



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

SHEILA ELCIELLE D' ALMEIDA ARRUDA ANTUNES

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS: EIXO  
ESTRUTURA, NA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA MUNICIPAL EM PERNAMBUCO**

**Recife  
2020**

SHEILA ELCIELLE D' ALMEIDA ARRUDA ANTUNES

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS: EIXO  
ESTRUTURA, NA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA MUNICIPAL EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

**Área de concentração:** Gestão e Economia da Saúde.

**Orientador(a): Prof(a). Dra. Máira Galdino da Rocha Pitta**

**Co-orientador(a): Prof. Dr. Robson Douglas Tigre Santos**

**Recife**

**2020**

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

A636a Antunes, Sheila Elcielle D' Almeida Arruda  
Avaliação do Programa Qualifar-SUS: eixo estrutura, na qualificação da assistência farmacêutica municipal em Pernambuco / Sheila Elcielle D' Almeida Arruda Antunes. - 2020.  
80 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof. <sup>a</sup> Dra. Máira Galdino da Rocha Pitta e coorientador Prof. Dr. Robson Douglas Tigre Santos.  
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2020.  
Inclui referências.

1. Gestão. 2. Assistência farmacêutica. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Pitta, Máira Galdino da Rocha (Orientadora). II. Santos, Robson Douglas Tigre (Coorientador). III. Título.

330.9 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2021 – 058)

SHEILA ELCIELLE D' ALMEIDA ARRUDA ANTUNES

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA QUALIFAR-SUS: EIXO ESTRUTURA, NA  
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL EM  
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 09.09.2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Michelly Cristiny Pereira (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Rodrigo Gomes de Arruda (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Aldo César Passilongo da Silva (Examinador Externo)  
Diretoria do CRF/PE

Dedicatória especial ao SUS, por acreditar no grande potencial existente nele para se reduzir as desigualdades de acesso e qualidade da assistência.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por estar sempre ao meu lado e nunca me deixar desistir frente aos obstáculos, me ensinando com as dificuldades e me tornando uma pessoa cada vez melhor;

A meus pais, “in memoriam”, por ter me mostrado, em exemplos, a importância do valor do conhecimento adquirido e dos valores éticos e morais em minha formação;

Ao meu companheiro de todas as horas, Sérgio, por me incentivar constantemente, entender minhas ausências e apoiar nos momentos mais difíceis;

As minhas irmãs Shirley e Sharliane, por todo apoio recebido e por estarem sempre comigo, inclusive na atenção dedicada à revisão carinhosa de todo o material produzido;

Ao cunhado Sérgio, que na área de TI sempre deu aquele socorro nas horas mais difíceis, para viabilizar a escrita dessa produção;

A minha sobrinha, afilhada e estrela guia Linna, que em sua inocência nos motiva a querer buscar melhorar nosso mundo, e a qualidade do cuidado que prestamos uns aos outros;

A cunhada Teresa, que sempre motivou a continuar investindo em minha formação profissional e pessoal e por seu exemplo de vida;

Aos meus orientadores nessa caminhada, Profa. Dra. Maíra Galdino da Rocha Pitta e Prof. Dr. Robson Douglas Tigre Santos, pelo privilégio de seus ensinamentos, pela paciência e por me inspirarem por suas trajetórias exitosas;

A amiga Sílvia, pela motivação a manter o “foco” quando o pensamento se voltava às demandas do laboro e apoio na divisão das atividades de trabalho e horário para viabilizar a realização desse projeto;

Ao amigo Wendel, por todo apoio recebido, nas horas de maior desânimo em que a dificuldade de obter os dados se revelaram duramente;

A secretária do PPGGES, Tunísia, sempre atenta e acolhedora de nossas necessidades e pelo carinhoso acolhimento recebido a cada novo contato;

Aos queridos colegas e novos amigos que o Mestrado me presenteou;

Aos professores nessa trajetória, que doaram um pouco de si para construção do nosso saber, essencial à finalização desse projeto;

A Universidade Federal de Pernambuco, instituição que carrego em meu coração desde os meus anos de graduação.

**“AGRADEÇO A DEUS POR TUDO EM MINHA VIDA !! ”**

## RESUMO

Com a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde. O novo sistema passou a representar para gestores, trabalhadores e usuários uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver, produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que a universalidade de acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a participação das comunidades e a descentralização tornaram-se os princípios norteadores. Historicamente a Assistência Farmacêutica (AF) tem sido tratada em segundo plano, sob uma ótica minimalista, com ações voltadas prioritariamente à aquisição e distribuição de medicamentos, sem a preocupação com a organização dos serviços e sem planejamento, o que tem gerado uma distinta realidade entre a AF legal consolidada pelas respectivas leis e portarias e a AF real, atravessada por vários problemas de ordem organizacional e financeira, comprometendo o acesso de usuários aos medicamentos essenciais. Considerando a implementação em 2012 do Programa QUALIFAR-SUS num cenário de pioneirismo nesse segmento, este trabalho propõe-se avaliar a efetividade desse programa na qualificação da AF dos municípios pernambucanos habilitados no período de 2012 a 2019, através de uma análise retrospectiva analítica, de natureza observacional descritiva com abordagem quantitativa, utilizando-se dados secundários de sites institucionais de domínio público, avaliados estatisticamente através do método Diff-In-Diff. Dos 183 municípios pernambucanos elegíveis ao programa, no acumulado do período avaliado, 138 (75%) foram habilitados, perfazendo um somatório de recursos recebidos de R\$ 16.524.230,95, tendo sido observado melhores indicadores de saúde e de gestão dos medicamentos entre os municípios habilitados no programa nos anos iniciais, porém observou-se fragilidades no monitoramento da execução pelos municípios por parte dos gestores estadual e federal, com perdas de recursos não recebidas de R\$ 4.428.000,00, evidenciando a relevância do programa à qualificação da AF municipal, porém ainda carente de indicadores e sistema formais para o monitoramento permanente dos reais impactos gerados.

**Palavras-chave:** QUALIFARSUS. GESTÃO. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. SUS.

## **ABSTRACT**

With the creation and regulation of the Unified Health System. The new system started to represent managers, workers and users a new way of thinking, structuring, developing, producing services and health care, since the universality of access, the integrality attention, equity, community participation and decentralization have become the guiding principles. Historically, Pharmaceutical Assistance (PA) has been treated in the background, from a minimalist perspective, with actions focused primarily on the acquisition and distribution of medicines, without concern for the organization of services and without planning, which has generated a distinct reality between the legal AF consolidated by the respective laws and ordinances and the real AF, crossed by several organizational and financial problems, compromising the access of users to essential medicines. Considering the implementation in 2012 of the QUALIFAR-SUS Program in a pioneering scenario in this segment, this work proposes to evaluate the effectiveness of this program in the qualification of PA in municipalities in Pernambuco from 2012 to 2019, through a retrospective analytical analysis, of a descriptive observational nature with a quantitative approach, using secondary data from institutional domain sites public, evaluated statistically using the Dif method In-Diff. Of the 183 municipalities in Pernambuco eligible for the program, in the accumulated period evaluated, 138 (75%) were qualified, making a sum of funds received of R\$ 16,524,230.95, with better indicators of health and medication management observed among the municipalities qualified in the program in the initial years, but weaknesses were observed in the monitoring of the execution by the municipalities by the state and federal managers, with losses of funds not received of R\$ 4,428,000.00, showing the relevance of the program to the qualification municipal PA, but still lacking formal indicators and systems for permanent monitoring of the real impacts generated.

**Keywords:** QUALIFARSUS. MANAGEMENT. PHARMACEUTICAL ASSISTANCE. SUS.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Fluxo de dados na BNAFAR.
- Figura 2 Ciclo de operacionalização do Programa QUALIFAR-SUS.
- Figura 3 Distribuição dos municípios de Pernambuco segundo Regional de Saúde.
- Figura 4 Relação entre o Número de Municípios Elegíveis x Habilitados e a Relação proporcional no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, por porte populacional (Acumulado 2012 a 2019).
- Figura 5 Municípios de PE inseridos no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, por ano de habilitação n= 138 (2012, 2013, 2014, 2017, 2018 e 2019).
- Figura 6 Relação percentual entre as Perdas dos Recursos de Custeio x Recebidos pelos Municípios de PE Habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por ano (2012 – 2019)
- Figura 7 Valor dos recursos de custeio perdidos pelos municípios de PE Habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por ano e acumulado (2012 – 2019).
- Figura 8 Municípios de PE Habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, estratificados por total de parcelas recebidas (n = 2164) e, total de parcelas NÃO recebidas (n = 738) dos recursos de custeio (Acumulado 2012 – 2019).
- Figura 9 Número de ocorrências de subregistros no relatório da BNAFAR para os indicadores de atendimento e gestão de estoque apresentados pelos municípios de PE Elegíveis x Habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por ano (2012- 2019).
- Figura 10 Análise comparativa da média anual dos dados disponíveis nas bases de dados do SIOPS e da BNAFAR dos gastos e movimentações de medicamentos do CBAF dos municípios de PE **Habilitados** no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por ano (2012 a 2019).
- Figura 11 Análise comparativa da média anual dos dados disponíveis nas bases de dados do SIOPS e da BNAFAR dos gastos e movimentações de medicamentos do CBAF dos municípios de PE **NÃO Habilitados** no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por ano (2012 a 2019).

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Variáveis selecionadas para análise.
- Quadro 2 Resumo das Portarias de Habilitação no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS e relação do número de municípios elegíveis x habilitados do Estado de PE por ano (2012, 2013, 2014, 2017, 2018 e 2019).
- Quadro 3 Perdas de Recursos de Custeio pelos municípios de PE, habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, estratificados por porte populacional. Acumulado (2012 - 2019)
- Quadro 4 Indicadores utilizados das bases de dados do SIOPS e BNAFAR das movimentações de Recursos Financeiros e Quantidade de Medicamentos na análise comparativa no Programa STATA.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Correlação entre número de parcelas do recurso de custeio recebidas e as variáveis sobre os indicadores de saúde das DCNT.
- Tabela 2 Correlação entre número de parcelas do recurso de custeio recebidas e as variáveis sobre os indicadores de gestão de movimentações de recursos e quantidade de medicamentos.
- Tabela 3 Correlação entre número de parcelas do recurso de custeio recebidas e as variáveis sobre os indicadores de saúde das DCNT, considerando tempo de habilitação no programa.
- Tabela 4 Correlação entre número de parcelas do recurso de custeio recebidas e as variáveis sobre os indicadores de gestão de movimentações de recursos e quantidade de medicamentos, considerando tempo de habilitação no programa.
- Tabela 5 Distribuição dos Municípios Habilitados para recebimento dos recursos financeiros do Eixo Estrutura do QUALIFARSUS por Região do País n= 3.508 (Brasil por ano 2012, 2013, 2014, 2017, 2018 e 2019).
- Tabela 6 Distribuição dos Municípios habilitados para recebimento dos recursos financeiros do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por Estados da Região Nordeste n = 1.350 (Brasil por ano 2012, 2013, 2014, 2017, 2018 e 2019).
- Tabela 7 Distribuição por Região do Brasil, dos Recursos Financeiros e Número de Municípios Habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS (Acumulado 2012 – 2019).
- Tabela 8 Recursos de investimento e custeio e Número de municípios habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por Estados da Região Nordeste – Brasil (Acumulado 2012 – 2019).

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
BSM	Brasil Sem Miséria
BNAFAR	Base Nacional de Dados, Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CMDE	Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional
CEME	Central de Medicamentos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COAF	Componente Organização da Assistência Farmacêutica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
E-CAR	Ferramenta para gestão de processos
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualificação da Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
QUALIFARSUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMB	Relação de Medicamentos Básicos
SARGSUS	Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>16</b>
<b>3. REVISÃO LITERÁRIA</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1 Histórico e fundamentação legal da estruturação da Assistência Farmacêutica</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2 Processos de avaliação em saúde e da Assistência Farmacêutica</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3 Sistemas de informação em saúde e monitoramento de indicadores</b> .....	<b>24</b>
3.3.1 DATASUS .....	24
3.3.2 SIOPS.....	25
3.3.3 HÓRUS .....	25
3.3.4 BNAFAR .....	26
3.3.5 SARGSUS.....	28
<b>3.4 Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS)</b> .....	<b>29</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
<b>4.1 Caracterização do local de estudo</b> .....	<b>34</b>
<b>4.2 Dados socioeconômicos</b> .....	<b>35</b>
<b>4.3 Delineamento da pesquisa</b> .....	<b>35</b>
<b>4.4 Análise e coleta de dados</b> .....	<b>35</b>
<b>4.5 Amostra do estudo</b> .....	<b>39</b>
<b>4.6 Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	<b>39</b>
<b>4.7 Variáveis do estudo</b> .....	<b>39</b>
<b>4.8 Aspectos éticos</b> .....	<b>40</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>41</b>
<b>5.1 Análise Estatística</b> .....	<b>41</b>
5.1.1 Análise de Regressão .....	41
<b>5.2 Análise Descritiva</b> .....	<b>46</b>
5.2.1 Avaliação da série histórica e perfil das habilitações no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS dos anos 2012, 2013, 2014, 2017, 2018 e 2019 .....	46
5.2.2 Levantamento dos recursos financeiros com o Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS no período de 2012 a 2019 .....	51
5.2.3 Levantamento das perdas de recursos financeiros com o Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS no estado de Pernambuco no período de 2012 a 2019....	52
5.2.4 Avaliação da regularidade na declaração de dados apresentados pelos municípios de PE na BNAFAR, elegíveis e habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS de 2012 a 2019 .....	57
5.2.5 Análise comparativa entre as bases de dados do SIOPS e BNAFAR referente às movimentações de recursos com medicamentos dos municípios elegíveis e habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR -SUS .....	60
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>64</b>
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	<b>70</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>73</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro passou por transformações importantes nas décadas de 80 e 90 com a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele representou para os gestores, trabalhadores e usuários uma nova forma de pensar, de estruturar, de desenvolver, de produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que a universalidade de acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a participação das comunidades e a descentralização tornaram-se os princípios do novo sistema. (BRASIL, 2008a)

Com a implantação do SUS foi redesenhado os contornos da atenção à saúde no País. Nesse sentido, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNS), constituem instrumentos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência sanitária à população. (CFF, 2009)

Dentre as diretrizes da PNAF, destacam-se: a garantia de acesso e de equidade às ações de saúde incluindo, necessariamente, a Assistência Farmacêutica (AF); o desenvolvimento, a valorização, a formação, a fixação e a capacitação de recursos humanos; a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM), por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo; a manutenção de serviços de AF na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e a qualificação dos serviços de AF existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção. (CFF, 2009)

A eficiente estruturação e a gestão da AF se configuram como desafio para gestores e demais profissionais que atuam no SUS, uma vez que as ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas aos processos logísticos da disponibilização de medicamentos. Exigem também a promoção do cuidado ao paciente, a definição de responsabilidades e o estabelecimento de planos para cada esfera de governo, de acordo com as competências estabelecidas. (CONASS, 2011; BRASIL, 2018).

O processo de descentralização exige que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo o acesso, o uso racional e a integralidade das ações.” (BRASIL, 1998)

A evolução da AF no Brasil vem ocorrendo na medida em que se compreende que

“acesso a medicamentos” é ação que não se restringe à sua disponibilidade nas prateleiras. Significa ter o produto adequado para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar requerido pelo usuário, com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o seu uso, tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde (VIEIRA e ZUCCHI, 2007).

De acordo com a PNM, no âmbito municipal, caberá à Secretaria Municipal de Saúde ou ao organismo correspondente: (...) ”Investir na infra-estrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos”; “receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.”

