁽⁴⁾.

Por tudo isso, é possível compreender a gestão como uma prática técnica, social e política, que exige capacitação e esforço técnico, com conhecimentos, habilidades políticas e interação com a sociedade. Como processo social, a gestão reflete diferentes valores, interesses, forças e fragilidades. Ainda não estando desconectada da realidade social, é uma ação humana que reflete essa sociedade e também a modifica, de forma dinâmica e constante. E isso é possível quando se tem a clareza de que todos esses componentes são importantes, que o grande insumo da gerência é o homem e de que todos têm condições de melhorar a gestão⁽¹⁵⁾.

A relação entre todos esses aspectos deve ser articulada e objetivar a promoção de condições adequadas para a garantia do acesso ao tratamento integral, de forma descentralizada e compartilhada.

Além disso, no marco da PNM e da PNAF, embora o CEAF vise a garantia da integralidade do tratamento

medicamentoso, sabe-se contudo, que esta não é uma relação direta, de causa e efeito ou objetivo e resultado, ou seja, a gestão do CEAF sofre diversas influências, entre as quais as relacionadas à formulação e condução

das políticas de saúde e econômicas, que direcionam o financiamento e a estruturação de todas as ações de saúde e a judicialização. Desta forma, o contexto no qual se insere a gestão do CEAF é apresentado na figura 3.

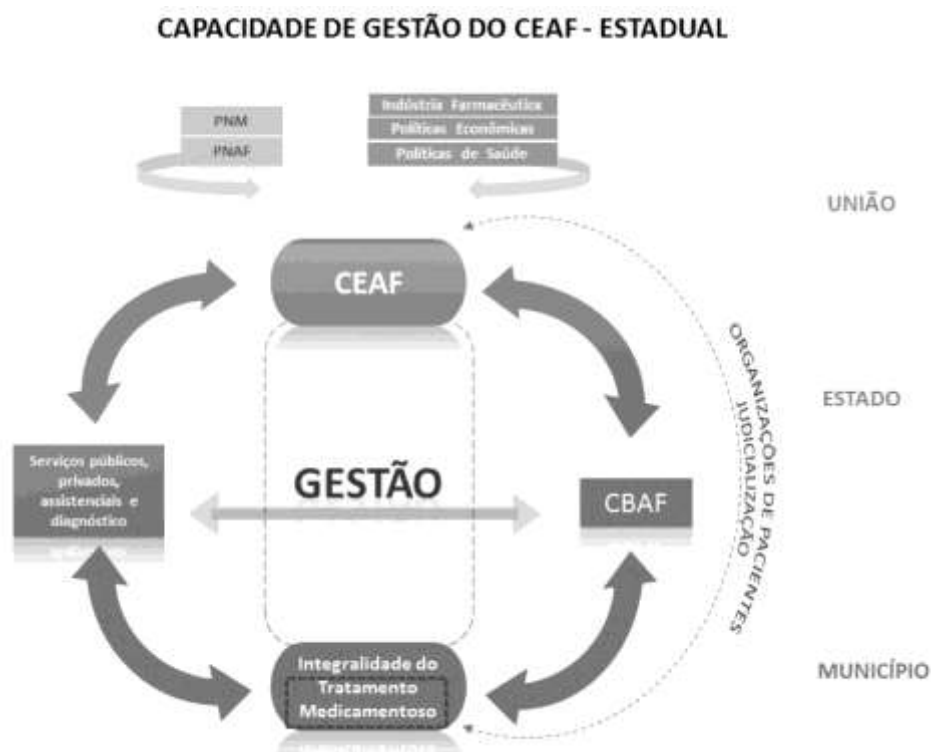


Figura 3 - Modelo teórico da capacidade de gestão do CEAF em âmbito estadual

Fonte: Elaborada pelos autores

No campo das políticas de saúde, estas definem o elenco e forma com que os serviços serão fornecidos. Uma das características mais evidenciadas do CEAF é o fato do acesso aos medicamentos acontecer mediante o cumprimento das exigências definidas nos PCDT, as quais incluem

critérios de diagnóstico e de monitoramento clínico. A este respeito, segundo os informantes ouvidos, a oferta de serviços de diagnóstico e de especialistas podem ser fatores limitantes do acesso a estes medicamentos, pois o acesso é totalmente dependente da

disponibilidade destes serviços. Na prática, quando possível, os usuários recorrem ao setor privado para cumprir estas exigências (exames e consultas com especialistas).