Atualmente, no que tange à organização e ao financiamento da AF no âmbito do SUS, percebe-se duas realidades um tanto quanto distintas. Por um lado, a AF legal consolidada e estruturada pelas respectivas leis e portarias, e que de certa forma norteia e contribui para uma melhor organização da AF nos municípios. Por outro lado, visualiza-se a AF real, atravessada por vários problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para a sua terapêutica. (OLIVEIRA, et al 2010)

De maneira geral, as farmácias de dispensação no SUS possuem estrutura relativamente pequena, geralmente em espaços improvisados, com ausência de controle de temperatura e umidade, além de modelos que dificultam o contato com os usuários do SUS para a realização da entrega dos medicamentos prescritos, seguida de orientações cabíveis para o uso correto dos mesmos. (BRASIL, 2016)

Os desafios para estruturação e implementação de uma AF efetiva na esfera municipal, principalmente na Atenção Básica a Saúde (ABS), começa pela conscientização, por parte dos gestores, da importância da estruturação da AF municipal, através de investimentos em estrutura física, organização dos processos e capacitação permanente dos trabalhadores envolvidos com as atividades que fazem parte do ciclo da AF. Desta maneira, a distribuição de medicamentos à população pode se tornar viável, racional e mais eficiente. (OLIVEIRA, et al 2010)

Vários estudos de avaliação da AF, realizados em unidades de ABS em distintas regiões do país, demonstram que a realidade é bem diferente do que está instituído na legislação e do que é recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) e respectivas políticas. Tais avaliações verificaram que, grande parte dos municípios brasileiros, especialmente os mais carentes, sofre com a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais nas unidades de ABS. Além disso, a dispensação na maioria das unidades é feita por trabalhadores sem qualificação para orientar os usuários quanto ao uso correto dos medicamentos, e em muitas

unidades as condições de armazenamento são inapropriadas, comprometendo sua qualidade. (GUERRA, 2004; NAVES, 2005; BERNARDI, BIEBERBACH e THOMÉ, 2006; VIEIRA, 2008; CANABARRO e HAHN, 2009; BARRETO E GUIMARÃES, 2010; OLIVEIRA, ASSIS e BARBONI, 2010; SOUZA. PORTO E LYRA, 2011; SILVA JUNIOR E NENES, 2012; BRUNS, LUIZA e OLIVEIRA., 2014; MENDES et al., 2014; MENDES et al., 2015; SILVA et al., 2017; BERMUDEZ et al., 2018; )

Em meio a inúmeras necessidades e demandas, a estruturação da AF parece não ser considerada prioritária na disputa por recursos nos orçamentos de saúde. Talvez sua importância ainda não esteja explicitada à maioria dos gestores – realidade constatada pelas condições físicas e de recursos humanos das farmácias das unidades de saúde. (OLIVEIRA, et al 2010)

Em 2012, foi instituído o Programa Nacional de Qualificação da AF no âmbito do SUS (QUALIFAR- SUS), através da Portaria 1.214 de 13 de junho de 2012, a qual no Art. 2º trás que, “tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada”.

Frente a essa realidade e considerando a implementação no ano de 2012 do Programa QUALIFAR-SUS, o presente estudo, pretende avaliar a efetividade do Eixo Estrutura desse programa na qualificação e consolidação da AF entre os municípios pernambucanos, contemplados no mesmo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a evolução dos indicadores de saúde e gestão dos medicamentos nos municípios pernambucanos habilitados no Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS entre 2012 e 2019.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Resgatar e analisar o histórico e perfil das habilitações dos municípios no Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS;
- Consolidar os recursos envolvidos com o programa a nível de Brasil e Pernambuco;
- Estratificar e analisar os recursos recebidos e perdidos pelos municípios pernambucanos no período de 2012 a 2019;
- Realizar levantamento e análise dos indicadores disponíveis para o monitoramento e avaliação do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS;
- Realizar levantamento e análise dos indicadores disponíveis para o monitoramento e avaliação da Qualificação da AF Municipal;
- Identificar potencialidades e fragilidades do Programa.

### 3 REVISÃO LITERÁRIA

#### 3.1 Histórico e fundamentação legal da estruturação da Assistência Farmacêutica

A AF no Brasil, como política pública, teve início em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los. Caracterizava-se por manter uma política centralizada de aquisição e distribuição de medicamentos, além de ter elaborado a *Relação de Medicamentos Básicos* (RMB). A fim de atender interesses dos serviços públicos de saúde e ampliar as especialidades farmacêuticas, a RMB foi posteriormente revisada e denominada de *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (RENAME). (BRASIL, 2002).

A RENAME é um imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e ao controle da maioria dos problemas de saúde prevalentes no País, promove o uso racional e orienta o financiamento de medicamentos na AF. (BRASIL, 2017)

A desarticulação da AF no País, em descompasso com as mudanças que vinham ocorrendo na área de saúde, especialmente com relação ao processo de descentralização do SUS, contribuiu para a formulação de novas diretrizes para a área de medicamentos, explicitada na PNM, publicada em outubro de 1998. (CFF, 2009)

A premissa básica seria a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais, respeitando as necessidades das populações locais, através de critérios epidemiológicos, preocupação pertinente, diante de fracassos anteriores com a experiência centralizadora da extinta CEME. O gestor federal, a partir desse momento, passa a participar do processo de aquisição, mediante o repasse fundo a fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica. A partir de então inicia-se o processo de descentralização da AF no SUS.

Em 1998, com base nos princípios e diretrizes do SUS, integrando esforços à consolidação do novo sistema de saúde brasileiro e norteando as ações das três esferas de gestão, foi criada a PNM, tendo como diretrizes a adoção da RENAME; a regulação sanitária de medicamentos; a reorientação da AF com descentralização da gestão; a promoção do URM; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos com a garantia de segurança, eficácia e qualidade; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos envolvidos com a AF. (BRASIL, 1998)

A inclusão dos princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária na atual

Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde garante como direito de todos e dever do Estado o acesso universal igualitário às ações e serviços à promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive no que diz respeito à AF. Esta, por sua vez, deve ser entendida como o conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, (...) tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. 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 de obter resultados concretos e de melhoria da qualidade de vida da população. (CFF, 2009)

A PNM fortalece os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, tendo como finalidade principal “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do URM e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

Entre as diretrizes estabelecidas por essa política está a reorientação da AF, definida:

“um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o URM.” (BRASIL, 1998)

Mais tarde, com a aprovação, em 2004, da PNAF, através da Resolução nº 338, de 6/05/2004, efetivou a AF como política de saúde. Esta demarcou a AF como uma política norteadora para a formulação de políticas setoriais e a definiu como “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” garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. (BRASIL, 2004)

Ainda em 2004, foi criado através do Decreto nº 5.090, de 20/05/2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) com a premissa de ampliar o acesso a medicamentos pela população, visando ao seu uso racional. Foi ampliado em 2006, através de uma parceria entre o governo federal e o setor varejista farmacêutico, o qual funciona até os dias atuais, mediante o credenciamento da rede privada de farmácias, através do “Aqui Tem Farmácia Popular”, com a oferta de medicamentos essenciais a um baixo custo ao maior número de pessoas, aproveitando a dinâmica na logística da rede farmacêutica privada. (BRASIL, 2018)

Nos anos de 2007 e 2010 o PFPB teve o elenco de medicamentos ampliado e em 03 de fevereiro de 2011, passou a disponibilizar sem custos para os usuários, medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes por meio da campanha “Saúde não tem preço” e incluindo medicamentos para asma em junho de 2012. Gradualmente as unidades

da Rede Própria foram desabilitadas. Tendo seu funcionamento encerrado em dezembro de 2017. (BRASIL, 2018).

A publicação da Portaria nº 2.084 (BRASIL, 2005) trouxe consigo a obrigatoriedade de que a União, os Estados e os Municípios planejem a AF. Sendo este um marco importante para a área porque trouxe ao debate a necessidade explícita dos gestores de saúde planejarem as ações de AF nas três esferas de governo. Posteriormente substituída pela Portaria nº 3.237 de 24/12/2007 e Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.982, de 26/11/2009.

Em 2006 foi instituído o “Pacto pela Saúde”, composto por um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. A proposta do pacto é o aumento da eficiência e qualidade das respostas do SUS, bem como a redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. (BRASIL, 2006a).

As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, em 2006, destacaram a Organização da AF como uma das prioridades para consolidação do SUS (BRASIL, 2006a).

Em março de 2006, com a aprovação da Portaria GM 698/2006 de 30/03/2006, instituiu-se então o bloco de financiamento para a AF constituído por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF); Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica (COAF), este último foi retirado do bloco de financiamento pela Portaria MS/GM nº 204/2007 de 29/01/2007. (BRASIL, 2006b)

Ainda em 2006, o MS promoveu 54 Seminários de Apoio ao Planejamento da AF em todo o país, com a participação dos estados e municípios, para discutir o planejamento da AF e apresentar o Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento da AF (IAPAF), adequando as características dos indicadores do instrumento original à AF com o propósito de dar suporte às secretarias de saúde do país, para que orientem o diagnóstico do estágio de desenvolvimento da AF nos municípios e estados, identifiquem modificações e definam um conjunto de ações para implementar essas modificações. (BRASIL, 2006c)

Historicamente a AF tem sido tratada em segundo plano, sob uma ótica minimalista, com ações voltadas prioritariamente à aquisição e a distribuição de medicamentos, sem a preocupação com a organização dos serviços e sem planejamento, até mesmo para guiar a oferta de medicamentos à população. (BRASIL, 2006d)

A Portaria MS/ GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, posteriormente foi reformulada e subdividida em 2 (duas) portarias, sendo elas:

- Portaria nº 1.554, de 30/07/2013, a qual dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da AF no âmbito do SUS e; onde o repasse é via fundo estadual.
- Portaria GM/MS nº 1.555, de 30/07/2013, a qual aprova as normas de financiamento e execução do CBAF, sendo o repasse via depósito fundo a fundo na conta específica do município.

É inegável a importância da AF na ABS, visto que este nível de atenção deve resolver os problemas de saúde de maior relevância em seu território, utilizando “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade”, dentre estas o uso de medicamentos para cura, reabilitação, promoção da saúde e prevenção de doenças. (BRASIL, 2013; OLIVEIRA, 2010)

Segundo Mendes et al (2014), em todas as UBS do Brasil que dispõem, a disponibilidade média de medicamentos essenciais estava abaixo dos 80% proposto pela OMS, e as que possuíam melhor estrutura dos serviços de AF, apresentaram melhor disponibilidade.

Dada a importância da estruturação física, dentre as necessidades à qualificação da AF, historicamente registra-se as bases legais para o uso do recurso público para esse fim, a exemplo da Portaria GM 698/2006 de 30/03/2006, a qual apresentava na divisão do Bloco de Financiamento da AF quatro componentes, dentre eles o COAF, apesar de ter sido retirado logo em seguida, através da Portaria GM/MS nº 204/2007.

Bem como a previsão de recursos para estruturação e organização da AF, através dos artigos 29 e 30 da Portaria 204/2007, que trás:

“Art. 29. O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: I – Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e II – Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.”  
 “Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de: (...) IX – Estruturação de serviços e organização de ações de AF; (...)” (BRASIL, 2007)

Considerando a necessidade de qualificar a AF, com ênfase na inserção das Redes de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS, o Departamento de AF do MS (DAF/SCTIE/MS) pactuou na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) do dia 26 de abril de 2012 pelo CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) o QUALIFAR-SUS, com o repasse de recursos financeiros para estruturação dos serviços e das ações da AF através do Eixo Estrutura do programa. (BRASIL, 2013a).

A Portaria Nº 1.555, de 30/07/2013, a qual “Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do CBAF no âmbito do SUS”, assegura a legalidade que possibilita a utilização de parte dos recursos destinados a AF para sua estruturação e qualificação, no que traz:

Art. 4º As Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios poderão, anualmente, utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros, definidos nos termos dos incisos II, III e § 1º do art. 3º, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS no Distrito Federal e nos Municípios, à

aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de AF e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da AF na ABS, obedecida a Lei nº 4.320, de 17/03/1964, e as leis orçamentárias vigentes, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.

Em 15 de dezembro de 2016 foi promulgada a Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/2016), por meio da qual foi instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, através do congelamento dos gastos com saúde.

Considerando a mudança do modelo de financiamento das ações e dos serviços de saúde no país com a extinção dos blocos e consolidação em apenas dois: custeio e investimento, definidos através da Portaria GM/MS nº 3.992, de 28/12/2017, a qual dispõe sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, é necessário repensar a atual organização das ações da AF no contexto de redirecionamento definido pelas normativas vigentes. (BRASIL, 2017a)

A extinção dos blocos de financiamento sem aumento nos recursos pode trazer fragilização de áreas internas ao sistema público de saúde que competirão entre si por recursos, como a AF. (BERMUDEZ, 2018)

### **3.2 Processos de avaliação em saúde e da Assistência Farmacêutica**

Num contexto onde tanto o aumento dos gastos com saúde quanto a demanda são crescentes, e os recursos são finitos para garantir uma assistência integral à saúde dos cidadãos, a AF, em especial, tem merecido crescente atenção por parte de governantes, instituições e profissionais de todo o mundo.

A situação mundial do acesso a medicamentos essenciais é ainda considerada crítica. Embora o acesso à atenção à saúde seja um direito humano fundamental, no qual está incluído o acesso a medicamentos essenciais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não tem acesso regular a esses medicamentos (WHO, 2016)

Segundo Leite et.al. (2016), todo processo de gestão pressupõe visão de desempenho para mensurar o quanto se avançou no alcance das metas e das diretrizes definidas e dessa forma a avaliação deve ser uma ferramenta inerente ao processo de gestão, independentemente da esfera administrativa.

No campo da saúde, Novaes (2000) afirma que as avaliações se constituem em uma área

ainda em construção conceitual e metodológica, a qual se encontra na literatura de forma muito diversificada. Destacando-se a discussão sobre dois tipos de avaliação para os quais chama-se atenção: a avaliação da gestão, que tem como objetivo a produção de informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado, e a avaliação de programas de saúde.

Neste segundo tipo de avaliação, Novaes (2000) apresenta questões orientadoras importantes. Assume a idéia de que programas são processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados, e, ao recorrer a autores como Donabedian (1988), Goodman (1992) e Rivera (1996), ressalta-se que a avaliação de programas apresenta, de um lado, interfaces com a avaliação tecnológica e a avaliação de qualidade, e, de outro lado, com a ciência social e política e o planejamento, pois objetivos programáticos realizam-se por sistemas, serviços e procedimentos concretos. Ao mesmo tempo, fazem parte da conjuntura política, econômica e social mais ampla, as quais não são passíveis de abordagens racionalizadoras relativamente circunscritas, como são as avaliações.

Desde a década de 1980, Figueiredo e Figueiredo (1986) já chamavam atenção para a importância desta linha de avaliação:

[...] é impossível antever todos os tipos de entraves, problemas e conflitos possíveis durante a realização de um programa. [...] Se a avaliação processual não objetiva medir o tamanho ou a natureza do impacto do programa ela, entretanto, quando feita ao longo da implementação, representa a possibilidade de monitoração dos processos diretamente responsáveis pela produção do efeito esperado. Isto é, ela permite controlar com a devida antecipação o tamanho e a qualidade do efeito desejado.

Segundo Donabedian (1990), um dos autores mais clássicos na avaliação de qualidade em saúde, estrutura, processo e resultados devem ser elementos constituintes dos instrumentos de avaliação da qualidade em saúde, de forma a se obter evidências do êxito nas estratégias adotadas ou verificar a necessidade de redefini-las.

Os Indicadores de **Estrutura** visam verificar qualidade das estruturas básicas. Contudo, eles não avaliam o funcionamento dessas estruturas, uma vez que esta situação é analisada pelos indicadores de processo.

Os indicadores de estrutura podem monitorar alguns aspectos da AF Básica, tais como: seleção de medicamentos essenciais, importância de manter a gestão de pessoas devidamente capacitada e em quantidade efetiva na AF, garantindo atendimento humanizado, melhor gestão e organização da AF, fortalecimento da distribuição de medicamentos e logística, informação e programas de educação continuada para promoção do URM, de forma a auxiliar na formulação de estratégias e planejamento de intervenções para melhoria da AF. (WHO, 1999).

Os Indicadores de **Processo** fornecem informações sobre os mecanismos e atividades da política de AF e monitoram alguns aspectos, tais como: seleção e alocação de medicamentos

no orçamento da saúde e na política de financiamento do setor, procedimentos de contratação, distribuição e logística do setor e informação e educação continuada sobre URM. São medidos através de porcentagem, utilizando a informação disponível na gestão da AF e/ou obtidos através de inquéritos. Para alguns indicadores em determinadas situações, os valores utilizados para calcular as porcentagens também podem fornecer informações úteis, podendo ser utilizados para auxiliar os gestores na administração e acompanhamento da política de AF e fornecendo medidas quantitativas de concretização de metas definidas ou melhoria e/ou implantação de ações (WHO, 1999).