Outro aspecto referido pelos atores é a falta de articulação entre os serviços, uma vez que o alcance da integralidade dos tratamentos só será possível quando a fragmentação das ações for superada. Esta nova configuração do CEAF focada na integralidade trouxe novos desafios para o sistema de saúde como um todo, pois envolve o trabalho coordenado da rede de serviços e o atendimento multiprofissional do usuário.

Considerando que, após a revisão dos componentes da assistência farmacêutica e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a primeira linha de cuidado para várias das doenças contempladas no CEAF deverá ser garantida pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica, este torna-se peça fundamental para o alcance da integralidade dos tratamentos. Além disso, esta lógica evita a sobreposição de elencos e possibilita a ampliação do acesso a medicamentos, que se utilizados de forma racional, poderão contribuir para a melhora do prognóstico das doenças,

para a redução da necessidade de atenção especializada e para redução dos recursos financeiros diretos e indiretos envolvidos⁽²⁾.

Nesse contexto, para assegurar uma provisão adequada de medicamentos seguros, eficazes, de boa qualidade, que sejam objeto de uso racional, cabe ao Estado (União, estado e município) aplicar uma política de medicamentos como parte integrante de sua política de saúde. A disponibilidade regular de medicamentos nos estabelecimentos de saúde aumenta a credibilidade, a resolutividade dos serviços prestados e mantém o equilíbrio financeiro entre os entes federados.

No campo das políticas econômicas, as políticas de regulação de preços e as políticas de proteção de propriedade intelectual, por exemplo, exercem influência direta sobre o CEAF, uma vez que este é o componente que contempla terapias complexas, a incorporação das inovações tecnológicas e consequentemente de alto custo. O peso da aquisição de insumos para a saúde na balança comercial, o nível de excelência tecnológica que envolve muitos produtos de alto valor agregado, somado às características do SUS

trazem um contexto complexo a ser administrado pelos gestores desse sistema⁽²⁾.

Dessa forma, na construção do CEAF, estratégias foram definidas com o objetivo de reduzir os custos desses produtos para o governo, visando a ampliação do acesso. Ações no campo da regulação econômica como a obrigatoriedade da aplicação do Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) nos processos de aquisição pela administração pública e a isenção de impostos para estes medicamentos possibilitaram a otimização de recursos orçamentários a um nível superior àquele estimado⁽²⁾.

Em relação a influência da indústria farmacêutica sobre o CEAF, esta é relatada em diversos aspectos. Entre os aspectos mais preocupantes estão as situações de monopólios e duopólios, nas quais os fornecedores têm um poder de mercado considerável que lhes permite ditar condições. Para a PNAF, qualquer leniência da política de propriedade intelectual frente às práticas monopolistas do segmento internacionalizado da indústria farmacêutica brasileira será prejudicial à ampliação do acesso racional aos medicamentos no campo do SUS⁽²⁾. Somado a isso, a fragilidade e

dependência do complexo industrial interno em setores estratégicos e a perda de competitividade internacional das indústrias, os quais nos levam a recorrer à importação dos medicamentos (seja como produtos manufaturados ou matérias primas), tornam a aquisição vulnerável em função das variações cambiais⁽¹⁶⁾. Construindo esse contexto, entre os principais entraves para o desenvolvimento industrial no setor saúde está o déficit comercial crescente no segmento da saúde, com maior peso dos produtos de maior densidade de conhecimento e tecnologia⁽²⁾.