Os Indicadores de **Resultado** mostram informações e dados sobre a realização dos objetivos da política de AF, a respeito do que está disponível e acessível sobre os medicamentos essenciais, qualidade e URM. Estes indicadores avaliam se estes objetivos estão sendo alcançados. Segundo a OMS, se os resultados encontrados são satisfatórios e positivos, os indicadores de estrutura e de processo, estão sendo atingidos, ao passo que, se fornecerem dados não tão satisfatórios, os gestores deverão proceder a uma análise cuidadosa dos problemas, a fim de identificar fatores causais e rever estratégias (WHO, 1999).

Segundo Marin (2003), esta classificação de estrutura, processo e resultado, referente aos indicadores, pode sofrer variações motivadas por características do objetivo da avaliação.

Autores destacam que entre as dificuldades para a avaliação no SUS estão aspectos relacionados à cultura de gestão que não estimula o uso do planejamento e do monitoramento, a ausência de sistemas de informação integrados e as dificuldades metodológicas das avaliações qualitativas, associado ao fato de que o processo de avaliação requer um amplo conjunto de dados e diferentes pontos de vista, no entanto, os custos e dificuldades para realizar avaliações no mundo real levam à utilização dos dados já existentes. (CARVALHO e SHIMIZU, 2017; BAMBERG et al, 2011)

Estudo, realizado por Faraco, et al., (2020) demonstrou a aplicabilidade de um novo protocolo que permite a avaliação utilizando-se de dados da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do URM no Brasil (PNAUM), denominado “Protocolo da Capacidade de Gestão da AF na APS”(PAGAF), podendo o mesmo ser incorporado no monitoramento contínuo da AF no Brasil, buscando-se por opções de avaliações a nível nacional da capacidade de gestão da AF na Atenção Primária a Saúde (APS), utilizando-se metodologias para coleta de dados baseadas em amostras por representatividade com uso de dados secundários, tornando as avaliações menos onerosas.

O monitoramento para a gestão da AF é uma forma de institucionalização dos processos de planejamento, e deve ser utilizado como instrumento estratégico de gestão do SUS. No setor

saúde adquire maior importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. (BRASIL, 2009)

Segundo Vasconcelos (2009), a eficiência está calcada em dois princípios, ambos com o mesmo objetivo, de alcançar os melhores resultados na prestação de serviço com menor dispêndio dos recursos públicos. Portanto, o primeiro, está relacionado com a forma de atuação do agente público, resultando na premissa que desempenhe suas atribuições da melhor forma possível, e o segundo ao modo de organizar, estruturar e disciplinar a administração pública.

A análise e incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos gestores as informações requeridas para o planejamento e a definição de estratégias de intervenção. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços, que não são utilizadas na análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades das práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo contínuo de avaliação da qualidade e educação nos serviços de saúde. (WEIGELT, 2012)

### **3.3 Sistemas de informação em saúde e monitoramento de indicadores**

#### **3.3.1 DATASUS**

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) surgiu com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pelo Decreto 100 de 16/04/1991. Na época, a Fundação passou a exercer a função de controle e processamento das contas referentes à saúde que antes era da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Foi então formalizada a criação e as competências do DATASUS, com a responsabilidade de prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle. (DATASUS, 2020)

Em quase 25 anos de atuação, o DATASUS já desenvolveu mais de 200 sistemas que auxiliam diretamente o MS no processo de construção e fortalecimento do SUS. Atualmente, o Departamento é um grande provedor de soluções de software para as secretarias estaduais e municipais de saúde, sempre adaptando seus sistemas às necessidades dos gestores e incorporando novas tecnologias, na medida em que a descentralização da gestão torna-se mais concreta. (DATASUS, 2020)

### 3.3.2 SIOPS

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS). (SIOPS, 2020)

Criado inicialmente para possibilitar o acompanhamento do gasto do setor, tornando-se pouco tempo depois ferramenta de monitoramento da aplicação mínima em ASPS pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, após a aprovação da EC nº 29/2000 (BRASIL, 2000)

Em 2012, a Lei Complementar nº 141, tornou o seu uso obrigatório para todos os entes da Federação, estabelecendo que os gestores da saúde são responsáveis pelos dados declarados, aos quais se confere fé pública; e definiu a penalidade de suspensão das transferências constitucionais para a falta de declaração dos dados dentro do prazo estipulado e a obrigatoriedade de reposição dos valores nos casos de aplicação inferior ao mínimo constitucional no exercício anterior (BRASIL, 2012b)

O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo MS, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas. (SIOPS, 2020)

Foi institucionalizado pela Portaria Conjunta MS/PGR nº 1.163, de 11/10/2000 que posteriormente foi retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR nº 446, de 16/03/2004; e atualizada, mais recentemente, pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28/09/2017, Título VII, Capítulo VII, Arts. 442 a 470 onde:

“Estabelece diretrizes para o funcionamento do SIOPS e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16/10/2012”. (BRASIL, 2017b)

### 3.3.3 HÓRUS

O Sistema Nacional de Gestão da AF (Hórus) foi criado para qualificar a gestão da AF nas três esferas do SUS, e contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos e da atenção à saúde prestada à população.

Foi inicialmente desenvolvido por meio da parceria estabelecida em 2009 entre DAF/SCTIE, a Secretaria Municipal de Saúde de Recife (SMS/PE), a empresa Pública de

Informática de Recife (Emprel), o DATASUS, o CONASS e o CONASEMS. (MS, 2020)

É um sistema *web* no qual os cadastros iniciais são preenchidos pelos gestores estaduais e municipais, compreendendo: informações sobre estabelecimentos de saúde e departamentos envolvidos na distribuição e dispensação de medicamentos; características dos usuários do SUS; locais de armazenamento e origem das prescrições. Está integrado ao Cadastro Nacional de Saúde (Cartão do SUS), que permite a importação dos dados do usuário SUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Além disso, os bancos de dados das agências da Empresa de Correios e Telégrafos e do Conselho Federal de Medicina estão integrados ao sistema, contribuindo para o registro e atualização do endereço do usuário, como para o cadastramento do prescritor. Possibilita ainda, o registro de medicamentos sob controle especial, através da parceria estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (COSTA e NASCIMENTO JÚNIOR, 2012)

Permite que sejam gerados diferentes relatórios, contendo informações gerenciais que subsidiam o planejamento das ações de AF na AB: históricos das dispensações dos usuários; dados sobre pacientes faltosos; origem das prescrições; posição de estoque; datas de agendamento das próximas dispensações e outras. Sendo disponibilizadas informações técnicas necessárias à qualificação dos serviços do cuidado, de forma que possam ser utilizadas durante o momento da prescrição e na dispensação. (COSTA e NASCIMENTO JÚNIOR, 2012)

O contexto atual traz o sistema Hórus como a oferta de aplicativo do MS para envio de dados sobre a AF, por parte dos municípios e estados, trazendo o sistema como referência para o tipo de informação a ser enviada.

### 3.3.4 BNAFAR

A Base Nacional da AF (BNAFAR) é a consolidação dos dados nacionais de posição de estoque, entradas, saídas, avaliações e dispensações realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal para os medicamentos padronizados na RENAME dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da AF, e do PFPB.

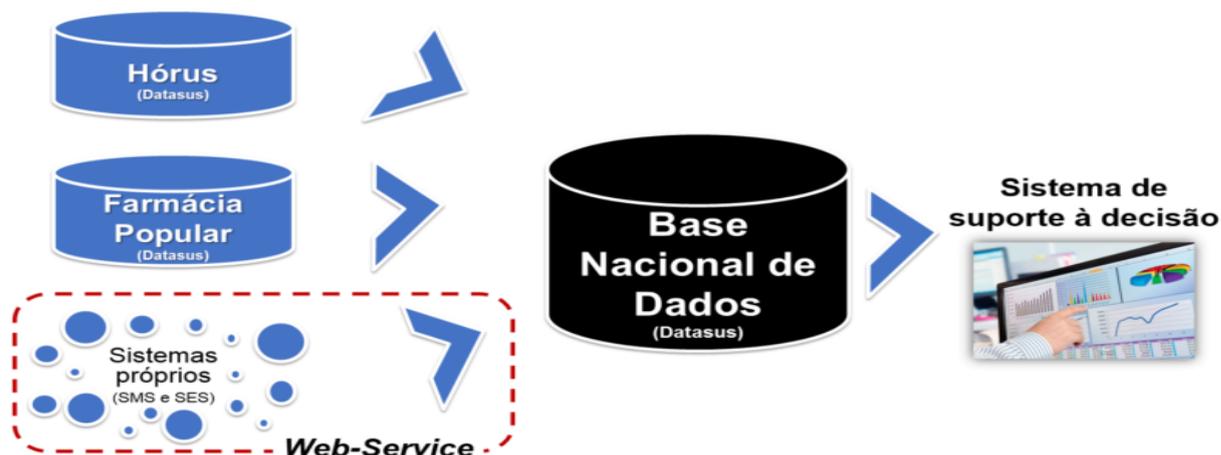
Foi instituída pela Portaria nº 271/2013/GM/MS sendo amplamente atualizada posteriormente pela Portaria nº 957/2016/GM/MS e complementada pela Portaria nº 938/2017/GM/MS, sendo hoje regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 1/MS, de 28/09/2017. Ela é constituída por dados do Sistema Hórus, serviço de envio de dados (*web service*) e Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular. (BRASIL, 2017)

O *web service* permite que Municípios, Estados e Distrito Federal que não utilizam o sistema Hórus possam enviar as informações referentes à posição de estoque, entradas, saídas,

dispensações deferidas e avaliações, no âmbito dos medicamentos contidos na RENAME, conforme fluxo de dados descritos na Figura 1. (BRASIL, 2016)

**Figura 1: Fluxo de dados da BNAFAR**

**Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS**



Fonte: Ministério da Saúde

A possibilidade de envio de justificativa por parte de municípios e estados, caso não sejam enviados os dados via Hórus ou *Web service*, possui previsão na Portaria N° 938, de 7/04/2017, em seu artigo terceiro, conforme abaixo:

“Art. 3º Caso o ente federativo não tenha transmitido as informações relativas ao conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos e insumos da RENAME que trata a Portaria nº 957/GM/MS, de 10.5.2016, e não envie justificativa no prazo estabelecido ou caso esta não seja aceita pelo MS, poderão ser suspensos os repasses de recursos financeiros do MS relacionados à AF de acordo com a legislação vigente.”

Atualmente a obrigação de envio de informações, para os municípios que não fazem parte do programa QUALIFAR, não possui efeito prático já que conforme a Portaria que regulamenta a BNAFAR aduz que:

“§ 2º O início do prazo para a transmissão dos dados referentes ao registro das dispensações do CBAF e do CESAFA para os estabelecimentos de saúde que não possuem conectividade e que não estão contemplados no eixo estrutura do QUALIFAR-SUS dar-se-á a partir da etapa de Implantação da Solução do Programa de Informatização das UBS e do Registro Eletrônico de Saúde”.

“3º Os prazos estabelecidos neste artigo estão condicionados ao pleno atendimento do “*web service*” da BNAFAR em receber os dados dos municípios, estados e União e processá-los em tempo hábil.”

A BNAFAR integra a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e compõe o Programa Conecte SUS, que é parte da estratégia Saúde Digital do governo federal para informatização da saúde do país. Vale ressaltar que os municípios que não possuem conectividade e não estejam habilitados no eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS não possuem a obrigatoriedade de envio dos dados de dispensação à BNAFAR. (CONASEMS, 2020)

Diante dessa determinação, houve esforços do governo para ampliar a capacidade de acolhimento das informações pelo MS. Segundo a Portaria GM/MS 3.616, de 20/12/2019 a BNAFAR passa a ser composta por nove sistemas de diferentes Secretarias do MS que foram incluídos nessa nova versão do *Web Service*. Assim, a BNAFAR vai concentrar os dados de todos os sistemas utilizados ou ofertados pelo MS em que a AF esteja inserida (nas três esferas de gestão). (CONASEMS, 2020)

### 3.3.5 SARGSUS

O Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) consiste em uma ferramenta eletrônica desenvolvida em 2010, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde.

A natureza inovadora do sistema SARGSUS está na possibilidade concreta que sua utilização tem de promover a integração das ações dos diversos setores das secretarias de saúde, quando da elaboração do Relatório de Gestão (RG), integração das informações existentes em bases de dados distintas, da indução do processo de articulação dos instrumentos de planejamento, qualificando a tomada de decisão.

Outro aspecto a ser destacado diz respeito ao apoio à participação e ao controle social e subsídio ao trabalho, interno e externo, de controle e auditoria. A princípio, o SARGSUS foi disponibilizado para estados e municípios, em caráter não obrigatório, em março de 2010. Com o Acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) nº 1.459/11, esta situação mudou, determinando ao MS instituir a obrigatoriedade na alimentação do SARGSUS por parte de estados e municípios e permitir a busca aos RGs registrados no sistema a qualquer cidadão. Diante disto, foi pactuada pela CIT no dia 15/12/2011, a Portaria GM/MS nº 575, de 29/03/2012, que regulamenta o uso do SARGSUS, instituindo a sua obrigatoriedade como ferramenta eletrônica de elaboração do RG, no âmbito do SUS.

O processo de desenvolvimento dos RG está regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19/09/1990; 8.142, de 28/12/1990 e Lei complementar nº 141, de 13/01/2012. Além de comprovar a aplicação de recursos do SUS, os RG também apresentam os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e orientam a elaboração de nova Programação Anual (PA) e eventuais redirecionamentos que se façam necessários no Plano de Saúde (PS) nas três esferas de gestão. É a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde no município, estado, Distrito Federal e União. Iniciou a vigorar em 2011.

### 3.4. Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS)

A elaboração do programa surgiu a partir da avaliação preliminar dos relatórios operacionais de auditoria da gestão da AF na AB do TCU e Controladoria Geral da União (CGU) (BRASIL, 2011). Nesses relatórios, o objetivo era analisar a implantação e operacionalização da AF básica nos três níveis da federação. Na análise conclusiva das auditorias, foram apontadas diversas deficiências nas gestões federal, estadual e municipal, principalmente quanto à aplicação do recurso da farmácia básica, ausência de monitoramento da aplicação dos recursos à compra de medicamentos, falhas no controle deficiente/ inexistente de estoque e condições inadequadas no armazenamento. (RODRIGUES, 2017)

O programa QUALIFAR-SUS, surge em resposta ao acórdão TCU 1459/2011 para implementação de mudanças do cenário apresentado na AF, evidenciado na auditoria do TCU, a partir da instituição dos quatro eixos, dentre estes o Eixo Estrutura.

O MS, por meio da Portaria 1.214 de 14/06/2012, instituiu o Programa QUALIFAR-SUS, que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada. (BRASIL, 2012)

Neste sentido, a Portaria 1.215 de 14/06/2012 regulamentou a transferência de recursos financeiros do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS à estruturação dos serviços farmacêuticos da AB, nos municípios com população em situação de extrema pobreza constante no Plano Brasil Sem Miséria (BSM). (BRASIL, 2012a). Através de uma nova fonte de financiamento, visando qualificação da estrutura das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e das farmácias nos municípios.

O programa está estruturado em quatro eixos, que se integram entre si: **estrutura, informação, educação e cuidado**, dentre os quais o Eixo Estrutura visa contribuir à estruturação física dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na AF, bem como a disponibilidade de informações que proporcionem a avaliação das ações e serviços de saúde e promoção da educação permanente e aprimoramento das práticas profissionais. (BRASIL, 2013a)

O Eixo Informação destina-se a produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços da AF, informações essas oriundas da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da AF (BNDASF). (BRASIL, 2012)

O Eixo Educação visa promover a educação e a capacitação dos profissionais de saúde para a qualificação das ações da AF voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais, no

contexto das RAS. (BRASIL, 2012)

E o Eixo Cuidado visa a inserção da AF nas práticas clínicas no intuito de assegurar a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à Farmacoterapia. (BRASIL, 2012)

O processo de seleção dos municípios priorizou inicialmente aqueles que participavam de duas iniciativas do Saúde Mais Perto de Você, que é um conjunto de ações do MS para reorganização, fortalecimento e estruturação da AB: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS). Ainda, foi adotado como prioridade na seleção municípios com adesão ao Sistema Hórus ou que possuíssem sistema de informação próprio para a gestão da AF (BRASIL, 2012).

A implementação do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS prevê, além do apoio técnico aos municípios, a destinação de recursos financeiros de investimento e custeio para reestruturação física e de recursos humanos. (BRASIL, 2012).