Por outro lado, a partir do CEAF o complexo industrial da saúde tem recebido incentivo, principalmente, através da definição de produtos estratégicos para o SUS, parcerias para o desenvolvimento produtivo, a garantia de mercado para empresas nacionais e o uso do poder de compra do estado para o desenvolvimento do complexo produtivo e de inovação em saúde. A articulação da PNM e da PNAF com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S) contemplam os interesses nacionais e as necessidades e prioridades do SUS. Nesse sentido, os medicamentos do CEAF têm importância fundamental, pois são

estratégicos para o desenvolvimento nacional⁽²⁾.

Ainda em relação à indústria, não se pode deixar de citar a influência que exerce sobre os pacientes, prescritores e na definição das políticas com finalidade e racionalidade econômica estabelecida pelo capitalismo industrial. Com estratégias agressivas de *marketing* e de convencimento, pressionam pela incorporação tecnológica e incentivam o uso de seus produtos. Essas informações padecem de vieses representados pelos interesses comerciais em jogo^(13,17). Essa influencia é referida principalmente pelos prescritores ao relatarem a participação de representantes da indústria nas consultas públicas sobre a padronização de medicamentos e definição de novos PCDT.

Outro ponto refere-se aos problemas de gestão do CEAF, os quais podem gerar, entre outros, uma demanda judicial para acesso a estes medicamentos, como nos casos do não fornecimento de medicamentos padronizados, por faltas e atrasos. Em estudo realizado observou-se que parte considerável dos medicamentos demandados judicialmente estavam padronizados no CEAF⁽¹⁸⁾. Na via

contrária, por exemplo, nos casos não contemplados no componente, a judicialização pressiona a sua incorporação nas listas nacionais e a ampliação das doenças cobertas pelo SUS. Essa via também foi referida pelos prescritores como alternativa, segundo seus relatos, pela falta de flexibilidade dos protocolos.

Embora seja reconhecida como uma via legítima de reivindicação do pleno direito à saúde, a judicialização também pode causar impactos negativos na saúde dos pacientes, ao não garantir que os demais serviços estejam disponíveis e ao próprio sistema de saúde, por desviar recursos (econômicos, humanos, etc.) da via administrativa criada para garantir acesso à população⁽¹⁹⁾.

Nesse contexto, as organizações sociais também estão relacionadas à medida que pressionam por incorporações. Porém, as mesmas muitas vezes estão sob a influência da indústria farmacêutica através do estímulo e patrocínio às associações de portadores de doenças a lutarem pelos seus direitos. Nesse sentido, a judicialização mais do que a reivindicação do direito à saúde da população, parece ter se tornado um mecanismo de pressão da indústria

farmacêutica sobre os sistemas de saúde para garantir o mercado dos seus novos produtos⁽¹⁹⁾.

Ao adotar os conceitos relacionados à gestão anteriormente apresentados, assume-se que esta não envolve apenas aspectos técnico-administrativos, como na teoria da administração clássica, mas também aspectos de natureza estratégica e política, aproximando-se da ciência política⁽⁴⁾. Essa concepção de gestão proposta valoriza o processo e não só o resultado, privilegia discussões sobre o poder e sua legitimidade, ou seja, se traduz em aspectos menos procedimentais.

Uma vez que existem diversas variáveis que podem interferir no alcance dos objetivos da gestão, a modelagem de programas mais complexos pressupõe o detalhamento da teoria do programa⁽¹¹⁾ e a articulação entre seus elementos, visando nortear a avaliação. Com o objetivo final de aperfeiçoar a gestão do CEAF, que é o maior componente de financiamento da assistência farmacêutica em volume de recursos financeiros, e na perspectiva de que os modelos sejam apropriados à realidade e necessidade do objeto a ser avaliado, estes foram construídos em colaboração com os sujeitos envolvidos,

Modelo Teórico e Lógico para avaliação da...

segundo o proposto por Calvo e Henrique⁽⁸⁾ e Alves e colaboradores⁽²⁰⁾.