Para elaborar ações de estruturação à AF, é preciso, antes, conhecer a situação atual do município. Neste sentido, o diagnóstico é a descrição de como a AF se configura no município: número de estabelecimentos de dispensação, identificação dos recursos humanos, estrutura física do almoxarifado/CAF, e das farmácias/unidades de saúde, quantidade de equipamentos de informática e mobiliários, conectividade, além de identificação das necessidades de estruturação, com o intuito de fazer uma “fotografia” da situação da AF, com identificação do que seria necessário para melhorar a situação atual. (BRASIL, 2016)

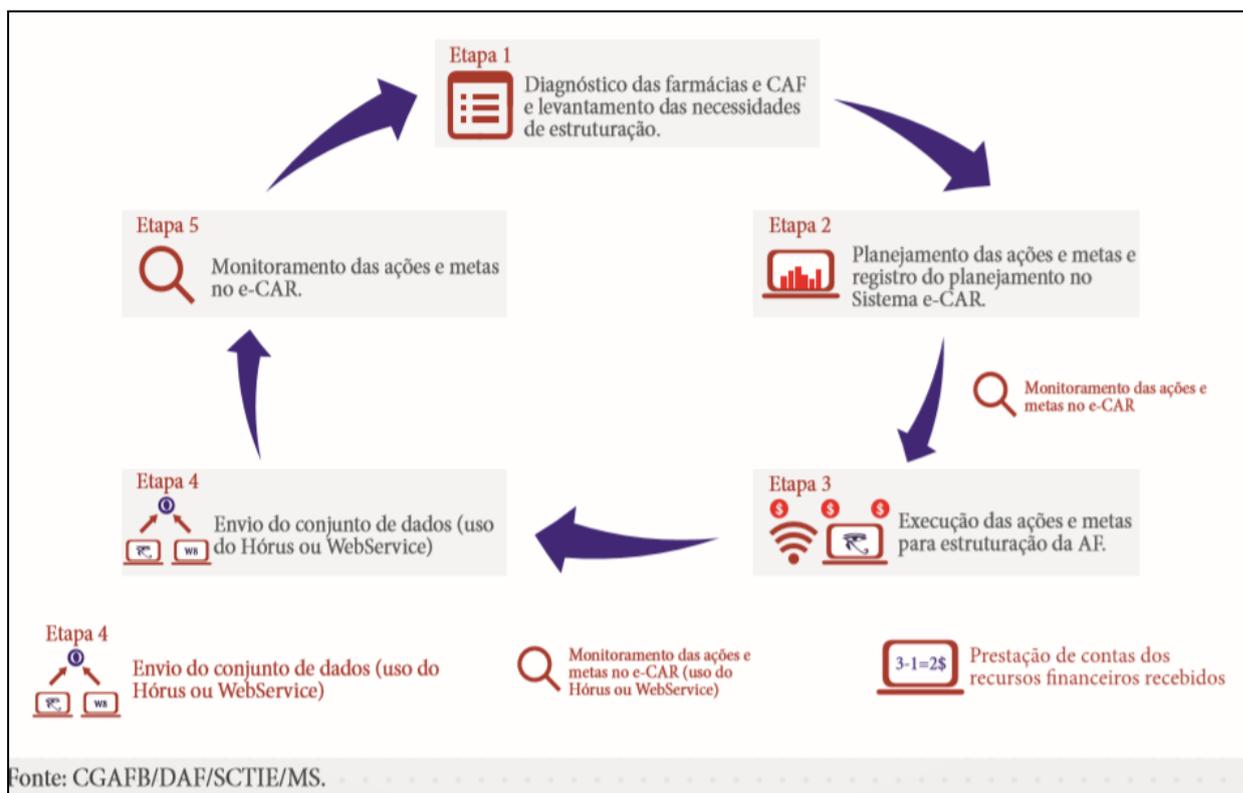
Uma vez que o município foi contemplado no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, enviou o Termo de Adesão e recebeu os recursos por meio de transferência fundo a fundo, há uma sequência de atividades necessárias para que cada município contemplado consiga promover a estruturação da AF, objetivo principal deste Eixo:

- Realizar o diagnóstico da situação da AF, principalmente com relação à estrutura física e aos equipamentos.
- Planejar ações e metas de estruturação baseadas no diagnóstico, além da utilização da ferramenta e-CAR (Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados), para o registro do planejamento de estruturação.
- Executar as ações e as metas planejadas para a estruturação da AF.
- Atualizar a BNAFAR (pelo Sistema Hórus ou envio de dados por meio do serviço de Web Service).
- Monitorar o planejamento e a execução das ações de estruturação.

- E ainda fazer a prestação de contas anual dos recursos financeiros do Eixo Estrutura, por intermédio do RAG.

A seguir, na Figura 2 está ilustrado o ciclo de operacionalização do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS.

**Figura 2: Ciclo de operacionalização do Programa QUALIFAR-SUS**



Fonte: Brasil (2016)

Os recursos financeiros destinados pelo MS para o financiamento do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS são repassados aos municípios habilitados em conta do Bloco da AF (recurso de custeio) e do Bloco de Investimento (recurso de investimento), diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos respectivos Fundo Municipal de Saúde (FMS), de acordo com o art. 18 da Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012. (BRASIL, 2016)

O repasse financeiro do recurso de **custeio** está atrelado ao envio regular à BNAFAR do conjunto de dados que compreendem o registro de posição de estoque, das entradas, das saídas e das dispensações dos medicamentos do CBAF, constantes nos anexos I e IV da RENAME, sendo efetuado com periodicidade trimestral, ao que se denomina de “ciclos”: Ciclo/ Meses de referência: (1º ciclo / novembro, dezembro e janeiro) – (2º ciclo / fevereiro, março e abril) – (3º ciclo / maio, junho e julho) – (4º ciclo / agosto/ setembro e outubro).

Os recursos de **investimento** estão vinculados à aquisição de mobiliários e equipamentos, ou seja, bens duráveis (com durabilidade superior a dois anos) necessários para

estruturação das CAF e Farmácia no âmbito da AB, tendo como orientação as Diretrizes para a Estruturação da AF no âmbito do SUS. (BRASIL, 2012)

Conforme disposto no Art.4º §2º da Portaria 1.215 de 14/06/2012, o recurso de investimento será repassado em parcela única pelo FNS no primeiro ano da habilitação do município no programa, de acordo com os estratos populacionais abaixo, para os três primeiros anos do Programa (2012 a 2014), cuja população não ultrapassava os 100.000 habitantes:

**Porte I - Municípios com população até 25.000 habitantes - R\$11.200,00;**

**Porte II - Municípios com população de 25.001 a 50.000 habitantes - R\$22.400,00**

**Porte III - Municípios com população de 50.001 a 100.000 habitantes - R\$33.600,00**

Com a ampliação dos municípios habilitados no Programa com porte populacional até 500.000 habitantes, conforme Portaria Nº 3.364, de 08/12/2017, os valores de repasses do recurso de investimento foram alterados conforme novas faixas populacionais:

**Porte 1 - Municípios com até 5.000 habitantes - R\$ 25.239,31**

**Porte 2 - Municípios com 5.001 até 10.000 habitantes - R\$ 29.092,64**

**Porte 3 - Municípios com 10.001 até 20.000 habitantes - R\$ 35.083,13**

**Porte 4 - Municípios com 20.001 a 50.000 habitantes - R\$ 45.654,23**

**Porte 5 - Municípios com 50.001 a 100.000 habitantes - R\$ 60.816,00**

**Porte 6 - Municípios com 100.001 a 500.000 habitantes - R\$ 65.387,14**

O recurso de **custeio** está vinculado a manutenção de serviços e outras despesas relacionadas aos objetivos do Eixo, exceto a compra de medicamentos, priorizando a garantia de conectividade para utilização do Sistema HÓRUS ou outros e contratação de profissional farmacêutico e técnico para o desenvolvimento das ações de AF. (BRASIL, 2012)

No primeiro ano de habilitação, o valor referente ao recurso de custeio será repassado em parcela única, no total de R\$ 24 mil por ano, independentemente da faixa populacional do município selecionado. Para os anos subsequentes, o valor é repassado com periodicidade trimestral, totalizando R\$ 24 mil por ano, independentemente da faixa populacional, condicionado às estratégias de monitoramento do programa, conforme estabelecido na Portaria MS/GM nº 271, de 27/02/2013, através do envio das informações do CBAF à BNAFAR e de forma complementar, através da avaliação da alimentação e monitoramento do sistema e-CAR e das informações obtidas da avaliação externa do PMAQ. (BRASIL, 2016)

O conjunto de dados é enviado através do sistema HÓRUS ou por meio de uma ferramenta *Web Service*, para os municípios que utilizam sistema próprio. A interrupção da utilização do Sistema HÓRUS ou da transmissão das informações por responsabilidade

exclusiva do município implicará no bloqueio do repasse do valor de investimento e de custeio trimestral e devolução do repasse já realizado após a data de interrupção, acrescidos de atualização monetária prevista em lei. (BRASIL, 2012)

A prestação de contas deverá ser realizada por meio do RAG, que é o instrumento de gestão onde deve conter as informações sobre as aplicações dos recursos repassados do FNS para os FMS e que será informado no sistema SARG-SUS. (BRASIL, 2012)

A ferramenta e-CAR foi desenvolvida com o objetivo de permitir a realização do acompanhamento e, a avaliação dos resultados das ações promovidas em uma organização. Idealizada como uma ferramenta de apoio aos municípios no planejamento das ações de estruturação dos serviços farmacêuticos na AB e o acompanhamento da implantação pelos diferentes entes. (BRASIL, 2016)

Dessa forma, a implantação do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, surge alinhada com as políticas prioritárias e vem sendo operacionalizado por meio das inovações tecnológicas disponibilizadas pelo MS (HÓRUS, *Web Service* e e-CAR). (BRASIL, 2016)

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Caracterização do local de estudo

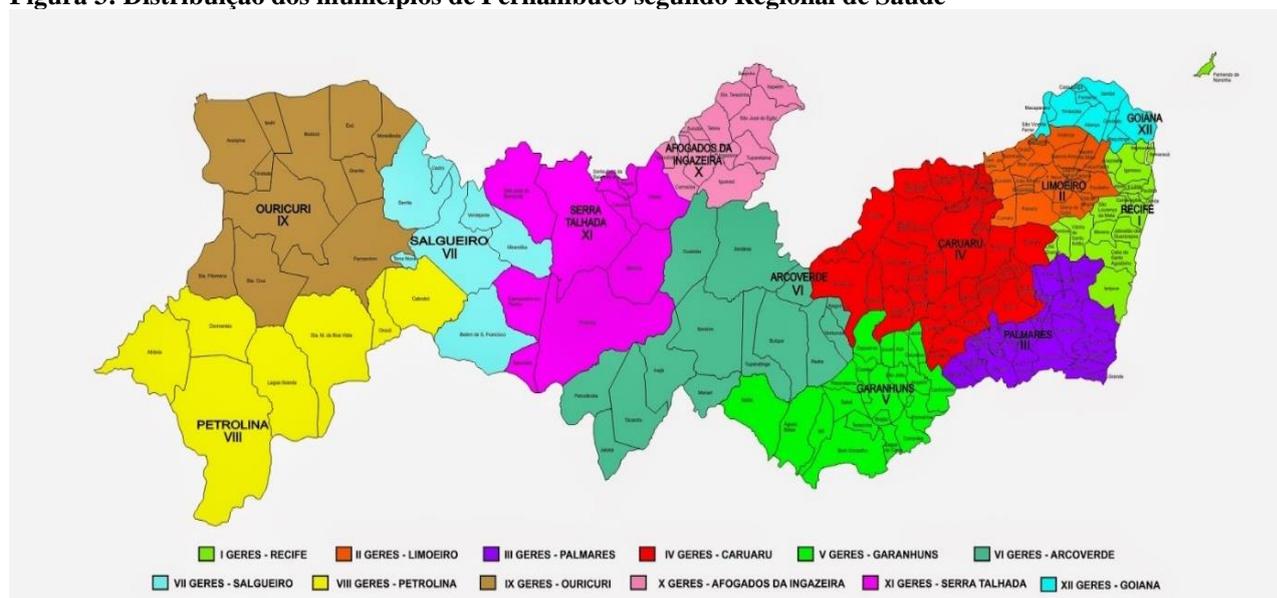
O estudo foi realizado utilizando-se os dados de todos os municípios do Estado de Pernambuco (PE) com população inferior a 500.000 habitantes, de forma que estão excluídos apenas os municípios de Jaboatão dos Guararapes e a capital Recife.

O estado de PE localiza-se no centro leste da Região Nordeste do Brasil. Limita-se ao Norte com os estados da Paraíba e Ceará; a Leste com o Oceano Atlântico; ao Oeste com os estados da Bahia e Piauí; e ao Sul com Alagoas. (SES, 2013)

No total, são 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, localizado a 500 km da costa. Está subdividido segundo a Figura 3 em 12 Regiões de Saúde (RS), que têm a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Foram criadas as 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), onde cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde (SES) é responsável por uma parte das cidades, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias.

O modelo de gestão da saúde permite que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas. Cada RS é constituída por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. (SES, 2016)

**Figura 3: Distribuição dos municípios de Pernambuco segundo Regional de Saúde**



Fonte: SES/PE

## **4.2 Dados socioeconômicos**

Pernambuco tem uma população estimada de 9.827.294 habitantes, segundo IBGE (2018), com uma densidade demográfica de 89,62 hab/km<sup>2</sup>, ocupando uma extensão territorial de 98.067,881 km<sup>2</sup>. Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,673, situando-o na faixa de desenvolvimento humano médio, ocupando a 19<sup>o</sup> posição entre os estados brasileiros. Em 2019, o Produto Interno Bruto (PIB) em bilhões de reais ficou em 104<sup>o</sup>.

Com esses indicadores é a sétima unidade federativa mais populosa do Brasil, e possui o décimo maior PIB do país e o maior PIB per capita entre os estados nordestinos.

## **4.3 Delineamento da pesquisa**

Trata-se de estudo Retrospectivo analítico, descritivo de natureza observacional com abordagem quantitativa do panorama da AF dos municípios pernambucanos elegíveis e habilitados no Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS.

Partindo das reflexões apresentadas por Lima-Costa e Barreto (2003) e por Hulley et al. (2015), define-se que este estudo é retrospectivo, porque as observações foram feitas em dois momentos, explorando fatos do passado com retorno do momento atual e é também analítico, uma vez que avalia as associações a fim de realizar inferências sobre relações causa-efeito.

O estudo é dito observacional do tipo descritivo, visto que desempenha um papel passivo na observação dos eventos que ocorrem com os municípios selecionados pelo estudo e descritivo ao possibilitar o desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação (OLIVEIRA/1997).

## **4.4 Análise e coleta dos dados**

Os dados utilizados no estudo foram coletados a partir de fontes secundárias, análise documental de bases oficiais do MS e bancos de dados de sites institucionais de domínio público (DATASUS, SIOPS, SARGSUS e IBGE), além de consultas realizadas através do sítio eletrônico do e-SIC (Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão) para os dados da BNAFAR, o qual é um sistema *web* que centraliza todos os pedidos de informação amparados pela Lei de Acesso a Informação (nº 12.527, de 18/11/2011), dirigidos aos órgãos do Poder Executivo Federal, bem como às suas respectivas entidades vinculadas e empresas estatais.

Os dados obtidos nos documentos oficiais do MS, nos sites do IBGE, DATASUS, SIOPS, SARGSUS e os dados da BNAFAR foram organizados em planilhas utilizando o programa Excel 2010, com gráficos e tabelas. Os municípios foram identificados pelo seu código IBGE e para análise utilizou-se o *software* STATA versão 15.1 para computação estatística, gráficos e figuras.

Para analisar a relação entre o número de parcelas recebidas e os indicadores descritos na seção 4.5 (Quadro 1), exploramos o método *Difference-in-Differences* (*Diff-in-Diff*).

O método pretende calcular o efeito médio do QUALIFAR-SUS sobre o grupo de tratamento (municípios habilitados no programa). O *Diff-in-Diff* requer dados dos grupos tratamento e controle antes e depois da intervenção que será objeto de estudo. O efeito da intervenção é então capturado pela diferença da diferença dos resultados, para os grupos tratamento e controle, antes e depois do programa. De forma que, o método é utilizado para controlar os efeitos não observáveis relacionados ao tempo e às diferenças entre os grupos. (FONTES et al., 2018)

A utilização desse método, pode oferecer estimativas confiáveis para o efeito causal da intervenção, desde que a evolução no tempo das características não-observáveis dos grupos tratamento sofra uma variação uniforme (FIRPO; DE PIERI, 2012). A principal hipótese do método de diferenças em diferenças é de que a trajetória temporal da variável de resultado para o grupo controle representa o que teria ocorrido com a variável resultado dos tratados na ausência de tratamento.

Como discutido na seção 3.4, a qual descreve as características do QUALIFAR-SUS, a partir do início do programa, em 2012, municípios começaram a ser habilitados de forma escalonada (em momentos diferentes do tempo), gerando variação no número de parcelas que cada município recebeu em cada ano. Outras duas fontes de variação na quantidade de parcelas recebidas advêm de (a) alguns municípios habilitados não manterem a regularidade de envio de dados que o garanta o recebimento da parcela subsequente e (b) municípios habilitados previamente não terem recebido algumas parcelas em decorrência de organização interna do programa para início das transferências de recursos.

A natureza dessa fonte de variação sugere que o número de parcelas recebidas pelo município pode não ser exatamente a *causa* de eventuais variações observadas nos indicadores considerados, e sim uma *correlação não causal*. Isso porque a habilitação de um município depende de características intrínsecas a ele como, por exemplo, estar inserido no grupo de municípios do Plano BSM, do Programa Qualifica-UBS e PMAQ-AB além da pré-existência do Sistema Hórus ou sistema próprio com possibilidades de envio dos dados via *web service*.

Municípios mais organizados ou mais proativos, portanto, teriam maior probabilidade de serem habilitados antes dos demais. Ao mesmo tempo, esses municípios teriam uma melhor gestão de saúde mesmo na ausência do programa. Esses dois fatores se confundem; um problema conhecido como endogeneidade (ANGRIST e PISCHKE, 2008).

Por sua vez, a existência de municípios que foram habilitados, mas deixaram de receber parcelas por não cumprirem com os envios de movimentações de Entradas e Saídas de medicamentos com o consequente envio dos dados através do sistema Hórus ou via *web service*, sugerem problemas de gestão, o que por si só também pode influenciar os indicadores analisados. Ou seja, os dois motivos acima poderiam explicar diferenças nos indicadores dos municípios mesmo se o programa QUALIFAR-SUS nunca tivesse existido.

A abordagem de múltiplos períodos para o método de diferenças em diferenças impõe uma estrutura significativamente mais robusta ao problema, contudo, consegue explorar mais informações sobre a avaliação do efeito médio do programa QUALIFAR-SUS sobre os municípios habilitados no mesmo. Os diferentes períodos de habilitação do município ao QUALIFAR-SUS permitem a comparação dos primeiros com os últimos municípios habilitados, o que pode reduzir a endogeneidade (ANGRIST; PISCHKE, 2008). Pode ser aplicada num modelo mais geral com múltiplos períodos e classificações de tratamento.

Foi estimado o seguinte modelo para implantar o método de diferenças em diferenças, através dos dados dos múltiplos períodos de “antes” e “depois” da entrada em vigor da Portaria de seleção e habilitação ao programa:

$$H_{it} = \sum^1 \alpha_i \text{parcela}_i + \sum^T \lambda_t \text{PERÍODO}_t + \beta \text{QUALIFARSUS} + \pi X_{it} + \epsilon_{it}$$

$H_{it}$  é o resultado sobre as variáveis dependentes da habilitação dos municípios no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS do  $i$ -ésimo município, no período  $t$  (anual). Os coeficientes  $\alpha_i$ 's são os efeitos fixos dos municípios. A variável Parcelas de Recursos de Custeio recebidos é uma *dummy* que apresenta valor 1 se o município  $i$  foi habilitado no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS no período  $t$  e apresenta o valor 0 caso contrário (seja elegível ao programa, porém não habilitado). Nesse raciocínio, para os municípios que não habilitaram no QUALIFAR-SUS em nenhum momento no período estudado, o valor da variável “PARCELAS RECEBIDAS” será sempre 0.

O objetivo deste estudo é verificar se o parâmetro  $\beta$  é relevante na estimativa do impacto, isto é, se a habilitação do município ao Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS tem efeito **negativo** na taxa de internações por comorbidades crônicas (diabetes, hipertensão e

insuficiência renal), bem como nas taxas de mortalidade por condições crônicas (diabetes, hipertensão e insuficiência renal), e efeito **positivo** sobre melhores indicadores de gestão da AF, avaliados através dos dados da BNAFAR das movimentações de quantidades e de recursos das Entradas e Saídas de Medicamentos. A variável  $X$  representa um vetor de variáveis controles que inclui base populacional, IDH, e população dos municípios e  $\epsilon$  representa o erro padrão idiossincrático.

Segundo Beatty e Shimshack (2011), a abordagem de diferenças em diferenças para dois grupos e dois períodos oferece algumas vantagens. A primeira é de que ela proporciona uma análise econométrica transparente e gera estimativas empíricas que são rapidamente interpretáveis. A segunda é que a validade das hipóteses de identificação pode ser mais diretamente avaliada. A terceira é que essa abordagem exige pouca estrutura dos parâmetros sobre o problema.

A abordagem de *Diff-in-Diff* para dois grupos e dois períodos investiga as tendências diferenciais para os municípios Habilitados e Não habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, ao longo do tempo.

Consideramos dois grupos  $g \in [NH;H]$  na análise da influência do QUALIFAR-SUS sobre as variáveis dependentes em dois períodos  $t \in [1;2]$ .  $Y^H$  é o resultado dessa influência sobre as variáveis dependentes pelos municípios habilitados no QUALIFAR-SUS e  $Y^{NH}$  é o resultado dessa influência sobre as variáveis dependentes pelos municípios Não habilitados no QUALIFAR-SUS.

O grupo  $NH$  é o grupo de controle (municípios elegíveis, porém não habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS) e o grupo  $H$  é o grupo de tratamento (municípios habilitados no programa). O  $t = 1$  é o período pré-tratamento e  $t = 2$  é o período pós-tratamento. Sendo assim, o tratamento só poderá ser observado apenas se  $g = H$  e  $t = 2$ . Desta forma, num modelo mais básico, a influência média do programa sobre os municípios habilitados do QUALIFAR-SUS pode ser representada como:

$$\tau^{DID} = E[Y_{H2}^H] - E[Y_{H2}^{NH}] = E[Y_{H2}] - E[Y_{H1}] - (E[Y_{NH2}] - E[Y_{NH1}]).$$

A reta de regressão para essa abordagem permite o controle das divergências observáveis na distribuição de informações dos grupos habilitados e não habilitados. Esse modelo de regressão é parametrizado seguindo a literatura de *Difference-in-Differences* e pode ser expresso como segue:

$$Y_{it} = \alpha + \delta t_{it} + \gamma QUALIFAR_{it} + \beta t_{it} \cdot QUALIFAR_{it} + \pi X_{it} + \epsilon_{it},$$

Onde,  $Y_{it}$  representa o resultado da influência sobre as variáveis dependentes da habilitação dos municípios no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS.  $X$  representa um vetor de variáveis controles composto por indicadores epidemiológicos, demográficas e de movimentações de recursos com medicamentos dos municípios pernambucanos.  $\epsilon$  representa o termo de erro-padrão idiossincrático. O coeficiente  $\delta$  exibe o efeito do tempo sobre a influência do recurso de custeio recebido e  $\gamma$  representa o efeito do programa sobre a qualificação da gestão da AF no período pré-tratamento,  $\beta$  é o coeficiente de interesse e  $\tau$  é o estimador para o impacto de *Difference-in-Differences* do tratamento sobre os municípios habilitados (análogo a  $\tau^{DID}$ ).

A hipótese principal da abordagem de *Diff-in-Diff* é que os municípios pernambucanos não habilitados no QUALIFAR-SUS vivenciariam tendências na relevância dos indicadores como as do grupo de tratamento na ausência da habilitação no mesmo, depois de condicionar pelas características observáveis. Portanto, as características dos municípios pernambucanos devem ser semelhantes entre os dois grupos de estudo.

#### **4.5 Amostra do estudo**

Foi alvo do estudo, a avaliação dos municípios pernambucanos elegíveis e habilitados no Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS para o período de 2012 a 2019, com população limite até 500.000 habitantes.

Os municípios foram organizados em dois grupos: o grupo tratamento, constituído pelos municípios habilitados no programa, e o grupo controle, nos quais estão inseridos os municípios elegíveis ao programa, porém não habilitados no período.

#### **4.6 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram excluídos das análises, municípios pernambucanos com população acima de 500.000 habitantes, os quais não se enquadram, dentre os critérios de habilitação ao programa.

#### **4.7 Variáveis do estudo**

Através da base de dados do DATASUS, foram estudados os indicadores de saúde, obtidos utilizando os seguintes filtros (MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS / LOCAL DE RESIDÊNCIA / BRASIL POR MUNICÍPIO), extraídos para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (hipertensão, diabetes e insuficiência renal), as quais demandam por acesso contínuo a medicamentos para o controle de suas complicações e agravamento.

Os indicadores de Despesa Total com Saúde; Despesa Total com Saúde por Habitante e Percentual da despesa com Medicamentos, foram extraídos por município e por ano para o

período de 2012 a 2019, através da base de dados do sistema SIOPS.

Através da solicitação pelo e-SIC, foram levantados os dados disponíveis da BNAFAR de movimentações de recursos, de valor e quantidades de medicamentos adquiridos e dispensados e número de usuários atendidos, por município para cada ano.

As variáveis utilizadas no estudo estão relacionadas no Quadro 01, com as siglas das respectivas fontes de informação.

**Quadro 1: Variáveis selecionadas para análise**

<b>Variável</b>	<b>Fonte</b>
População por município/PE	IBGE
Despesa Total com saúde por município/PE	SIOPS
Despesa Total com Saúde por Habitante por município/PE	SIOPS
Percentual da despesa com Medicamentos por município/PE	SIOPS
Internações por Diabetes Melitus	DATASUS
Internações por Hipertensão Primária	DATASUS
Internações por Insuficiência Renal	DATASUS
Taxa de Mortalidade por Diabetes	DATASUS
Taxa de Mortalidade por Hipertensão Primária	DATASUS
Taxa de Mortalidade por Insuficiência Renal	DATASUS
Número Total de Entradas de Medicamentos do CBAF por Município/PE	BNAFAR / e-SIC
Número Total de Saídas de Medicamentos do CBAF por Município/PE	BNAFAR / e-SIC
Número de usuários atendidos por Município/PE	BNAFAR / e-SIC
Valor Total de Entradas com medicamentos do CBAF por Município/PE	BNAFAR / e-SIC
Valor Total de Saídas com medicamentos do CBAF por Município/PE	BNAFAR / e-SIC

Fonte: Elaboração própria

#### **4.8 Aspectos éticos**

Conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo não necessita ser registrado pelo sistema de Comitê de ética em pesquisa, considerando que foram utilizados dados secundários extraídos de sistemas de domínio público.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Análise Estatística

#### 5.1.1 Análise de Regressão

Na análise de regressão utilizada, através do método *Diff-in-Diff* visando avaliar o efeito do programa através da variável independente (parcelas dos recursos de custeio) sobre os indicadores apresentados através das variáveis dependentes na sessão 4.7 listadas no Quadro 1, considerando associação significativa de 5% (P-valor < 0,05) e de 10% (P-valor < 0,10), temos:

Na tabela 1 está apresentado o efeito da parcela do recurso de custeio sobre os indicadores de saúde de internações e taxa de mortalidade das DCNT selecionadas, onde pode-se observar um impacto positivo nos indicadores de internações por hipertensão com redução de 3,76 casos para cada parcela adicional recebida, assim como uma redução de 1,52 casos na taxa de mortalidade por diabetes, ambos para os municípios que foram habilitados no QUALIFAR-SUS nos primeiros anos do programa. Quando avaliados os municípios habilitados apenas no segundo intervalo, observa-se apenas uma associação significativa de 5% porém com registro no aumento de 5,28 casos na taxa de internação por insuficiência renal, refletindo um efeito não esperado, de causas externas não avaliadas. Deve-se considerar para esse segundo grupo, a possível correlação de menor efeito nos referidos indicadores em função da inclusão tardia no programa.

**Tabela 1: Correlação entre número de parcelas do recurso de custeio recebidas e as variáveis sobre os indicadores de saúde das DCNT**

Variável Dependente	QUALIFARSUS (Habilitados entre 2012-2014)				QUALIFARSUS (Habilitados entre 2017-2019)			
	Coefficiente	Erro- Padrão	P- valor	Nº Obs	Coefficiente	Erro- Padrão	P- valor	Nº Obs
Internações Diabetes	-1,25	1,226	0,307	549	0,34	1,406	0,810	392
Internações Hipertensão Primária	<b>-3,76</b>	1,209	<b>0,002*</b>	549	-1,22	0,943	0,196	392
Internações Insuficiência Renal	1,39	0,949	0,144	549	<b>5,28</b>	2,686	<b>0,050*</b>	392
Tx Mort Diabetes	<b>-1,52</b>	0,721	<b>0,035*</b>	549	-0,89	0,742	0,229	392
Tx Mort Hipertensão	1,30	0,887	0,143	549	-0,77	1,100	0,484	392
Tx Mort Insuficiência Renal	-2,12	1,602	0,185	549	-0,99	2,046	0,628	392

Fonte: Elaboração própria. \*Significante ao nível de 5%. \*\* Significante ao nível de 10%.

O perfil epidemiológico brasileiro vem se modificando, onde as DCNT atualmente assumem papel de destaque entre as principais causas de morbimortalidade. Esse fato leva à necessidade de reforço das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento para o controle das DCNT, em particular, o diabetes mellito e a hipertensão arterial que são fatores de risco para outros agravos que acarretam altos custos, tanto do ponto de vista social quanto econômico.

(FREESE, 2006)

A Federação Internacional de Diabetes estima que no Brasil tem em torno de 16,8 milhões de pessoas com a doença e que praticamente metade, 46%, desconhece esse diagnóstico.

Segundo dados do Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, no Brasil, estima-se que 9 milhões de pessoas que acessam a Atenção Primária têm Diabetes Mellitus (DM), sendo que 35% dessas pessoas estão cadastradas nas unidades de saúde. Em 2019, o número de internações por diabetes foi 136 mil, gerando um custo de R\$ 98 milhões de reais. A cada ano observa-se o aumento do número de óbitos causados por essa comorbidade, que chegou a 65 mil óbitos em 2018. O Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) indica que o percentual de pessoas com diagnóstico de diabetes entre as capitais do país e Distrito Federal foi de 6,3% em 2010 e de 7,4% em 2019.

Na tabela 2 está apresentado o efeito da parcela do recurso de custeio sobre os indicadores de gestão de movimentações de recursos e quantidades de medicamentos do CBAF adquiridos e dispensados, separando-se os municípios habilitados no QUALIFAR-SUS, nos primeiros 3 anos do programa e ao lado nos 3 últimos anos do período analisado.

Pode-se observar um impacto positivo nos indicadores de despesa total com saúde por habitante com o incremento de R\$ 72,36 a cada parcela dos recursos de custeio recebida pelo município quando habilitado nos anos iniciais do programa e de R\$ 39,98 quando habilitados mais tardiamente. Não indica necessariamente melhor aplicação do recurso, pois demandaria outras análises complementares, mas um indicador de maior aporte de recursos destinado às despesas com saúde, ou mesmo o registro/declaração dessas movimentações.

Para os municípios habilitados nos anos iniciais do programa, observa-se um significativo impacto sobre o número de usuários atendidos pelas unidades de farmácias pública dos municípios em mais 204 usuários a cada parcela recebida, bem como do aumento de 30.991 unidades de medicamentos com registros de movimentações de saídas por dispensações aos usuários, demonstrando a efetividade do programa na melhoria do acesso ou dos registros desses acessos dos usuários aos medicamentos nos municípios habilitados nesse grupo. Impacto não observado para o mesmo indicador, nos municípios habilitados no QUALIFAR-SUS de forma mais tardia.

Considerando a condição de recursos escassos e insuficientes para aplicação em compra de medicamentos em detrimento ao crescente aumento da necessidade, relatados em vários estudos, curiosamente, o percentual da despesa total de saúde com medicamentos apresentou impacto negativo, com redução de R\$ 1,01 por parcela recebida. Bem como o impacto positivo,

porém só observado nos municípios habilitados mais tardiamente no programa sobre a quantidade de medicamentos adquiridos e registrados no sistema de controle do município de 1.206.081 unidades de medicamentos do CBAF, nesse caso, demonstrando uma melhora nos registros das movimentações de entradas dos medicamentos adquiridos por esses municípios, porém não acompanhado de igual maneira pelo aumento, assim esperado, dos registros de saídas, demonstrando ainda expressivo subregistros nessas movimentações através do sistema de gestão de estoque.