A construção dos modelos teórico e lógico se constituem a primeira etapa do processo de construção de um modelo de avaliação.

Conclusão

Com os modelos apresentados, fica clara a complexidade e os diversos fatores que influenciam a capacidade de gestão do CEAF. Em outras palavras, a garantia da integralidade dos tratamentos envolve além do acesso ao medicamento, acesso a outros cuidados e serviços de saúde e a articulação entre estes.

A construção dos modelos lógico e teórico para basear a avaliação da capacidade de gestão do CEAF, tendo como referência entrevistas com atores diretamente envolvidos, além da literatura da área, possibilitou cotejar a experiência da vida real e as descrições legais em modelos que melhor representem o objeto em estudo.

Mesmo partindo do pressuposto de que a modelagem é uma representação simplificada e aproximada da realidade analisada, sabe-se que a construção dos modelos de forma contextualizada auxilia de forma singular no processo de

avaliação. Ou seja, a apresentação e a discussão destes modelos permitem definir o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados.

Desta forma, a modelagem para avaliação da capacidade de gestão do CEAF auxiliará na análise das condições de estruturação do Componente nos estados, assim como das condições para execução e o alcance dos resultados. De posse destes resultados poder-se-á desenvolver estratégias para a qualificação desta forma de acesso à medicamentos no SUS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de julho de 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF 2010.
3. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2013;29(4):691-701.
4. Guimarães MCL, Santos SMC, Melo C, Filho AS. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(6):1642-1650.
5. NEPAF/UFBA. Resumo Executivo do Projeto: “Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um modelo em construção, Salvador, Grupo de pesquisa Gestão da Assistência Farmacêutica (UFBA/Cnpq), setembro de 2007, (mimeo).
6. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, Faleiros DR, Guerra JR AA, Cherchiglia ML, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. Revista de Saúde Pública. 2011,45(3):590-598.
7. Mendes S. Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
8. Calvo MCM, Henrique F. Avaliação – algumas concepções sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert JL. A odontologia e a Estratégia de Saúde da

Família. Tubarão: Ed. Unisul; 2006. p. 115-136.

9. Manzini F. Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

10. Natal S, Samico I, Oliveira LGD, Assis AMJ. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Cadernos de Saúde Coletiva. 2010,18(4):560-571.

11. Bezerra LC A, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de Programas: da Teoria à Operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (org). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.65-78.

12. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1993.

13. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).

14. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elemento para se pensar a mudança da

organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, CARVALHO, YM (organizadores). Tratado de Saúde Coletiva. Rio do Janeiro: Editora Fiocruz e Hucitec; 2006.

15. Leite SN, Guimarães MCL. Gestão da Assistência Farmacêutica. In: Gestão da Assistência Farmacêutica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC; 2011. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/599>.

16. Blatt CR. Avaliação da Assistência Farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina no ano de 2002 a 2004 [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

17. Fiaschetti MA, Mastroianni PC, Galduróz JCF, Loffredo LCM, Chin CM. Opiniões e atitudes dos médicos frente às ações promocionais da indústria farmacêutica. Revista Baiana de Saúde Pública. 2011,35(4):932-947.

18. Santana JMB. Essencialidade e Assistência Farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.

19. Vargas-Pelaez CM, Rover MRM, Leite SN, Buenaventura FR, Farias MR. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – a scoping study. Soc Sci Med. 2014; 121: 48-55.

20. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e análise das informações: O uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (org). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.89-107.

Sources of funding: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina.

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2015-09-17

Last received: 2015-12-04

Accepted: 2015-12-30

Publishing: 2016-01-29

* Aos pesquisadores e estudantes do Grupo de pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.