**Tabela 2: Correlação entre número de parcelas do recurso de custeio recebidas e as variáveis sobre os indicadores de gestão de movimentações de recursos e quantidade de medicamentos**

Variável Dependente	QUALIFARSUS (Habilitados entre 2012-2014)				QUALIFARSUS (Habilitados entre 2017-2019)			
	Coefficiente	Erro-Padrão	P-valor	Nº Obs	Coefficiente	Erro-Padrão	P-valor	Nº Obs
Despesa Total c/ Saúde	4474922	2542077	0,078	549	1,45	1,28	0,256	392
Despesa c/ saúde por Hab	<b>72,36384</b>	7,073	<b>0,000*</b>	549	<b>39,98231</b>	13,809	<b>0,004*</b>	392
Percentual despesa c/ med	<b>-1,011919</b>	0,412	<b>0,014*</b>	568	0,5275459	0,395	0,182	392
Usuário atendidos	<b>204,8912</b>	63,665	<b>0,001*</b>	549	1368,655	890,577	0,124	392
Saída Vencimento	-5652,024	5828,47	0,332	549	-14217,93	11958,39	0,234	392
Valor Total Saída Med	-1,02	7825200	0,192	549	3,43	3,9	0,379	392
Valor Total Entrada Med	-9667506	7336687	0,188	549	3,17	3,58	0,376	392
Nº Total Saída Med	<b>30991,16</b>	16073,22	<b>0,054*</b>	549	307773,3	223672,6	0,169	392
Nº Total Entrada Med	188158	228775,9	0,411	549	<b>1206081</b>	531178,9	<b>0,023*</b>	392

Fonte: Elaboração própria. \*Significante ao nível de 5%. \*\* Significante ao nível de 10%.

Na tentativa de avaliar o impacto do QUALIFAR-SUS sobre o tempo de habilitação no programa, considerando a variação entre os municípios do total de parcelas e conseqüentemente de recursos recebidos, realizou-se a regressão através do método Diff-in-Diff para múltiplos períodos, considerando como grupo de tratamento, na primeira abordagem apenas os municípios que entraram no programa até 2014 e no segundo grupo como tratamento todos os municípios habilitados no programa ao longo do intervalo avaliado, utilizando-se dados de todo o período (2012 a 2019) de registros para ambos.

Na tabela 3, observa-se um efeito significativo na redução dos indicadores de internação por diabetes em 6,46 casos, nas internações por hipertensão em 8,75 casos e na taxa de mortalidade por diabetes em 1,37 casos, para os municípios habilitados no início do programa. Ao avaliar em comparação com o grupo de tratamento composto por todos os municípios habilitados no programa ao longo do período, observa-se igual correlação positiva através da redução dos mesmos indicadores nas seguintes proporções de casos respectivamente, 4,11; 6,05 e 1,16, em menor proporção, porém igualmente significativo. De forma não esperada, também

observa-se uma correlação significativa, porém negativa com o aumento no número de casos de internações por insuficiência renal em 6,13 casos, cujas causas externas não foram possíveis avaliar.

A análise demonstra melhores prognósticos para os municípios habilitados nos anos iniciais do programa.

**Tabela 3: Correlação entre número de parcelas do recurso de custeio recebidas e as variáveis sobre os indicadores de saúde das DCNT, considerando tempo de habilitação no programa**

Variável Dependente	QUALIFAR-SUS (Habilitados entre 2012-2014)				QUALIFARSUS (Habilitados entre 2012-2019)			
	Coefficiente	Erro-Padrão	P-valor	Nº Obs	Coefficiente	Erro-Padrão	P-valor	Nº Obs
Internações Diabetes	<b>-6,46</b>	2,233	<b>0,004*</b>	640	<b>-4,11</b>	1,592	<b>0,010*</b>	816
Internações Hipertensão Primária	<b>-8,75</b>	2,463	<b>0,000*</b>	640	<b>-6,05</b>	1,658	<b>0,000*</b>	816
Internações Insuficiência Renal	1,33	2,125	0,533	640	<b>6,13</b>	3,064	<b>0,046*</b>	816
Tx Mort Diabetes	<b>-1,37</b>	0,653	<b>0,036*</b>	640	<b>-1,16</b>	0,552	<b>0,035*</b>	816
Tx Mort Hipertensão	0,89	0,898	0,318	640	0,56	0,829	0,499	816
Tx Mort Insuficiência Renal	-0,42	1,327	0,754	640	-1,43	1,242	0,248	816

Fonte: Elaboração própria. \*Significante ao nível de 5%. \*\* Significante ao nível de 10%.

Na tabela 4 está apresentado o efeito da parcela do recurso de custeio sobre os indicadores de gestão de movimentações de recursos e quantidades de medicamentos do CBAF adquiridos e dispensados, avaliando-se os municípios habilitados nos anos iniciais do programa em comparação ao grupo tratamento composto por todos os municípios habilitados no programa ao longo do período analisado, buscando-se avaliar a força da política sobre quem está há mais tempo no programa.

Observa-se, na tabela 4 aumento significativo nas variáveis apresentadas pelos municípios habilitados desde o início do programa, com destaque para o aumento da despesa total com saúde em R\$ 4.665.608,00, de R\$ 125,12 na despesa com saúde por habitante e 1.490 usuários a mais, atendidos nas farmácias públicas desses municípios, além de um incremento nos registros de movimentações dos medicamentos do CBAF de 30.991 unidades de saídas e de 937.410 unidades de entradas, através das movimentados em sistema de gestão de estoque implantados nesses municípios.

Considerando a análise utilizando-se o registro de todos os municípios habilitados no programa ao longo do período, observa-se uma manutenção na correlação positiva da habilitação no programa com os aumentos de R\$ 133,37 nas despesas totais com saúde por habitante e 1.904 usuários a mais, atendidos pelas farmácias públicas, assim como o aumento de 206.693 unidades de medicamentos com registros de saídas e 1.825.656 unidades de

medicamentos com registros de entradas na gestão de estoque nesses municípios, expressando forte evidência da correlação com a qualificação da gestão do estoque, com melhora do acesso e/ou registros desses acessos dos medicamentos do CBAF pelos usuários. A melhora nos registros dessas movimentações pode implicar na qualificação da gestão da AF, visto que produzem informações essenciais para as etapas de planejamento do ciclo da AF.

Observou-se também que os indicadores de movimentações de estoque de valor total de entradas e saídas de medicamentos do CBAF, apresentaram melhora significativa com ajustes do desvio padrão da amostra, sendo forte indicativo de melhora na qualidade dos registros na BNAFAR.

**Tabela 4: Correlação entre número de parcelas do recurso de custeio recebidas e as variáveis sobre os indicadores de gestão de movimentações de recursos e quantidade de medicamentos, considerando tempo de habilitação no programa**

Variável Dependente	QUALIFARSUS (Habilitados entre 2012-2014)				QUALIFARSUS (Habilitados entre 2012-2019)			
	Coefficiente	Erro-Padrão	P-valor	Nº Obs	Coefficiente	Erro-Padrão	P-valor	Nº Obs
Despesa Total c/ Saúde	<b>4665608</b>	1288260	<b>0,000*</b>	640	2,25	1,78	0,206	816
Despesa c/ saúde por Hab	<b>125,1287</b>	11,156	<b>0,000*</b>	640	<b>133,3737</b>	13,732	<b>0,000*</b>	816
Percentual despesa c/ med	-0,426921	0,343	0,214	640	-0,2450848	0,294	0,405	816
Usuário atendidos	<b>1490,91</b>	320,2735	<b>0,000*</b>	640	<b>1904,557</b>	523,1505	<b>0,000*</b>	816
Saída Vencimento	246,5298	8149,208	0,976	640	-2811,424	8022,698	0,726	816
Valor Total Saída Med	-6518952	4296971	0,129	640	-2209816	1,07	0,837	816
Valor Total Entrada Med	-6198975	4149425	0,135	640	-1451244	1,04	0,889	816
Nº Total Saída Med	<b>30991,16</b>	16073,22	<b>0,054*</b>	640	<b>206693,8</b>	43373,99	<b>0,000*</b>	816
Nº Total Entrada Med	<b>937410,4</b>	408697,3	<b>0,022*</b>	640	<b>1825656</b>	572519,2	<b>0,001*</b>	816

Fonte: Elaboração própria. \*Significante ao nível de 5%. \*\* Significante ao nível de 10%.

Aos demais indicadores, nada pode ser dito, considerando não apresentarem valores de associação significativa entre 5% e 10%, por vezes observada em função da qualidade dos dados disponíveis, os quais serão apresentados na sessão 5.2.4, através da Figura 8.

## 5.2 Análise Descritiva

### 5.2.1 Avaliação da série histórica e perfil das habilitações no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS dos anos 2012, 2013, 2014, 2017, 2018 e 2019

No consolidado dos oito anos do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, foram habilitados 3.508 municípios em todo o Brasil. Em PE, para o mesmo período, foram habilitados 138 municípios, correspondendo a 75,41% do total de municípios elegíveis.

Nos primeiros 3 anos, dos 172 municípios de PE com população até 100.000 hab, apenas 131 (76%) possuíam os critérios para tornarem-se elegíveis ao Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS. Em 2014, o programa teve a cobertura ampliada em todo o Brasil para 1.582 municípios, perfazendo o total de 70% de cobertura dos municípios prioritários do PBSM habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS e PE apresentou o percentual de 73% (96 municípios) habilitados para o período.

Houveram mudanças nos critérios de habilitação no Programa, conforme descrito no Quadro 2, onde observa-se uma baixa adesão dos municípios pernambucanos nos dois anos iniciais, com apenas 53 (40,5%) municípios habilitados, dos 131 elegíveis. Houve um incremento significativo em 2014, retornando em seguida, com baixos percentuais de novas habilitações nos três últimos anos (2017 a 2019), visto que do novo total de 183 municípios elegíveis após ampliação para os municípios com populações até 500.000 habitantes, apenas 138 (75,41%) municípios estão habilitados no Programa ao término de 2019.

**Quadro 2: Resumo das Portarias de Habilitação no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS e relação do número de municípios elegíveis x habilitados do Estado de PE por ano (2012 a 2019)**

Ano de Habilitação	Nº de Municípios Elegíveis	Nº de Municípios Habilitados	% de Habilitação por ano	Portaria da habilitação	Critério de Habilitação
2012	131	13	9,92%	Nº 22 de 15/08/2012	Até 100.000 habitantes do Plano Brasil Sem Miséria Programa PMAQ-AB, Requalifica-UBS e Sistema Hórus
2013	118	40	33,9%	Nº 39 de 13/08/2013	
2014	78	43	55,13%	Nº 2107 de 23/09/2014	
2017	89	14	15,73%	Nº 3457 de 15/12/2017	Até 500.000 habitantes do Programa PMAQ-AB, Requalifica-UBS e Sistema Hórus
2018	73	14	19,18%	Nº 3931 de 11/12/2018	
2019	59	14	23,73%	Nº 3586 de 19/12/2019	
<b>TOTAL de municípios Elegíveis PE (ATÉ 500.000 HAB)</b>					<b>183</b>
<b>TOTAL de municípios Habilitados PE (Acumulado - 2012-2019)</b>					<b>138</b>
<b>Percentual dos municípios de PE no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS</b>					<b>75,41%</b>

Fonte: Elaboração própria

No Brasil, do total (n=2.257) de municípios elegíveis no ano de 2012, 1.386 (61%) inscreveram-se para pleitear os recursos financeiros do programa. No ano de 2014, dos 1.351 municípios elegíveis ao programa, 1.120 municípios (83%) inscreveram-se para concorrer às 676 vagas do Eixo Estrutura, transparecendo maior procura frente a oferta de novas vagas.

Considerando a meta inicialmente proposta em pactuação pelo Grupo Técnico da CIT de AF o ano de 2014 teve o atingimento da meta no Plano Pluri Anual (PPA) com 70% dos municípios implantados com o Eixo Estrutura.

Nos anos de 2015 e 2016 não foram abertas novas habilitações no Programa, o qual passou por um período de reavaliação dos critérios de inclusão no mesmo, retomando novas inclusões a partir de 2017 com a ampliação para municípios com população até 500.000 habitantes, e com os novos valores de repasses do recurso de investimento conforme novas faixas populacionais, segundo a Portaria nº3.364 de 08/12/2017.

Na Tabela 5, tem-se a distribuição do número de municípios habilitados por Região do país, onde observa-se maior percentual na Região Nordeste (NE), com 1.350 (39%) municípios, seguido da Região Sudeste (SE) com 924 (26%), Região Sul (S) com 658 (19%), Região Norte (N) com 314 (9%) e Região Centro-Oeste (CO) com 262 (7%) municípios, mantendo a mesma similaridade com os extratos de municípios selecionados para o programa por região do país.

No acumulado dos anos de habilitação, observa-se, um maior incremento no número de municípios habilitados no programa para o ano de 2014, mantido como novo valor de referência de novas habilitações nos anos seguintes, após a modificação nas regras com ampliação para municípios maiores, com população entre 100.001 a 500.000 habitantes.

**Tabela 5: Distribuição dos Municípios habilitados para recebimento dos recursos financeiros do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por Região do País n= 3.508. (Brasil por ano 2012, 2013, 2014, 2017, 2018 e 2019)**

<b>QUALIFARSUS – EIXO ESTRUTURA</b>						
<b>Ano de Habilitação</b>	<b>Regiões</b>					<b>Acumulado por ano</b>
	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Centro Oeste</b>	
<b>2012</b>	<b>53</b>	<b>260</b>	<b>46</b>	<b>73</b>	<b>21</b>	<b>453</b>
<b>2013</b>	<b>49</b>	<b>268</b>	<b>42</b>	<b>73</b>	<b>21</b>	<b>453</b>
<b>2014</b>	<b>69</b>	<b>408</b>	<b>78</b>	<b>90</b>	<b>31</b>	<b>676</b>
<b>2017</b>	<b>56</b>	<b>137</b>	<b>155</b>	<b>220</b>	<b>61</b>	<b>629</b>
<b>2018</b>	<b>43</b>	<b>140</b>	<b>169</b>	<b>234</b>	<b>65</b>	<b>651</b>
<b>2019</b>	<b>44</b>	<b>137</b>	<b>168</b>	<b>234</b>	<b>63</b>	<b>646</b>
<b>Acumulado por Região</b>	<b>314</b>	<b>1.350</b>	<b>658</b>	<b>924</b>	<b>262</b>	

Fonte: Elaboração própria

Na avaliação entre os estados da Região NE, tem-se na Tabela 6, a distribuição do número de municípios habilitados por Estado a cada ano de novas habilitações, onde igualmente observa-se maior destaque de 2014, com maior inclusão de municípios habilitados no programa.

A avaliação visa entender a representatividade do estado de PE no cenário entre os estados da Região NE, o qual representa 10% (138 municípios) entre os municípios inseridos no programa para o período.

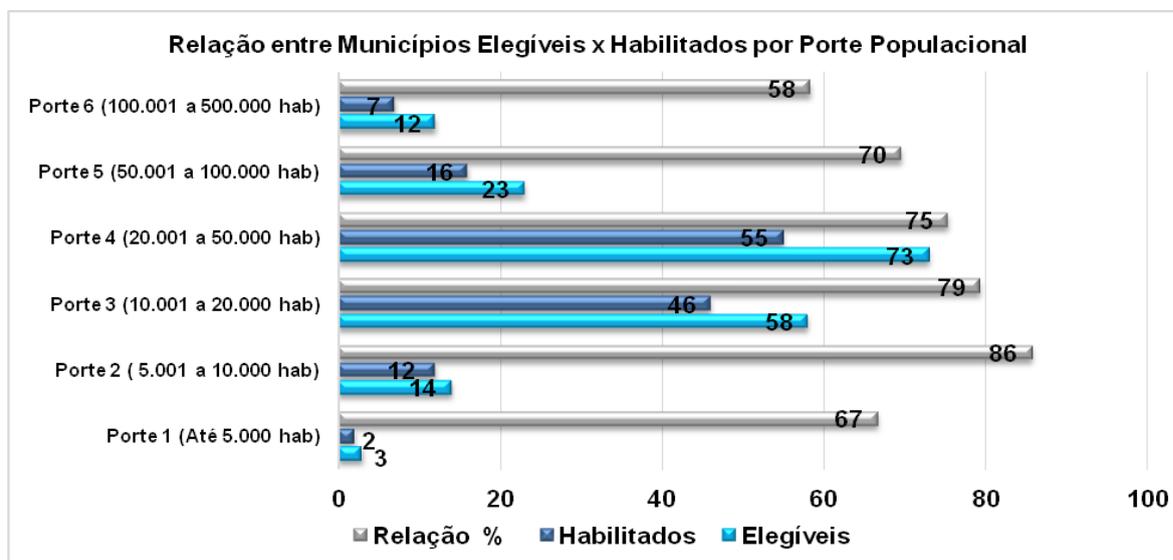
**Tabela 6: Distribuição dos Municípios habilitados para recebimento dos recursos financeiros do Eixo Estrutura do QUALIFARSUS por Estados da Região NE (n= 1.350) por ano ( 2012, 2013, 2014, 2017, 2018 e 2019)**

Estados	N° de Municípios por Estado da Região Nordeste Habilitados por ano e acumulado 2012 – 2019						Acumulado por Estado
	2.012	2.013	2.014	2.017	2.018	2.019	
AL	25	32	1	7	7	6	78
BA	54	30	167	26	27	27	331
CE	78	42	28	6	6	5	165
MA	0	3	33	27	30	29	122
PB	38	39	57	15	15	14	178
PE	13	40	43	14	14	14	138
PI	11	6	34	29	28	30	138
RN	39	65	28	5	5	5	147
SE	2	11	17	8	8	7	53
<b>Acumulado por Ano</b>	260	268	408	137	140	137	

Fonte: Elaboração própria

Avaliando-se o perfil dos municípios pernambucanos por porte populacional habilitados no programa, como demonstrado na Figura 4, percebe-se uma maior prevalência entre os municípios de pequeno e médio porte, com populações inferiores a 100.000 habitantes, onde a relação percentual de municípios habilitados em relação aos elegíveis ao programa mostram-se superiores aos 58% representado pelos municípios classificados no Porte 6, com população superior a 100.000 habitantes.

**Figura 4: Relação entre o Número de Municípios Elegíveis x Habilitados e a Relação proporcional no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, por porte populacional (Acumulado 2012 a 2019).**



Fonte: Elaboração própria

Ao organizar os municípios pernambucanos por sua respectiva regional de saúde, conforme apresentado na Figura 5, segundo o ano de sua habilitação no programa, observa-se menores percentuais de adesão ao programa pelos municípios oriundos das GERES I, II e XII, com sedes localizadas respectivamente em Recife, Limoeiro e Goiana, seguido das GERES III (Palmares) e IV (Caruaru) com adesões mais tardias, ocorridas apenas a partir de 2017. Ao passo que os municípios distribuídos nas GERES X e XI, foram 100% habilitados no programa logo nos anos iniciais do mesmo.

Na I GERES, dos 18 municípios elegíveis ao Programa, apenas 6 (33%) municípios encontram-se habilitados ao término do período do estudo, assim como na II GERES, dos 20 municípios elegíveis, apenas 6 (30%) municípios habilitados e na XII GERES, dos 10 municípios elegíveis, apenas 3 (30%) municípios habilitados.

Essa estratificação, por vezes, bastante diferenciada entre as GERES, nos remete a refletir sobre a forma de atuação do apoio do Estado, através de suas subdivisões territoriais, frente a divulgação e estimulação dos municípios de sua área territorial, conforme apoio técnico previsto a ser ofertado aos municípios por esta instituição. Assim como, o fato de que quatro municípios localizados nas sedes das GERES não terem sido habilitados ao programa até o término do período avaliado, sendo elas: GERES/ Município sede (II – Limeiro, VII – Salgueiro, VIII – Petrolina e XII – Goiana), além da GERES I - Recife, a qual não é incluída por não fazer parte do grupo de municípios elegíveis.

Considerando que em 2011, iniciou-se na SES/PE a realização de processos de seleção simplificada para os cargos de gerentes das GERES, através de um comitê de buscas de pessoal com qualificação técnica para o cargo com mandatos por 2 anos, associado as mudanças de gestores na condução da AF estadual nos anos de 2014 e 2015, onde é sabido que em tempos de mudanças de gestores, há também fragilidades no tempo necessário para os rearranjos de fluxos de trabalho e equipe.

Figura 05: Municípios de PE inseridos no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, por ano de habilitação n = 138 (2012, 2013, 2014, 2017, 2018 e 2019).

MUNICÍPIOS HABILITADOS NO QUALIFAR-SUS											
1ª GERES	2ª GERES	3ª GERES	4ª GERES	5ª GERES	6ª GERES	7ª GERES	8ª GERES	9ª GERES	10ª GERES	11ª GERES	12ª GERES
Abreu e Lima	Bom Jardim	Água Preta	Agrestina	Águas Belas	Arcoverde	Belém de São Francisco	Afrânio	Arapina	Afogados da Ingazeira	Betânia	Aliança
Araçoiaba	Buenos Aires	Amaraji	Alagoinha	Angelim	Buique	Cedro	Cabrobó	Bodoco	Brejinho	Calumbi	Camutanga
Cabo	Carpina	Barreiros	Altinho	Bom Conselho	Custódia	Mirandiba	Dormentes	Exú	Carnaíba	Carnaubeira Penha	Condado
Camaragibe	Casinhas	Belém de Maria	Barra de Guabiraba	Brejão	Ibimirim	Salgueiro	Lagoa Grande	Granito	Iguaraci	Flores	Ferreiros
Chã Grande	Cumarú	Catende	Belo Jardim	Caetés	Inajá	Serrita	Orocó	Ipupi	Ingazeira	Floresta	Goiana
Chã de Alegria	Feira Nova	Cortês	Bezerros	Calçado	Jatobá	Terra Nova	Petrolina	Moreilândia	Itapetim	Itacuruba	Itambé
Fernando de Noronha	João Alfredo	Escada	Bonito	Canhotinho	Manari	Verdejante	Santa Maria da Boa Vista	Ouricuri	Quixaba	Santa Cruz da Baixa Verde	Itaquitinga
Glória Goitá	Lagoa do Carro	Gameleira	Brejo Madre Deus	Capoeiras	Pedra	(5) de 7	(5) de 7	Parnamirim	Stª. Terezinha	São José do Belmonte	Macaparana
Igarassu	Lagoa de Itaenga	Jaqueira	Cachoeirinha	Correntes	Petrolândia			Santa Cruz	São José Egito	Serra Talhada	São Vicente Ferrer
Ipojuca	Limoeiro	Joaquim Nabuco	Camocim São Félix	Garanhuns	Sertânia			Santa Filomena	Soldão	Triunfo	Timbaúba
Itamaracá	Machados	Lagoa dos Gatos	Caruaru	Iati	Tacaratu			Trindade	Tabira	(10) de 10	(3) de 10
Itapissuma	Nazaré da Mata	Maraial	Cupira	Itaíba	Tupanatinga			(11) de 11	Tuparetama		
Jaboatão dos Guararapes	Orobó	Palmares	Frei Miguelinho	Jucati	Venturosa				(12) de 12		
Moreno	Passira	Primavera	Gravatá	Jupi	(12) de 13						
Olinda	Paudalho	Quipapá	Ibirajuba	Lagoa do Ouro							
Paulista	Salgadinho	Ribeirão	Jataúba	Lajedo							
Pombos	Surubim	Rio Formoso	Jurema	Palmeirina							
Recife	Tracunhaém	São Benedito do Sul	Panelas	Paranatama							
São Lourenço da Mata	Vertente do Lério	São José Coroa Grande	Pesqueira	Saloá							
Vitória de Santo Antão	Vicência	Sirinhaém	Poção	São João							
(06) de 18	(06) de 20	Tamandaré	Riacho das Almas	Terezinha							
		Xexéu	Sairé	(21) de 21							
		(15) de 22	Sanharó								
			Santa Cruz do Capibaribe								
			Stª Maria do Cambuçá								
			São Bento do Una								
			São Caetano								
			S. Joaquim Monte								
			Tacaibó								
			Taquaritinga Norte								
			Toritama								
			Vertentes								
			(28) de 32								

ANO DE HABILITAÇÃO	
	2012
	2013
	2014
	2017
	2018
	2019

Fonte: Elaboração própria

## 5.2.2 Levantamento dos recursos financeiros com o Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS no período de 2012 a 2019

Ao longo do período de 2012 a 2019, foram habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, 3.508 municípios distribuídos por Região segundo a Tabela 7 e investidos na estruturação e qualificação da AF desses municípios o total de R\$ 342.843.359,23. Cabe destacar que até 2012, não existia financiamento federal para subsidiar ações de estruturação da AF nos municípios, sendo possível através da ampliação do orçamento através da ação orçamentária 20 AH (Organização dos serviços de AF no SUS), anteriormente mantida em torno de 10 milhões.

O valor do recurso de investimento apresentou-se maior na região Sudeste, em função da inclusão tardia de novos municípios no Programa, nos anos de 2017 a 2019, com populações superiores a 100.000 habitantes, cujos recursos de investimento foram igualmente ajustados segundo nova classificação do porte populacional dos municípios. Já o maior valor do acumulado dos recursos de custeio à Região Nordeste já era esperado, considerando o maior número de municípios habilitados no Programa, logo nos anos iniciais do mesmo.

**Tabela 7: Distribuição por Região dos Recursos Financeiros e Número de Municípios Habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS (Acumulado de 2012 a 2019).**

Região	Total de Recursos (INVESTIMENTO) / Acumulado 2012 – 2019	Total de Recursos (CUSTEIO) / Acumulado 2012 – 2019	Total de Recursos (INVESTIMENTO + CUSTEIO) / Acumulado 2012 - 2019	Nº de Municípios Habilitados Acumulado (2012 - 2019)	Relação %
Norte	R\$ 8.357.275,77	R\$ 20.634.000,00	R\$ 28.991.275,77	314	8,95
Nordeste	R\$ 29.149.019,85	<b>R\$ 126.156.000,00</b>	<b>R\$ 155.305.019,85</b>	<b>1350</b>	<b>38,5</b>
Centro Oeste	R\$ 7.675.204,49	R\$ 14.112.000,00	R\$ 21.787.204,49	262	7,47
Sudeste	<b>R\$ 29.168.443,10</b>	R\$ 52.314.000,00	R\$ 81.482.443,10	924	26,33
Sul	R\$ 19.013.416,02	R\$ 36.264.000,00	R\$ 55.277.416,02	658	18,75
<b>Brasil</b>	<b>R\$ 93.363.359,23</b>	<b>R\$ 249.480.000,00</b>	<b>R\$ 342.843.359,23</b>	<b>3508</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria

Na avaliação entre os estados da Região NE, segundo a Tabela 8, a Bahia (BA) apresenta o maior percentual de municípios habilitados entre os estados, e a maior parcela do somatório dos recursos (investimento + custeio) com 22,41% do total de recursos liberados para o acumulado do período, totalizando R\$ 34.798.376,66 contemplando 331 (24,52%) municípios.

A avaliação visa entender a representatividade de PE no cenário entre os demais estados da Região NE, o qual representa 10,22% (138 municípios) dentre os municípios inseridos no programa para o período com um total de recursos recebidos de R\$ 16.524.230,95 (10,64%)

**Tabela 8: Recursos de Investimento e Custeio e Número de municípios habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por Estados da Região Nordeste – Brasil (Acumulado 2012 a 2019).**

Estados	Total de Recursos por Estado/NE (INVESTIMENTO) / Acumulado 2012 - 2019	Total de Recursos por Estado/NE (CUSTEIO) / Acumulado 2012- 2019	Total de Recursos por Estado/NE (INVESTIMENTO + CUSTEIO) / Acumulado 2012 - 2019	Relação %	Total de Municípios Habilitados (Acumulado 2012 - 2019)	Relação %
AL	R\$ 1.581.327,30	R\$ 9.834.000,00	R\$ 11.415.327,30	7,35	78	5,77
BA	<b>R\$ 6.850.376,66</b>	<b>R\$ 27.948.000,00</b>	<b>R\$ 34.798.376,66</b>	<b>22,41</b>	<b>331</b>	<b>24,52</b>
CE	R\$ 3.305.540,79	R\$ 23.070.000,00	R\$ 26.375.540,79	16,99	165	12,22
MA	R\$ 3.936.808,36	R\$ 4.284.000,00	R\$ 8.220.808,36	5,30	122	9,04
PB	R\$ 3.117.669,72	R\$ 17.802.000,00	R\$ 20.919.669,72	13,46	178	13,20
PE	R\$ 3.540.230,95	R\$ 12.984.000,00	R\$ 16.524.230,95	10,64	138	10,22
PI	R\$ 3.309.638,82	R\$ 6.864.000,00	R\$ 10.173.638,82	6,55	138	10,22
RN	R\$ 2.187.279,24	R\$ 19.116.000,00	R\$ 21.303.279,24	13,71	147	10,89
SE	R\$ 1.320.148,01	R\$ 4.254.000,00	R\$ 5.574.148,01	3,59	53	3,92
<b>Subtotal Nordeste</b>	<b>R\$ 29.149.019,85</b>	<b>R\$ 126.156.000,00</b>	<b>R\$ 155.305.019,85</b>	<b>100</b>	<b>1350</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria

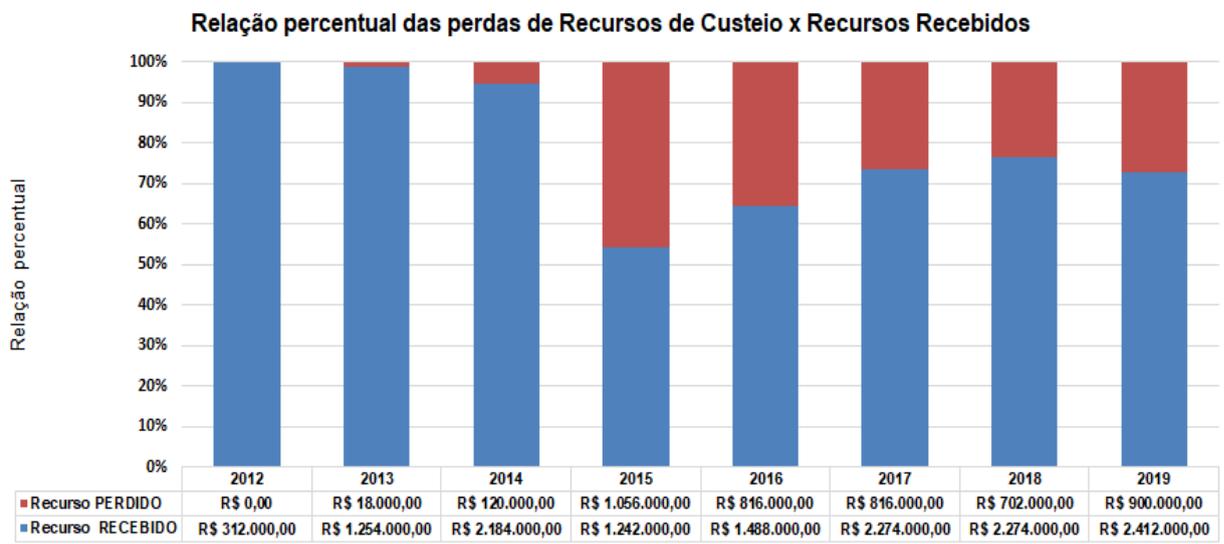
### 5.2.3 Levantamento das perdas de recursos financeiros com o Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS no estado de PE, no período de 2012 a 2019

São apontados pela gestão federal do Eixo Estrutura, alguns aspectos relacionados a dificuldade da execução financeira e continuidade do recebimento destes recursos relacionados ao uso de sistema de informação da AF, devido as dificuldades de infraestrutura, de conectividade, formação de recursos humanos e demais problemas técnicos dos municípios. (RODRIGUES, 2016)

Considerando que o monitoramento do envio dos dados ao MS, ocorre de forma trimestral para o repasse dos recursos de custeio após a habilitação, caso haja ausência no envio de dados em um único mês que compõe o trimestre, o recurso da respectiva parcela não é repassado ao município, comprometendo a exceção das ações planejadas para implantação do programa.

Na Figura 6 é apresentada a relação percentual da perda de recursos de custeio com base no total de parcelas recebidas e não recebidas desse recurso para cada ano e acumulado. Onde observa-se uma perda de recursos mais acentuada no ano de 2015, em parte relacionado ao período de suspensão de novas habilitações, momento de reavaliação do Programa pelo MS, e em Pernambuco com sucessivas mudanças de gestores a frente da AF Estadual, seguido de redução no percentual dessas perdas para os anos seguintes, voltando a aumentar no último ano analisado (2019), com tendência a ser avaliada em estudos posteriores.

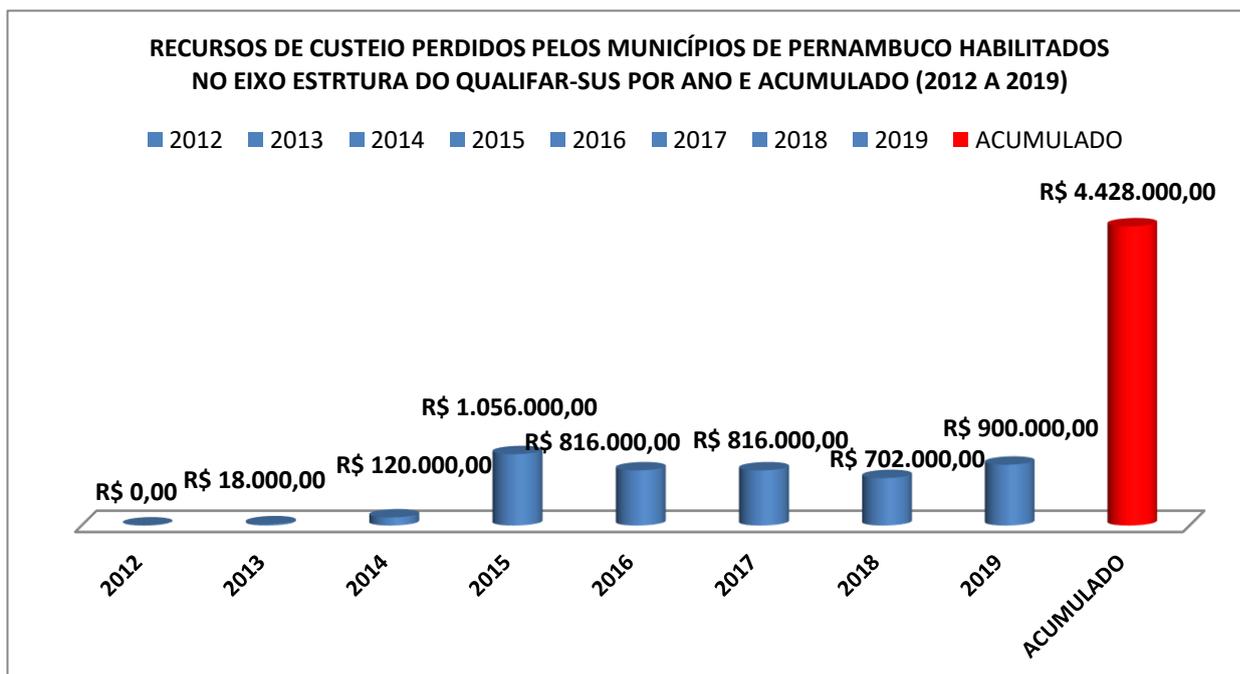
**Figura 6: Relação percentual entre as Perdas dos Recursos de Custeio x Recebidos pelos Municípios de PE Habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por ano (2012 – 2019).**



Fonte: Elaboração própria

Na Figura 7, observa-se uma perda acumulada de recursos de custeio ao longo do período de 2012 a 2019 de R\$ 4.428.000,00, recurso perdido por falta de continuidade no envio dos dados de movimentação de estoque dos medicamentos do CBAF, exigidos pelo programa, demonstrando ainda a grande fragilidade existente no monitoramento e apoio das ações realizadas pelos municípios habilitados no programa.

**Figura 7: Valor dos Recursos de Custeio perdidos pelos Municípios de PE Habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por ano e acumulado (2012 – 2019).**



Fonte: Elaboração própria

Considerando que os municípios não entraram no programa todos ao mesmo tempo, há uma variação pré-existente entre os municípios quanto ao total de parcelas dos recursos de custeio recebidas e perdidas, de modo que, quanto mais parcelas recebidas é indicativo de inclusão precoce no programa e maior aproveitamento através do recebimento regular dos recursos para o processo de estruturação da AF. Em contra partida, os municípios com maiores números de parcelas não recebidas, indica descontinuidade do envio dos dados de movimentações dos medicamentos com forte evidência de fragilidades na estruturação da AF, dada a irregularidade no envio dos dados e perdas de recursos do programa.

Ao avaliarmos as perdas por grupos de municípios segundo o porte populacional, temos segundo o Quadro 3 uma classificação dos municípios que apresentaram melhor desempenho no recebimento dos recursos de custeio, considerando perdas iguais a “0” e início no programa nos anos iniciais de 2012 ou 2013.

**Quadro 3: Perdas de Recursos de Custeio pelos municípios de PE, habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, estratificados por porte populacional. Acumulado (2012 - 2019)**

Porte/ População	Recursos CUSTEIO Recebidos (R\$)	Recursos CUSTEIO Perdidos (R\$)	Nº de Municípios Habilitados / Ano	Municípios com melhores desempenhos
1 / Até 5.000 hab	282.000,00	54.000,00	2 (2013)	Ingazeira (2013)
2 / 5.001 a 10.000 hab	1.404.000,00	348.000,00	12 (1 – 2012) / (2 – 2013) / (8 – 2014) / (1 – 2017)	Brejinho (2013) Terezinha (2012)
3 / 10.001 a 20.000 hab	4.464.000,00	1.722.000,00	46 (7 – 2012) / (16 – 2013) / (11 – 2014) / (4 – 2017) / (4 – 2018) / (4 – 2019)	Cedro (2012) Itapetim (2013) Jataúba (2012) Triunfo (2013)
4 / 20.001 a 50.000 hab	5.466.000,00	1.536.000,00	56 (5 – 2012) / (15 – 2013) / (19 – 2014) / (5 – 2017) / (6 – 2018) / (6 – 2019)	Afogados da Ingazeira (2013) Bonito (2013) Capoeiras (2012) São José do Egito (2012) Taquaritinga do Norte (2013)
5 / 50.001 a 100.000 hab	1.188.000,00	660.000,00	16 (5 – 2013) / (5 – 2014) / (2 – 2017) / (2 – 2018) / (2 – 2019)	Serra Talhada (2013)
6 / 100.001 a 500.000 hab	180.000,00	108.000,00	6 (2 – 2017) / (2 – 2018) / (2 – 2019)	
<b>Geral</b>	<b>12.984.888,00</b>	<b>4.428.000,00</b>	<b>138</b>	

Fonte: Elaboração própria

Para ilustrar essa correlação entre número de parcelas recebidas x número de parcelas NÃO recebidas, a Figura 8 apresenta a estratificação dos municípios, separados por regional,

para melhor compreensão das influências regionais e de organização político-administrativas das GERES no papel do Estado de apoio aos municípios na manutenção da regularidade no envio dos dados à BNAFAR para seguridade na continuidade do recebimento deste recurso, dada a condição de não recebimento do recurso em caso de não envio dos dados de movimentações dos medicamentos.

Observa-se menores percentuais de adesão ao programa e piores desempenhos de aproveitamento dos recursos de custeio pelos municípios oriundos das GERES II, I e XII, com sedes localizadas respectivamente em Limoeiro, Recife e Goiana. E o melhor desempenho de adesões e recebimento dos recursos de custeio, foi observado entre os municípios da X GERES com sede em Afogados da Ingazeira. Bem como, observa-se maiores perdas de recursos de custeio não recebidos pelos municípios da XI GERES, demonstrando a fragilidade no monitoramento do programa a nível Estadual. Ao passo que, os municípios das GERES X, VII e III apresentam melhores indicadores de continuidade no recebimento dos recursos de custeio, por atenderem ao envio dos dados obrigatórios, exigidos pelo programa. Em análises futuras, seria interessante avaliar melhor essa influência das rotinas e ações desenvolvidas por essas GERES em destaque, aqui identificadas.

Figura 8: Municípios de PE estratificados por regularidade no recebimento das parcelas de custeio (Acumulado 2012-2019)

MUNICÍPIOS DO QUALIFAR-SUS ESTRATIFICADOS POR REGULARIDADE NO RECEBIMENTO DOS RECURSOS DE CUSTEIO (2012 - 2019)																																			
1º GERES	REC	NR	2º GERES	REC	NR	3º GERES	REC	NR	4º GERES	REC	NR	5º GERES	REC	NR	6º GERES	REC	NR	7º GERES	REC	NR	8º GERES	REC	NR	9º GERES	REC	NR	10º GERES	REC	NR	11º GERES	REC	NR	12º GERES	REC	NR
Lima			Bom Jardim	REC	NR	Água Preta	REC	NR	Agrestina	REC	NR	Águas Belas	REC	NR	Arcoverde	REC	NR	B. São Fco.	REC	NR	Afrânio	REC	NR	Araripina	REC	NR	A. Ingaz.	REC	NR	Betânia	REC	NR	Aliança	REC	NR
Araçoiaba	REC	NR	B. Aires			Amaraji	REC	NR	Alagoinha	REC	NR	Angelim	REC	NR	Buíque	REC	NR	Cedro	REC	NR	Cabrobó	REC	NR	Bodocó	REC	NR	Brejinho	REC	NR	Calumbi	REC	NR	Camutanga	REC	NR
Cabo			Carpina			Barreiros	REC	NR	Altinho	REC	NR	B. Conselho	REC	NR	Custódia	REC	NR	Mirandiba	REC	NR	Dormentes	REC	NR	Exu	REC	NR	Carnaíba	REC	NR	C. da Penha	REC	NR	Condado	REC	NR
Camaraçibe			Casinhas	REC	NR	Belém de Mª			Barra Guab.	REC	NR	Brejão	REC	NR	Ibimirim	REC	NR	Salgueiro	REC	NR	L. Grande	REC	NR	Granito	REC	NR	Iguaraci	REC	NR	Flores	REC	NR	Ferreiros	REC	NR
Chã Grande	REC	NR	C. de Alegria			Catende			Bele Jardim	REC	NR	Caetés	REC	NR	Inajá	REC	NR	Serrita	REC	NR	Orocó	REC	NR	Moreilândia	REC	NR	Ingazeira	REC	NR	Floresta	REC	NR	Goiana	REC	NR
F. Noronha			Cumaru	REC	NR	Cortês	REC	NR	Bezerros	REC	NR	Caçado	REC	NR	Jatobá	REC	NR	Terra Nova	REC	NR	Petrolina	REC	NR	Triunfo	REC	NR	Itapetim	REC	NR	Itacuruba	REC	NR	Itambé	REC	NR
Goiana			Feira Nova			Escada	REC	NR	Bonito	REC	NR	Canhotinho	REC	NR	Manari	REC	NR	Verdejante	REC	NR	Vista	REC	NR	Ouricuri	REC	NR	Quixaba	REC	NR	S.C.B.Verde	REC	NR	Itaquitinga	REC	NR
Igarassu	REC	NR	Glória Goitá			Gameleira			B. M. Deus	REC	NR	Capoeiras	REC	NR	Pedra	REC	NR							Parnamirim	REC	NR	Terezinha	REC	NR	S.J.Belmonte	REC	NR	Macaparana	REC	NR
Ipojuca	REC	NR	João Alfredo	REC	NR	Jaqueira	REC	NR	Cachoeirinha	REC	NR	Correntes	REC	NR	Petrolândia	REC	NR							Santa Cruz	REC	NR	S. J. Egito	REC	NR	S. Talhada	REC	NR	São V. Férrer	REC	NR
Itamaracá			L. do Carro			J. Nabuco	REC	NR	C. S. Félix	REC	NR	Garanhuns	REC	NR	Sertânia	REC	NR							Filomena	REC	NR	Solidão	REC	NR	Timabaúba	REC	NR			
Itapissuma			L. de Itaenga			L. dos Gatos	REC	NR	Caruaru	REC	NR	Iati	REC	NR	Tacaratu	REC	NR							Trindade	REC	NR	Tabira	REC	NR						
Jaboatão			Limoeiro			Maraial	REC	NR	Cupira	REC	NR	Itaíba	REC	NR	Tupanatinga	REC	NR									Tuparetama	REC	NR							
Moreno			Machados			Palmares	REC	NR	Miguelinho	REC	NR	Jucati	REC	NR	Venturosa	REC	NR																		
Olinda			Naz. da Mata			Primavera	REC	NR	Gravatá	REC	NR	Jupi	REC	NR																					
Paulista			Orobó	REC	NR	Quipapá	REC	NR	Ibirajuba	REC	NR	L. do Ouro	REC	NR																					
Pombos			Passira	REC	NR	Ribeirão	REC	NR	Jataúba	REC	NR	Lajedo	REC	NR																					
Recife			Paudalho			R. Formoso	REC	NR	Jurema	REC	NR	Palmeirina	REC	NR																					
S.Lourenço			Salgadinho	REC	NR	S. Benedito	REC	NR	Panelas	REC	NR	Paranatama	REC	NR																					
Vitória	REC	NR	Surubim	REC	NR	S.J.C. Grande	REC	NR	Pesqueira	REC	NR	Saloá	REC	NR																					
			Tracunhaém			Sirinhaém	REC	NR	Poção	REC	NR	São João	REC	NR																					
			V. do Lério	REC	NR	Tamandaré	REC	NR	Almas	REC	NR	Terezinha	REC	NR																					
			Vicência			Xexéu	REC	NR	Sairé	REC	NR																								
						Sanharó	REC	NR																											
						StªC. Capiba.	REC	NR																											
						S.M.Camb.	REC	NR																											
						S. B. do Una	REC	NR																											
						São Caitano	REC	NR																											
						S. J. Monte	REC	NR																											
						Tacaimbó	REC	NR																											
						Taquatinga	REC	NR																											
						Toritama	REC	NR																											
						Vertentes	REC	NR																											

REC	Parcelas RECEBIDAS
NR	Parcelas NÃO RECEBIDAS

Estratificação por TOTAL parcelas RECEBIDAS	
24	Municípios que receberam APENAS 4 parcelas
26	Municípios que RECEBERAM entre 5 e 8 parcelas
4	Municípios que RECEBERAM entre 9 e 12 parcelas
17	Municípios que RECEBERAM entre 13 e 16 parcelas
18	Municípios que RECEBERAM entre 17 e 20 parcelas
22	Municípios que RECEBERAM entre 21 e 24 parcelas
17	Municípios que RECEBERAM entre 25 e 28 parcelas
10	Municípios que RECEBERAM entre 29 e 32 parcelas
138	TOTAL GERAL

Estratificação por TOTAL parcelas NÃO RECEBIDAS	
33	Municípios que receberam TODAS as parcelas
14	Municípios que NÃO receberam apenas 1 das parcelas
9	Municípios que NÃO receberam apenas 2 das parcelas
9	Municípios que NÃO receberam apenas 3 das parcelas
13	Municípios que NÃO receberam apenas 4 das parcelas
27	Municípios que NÃO receberam entre 5 a 8 das parcelas
33	Municípios que NÃO receberam entre 9 a 24 das parcelas
138	TOTAL GERAL

Fonte:Elaboração própria

#### 5.2.4 Avaliação da regularidade na declaração de dados apresentados pelos municípios de PE na BNAFAR, habilitados e elegíveis, porém Não habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS de 2012 a 2019.

Considerando que os dados disponíveis na BNAFAR são de natureza obrigatória para todos os municípios habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS desde sua habilitação, reforçado pela Portaria GM/MS nº 1.737/2018. E sendo a BNAFAR a principal ferramenta atualmente disponível para monitoramento e avaliação dos indicadores de gestão da AF no município, observa-se considerável número de ocorrências de sub-registros nos dados coletados no referido banco de dados, conforme a Figura 9.

Considerando que as informações são declaradas pelos municípios na alimentação do sistema Hórus ou envio de dados via *Web service*, os sub-registros revelam a precariedade na gestão de estoque com evidente controle deficiente.

Pesquisa realizada pelo MS em parceria com a OPAS, somado a um trabalho realizado pelo Banco Mundial (BM), constataram que 90% dos municípios brasileiros apresentaram pelo menos um dos 15 problemas identificados por um órgão de controle da administração pública no que se refere à gestão da AF, especialmente em relação a estoques: dos municípios com problemas de gestão, 70% não tinham controle de estoque ou apresentavam controle deficiente. (OPAS, 2005; BM, 2007; VIEIRA, 2008)

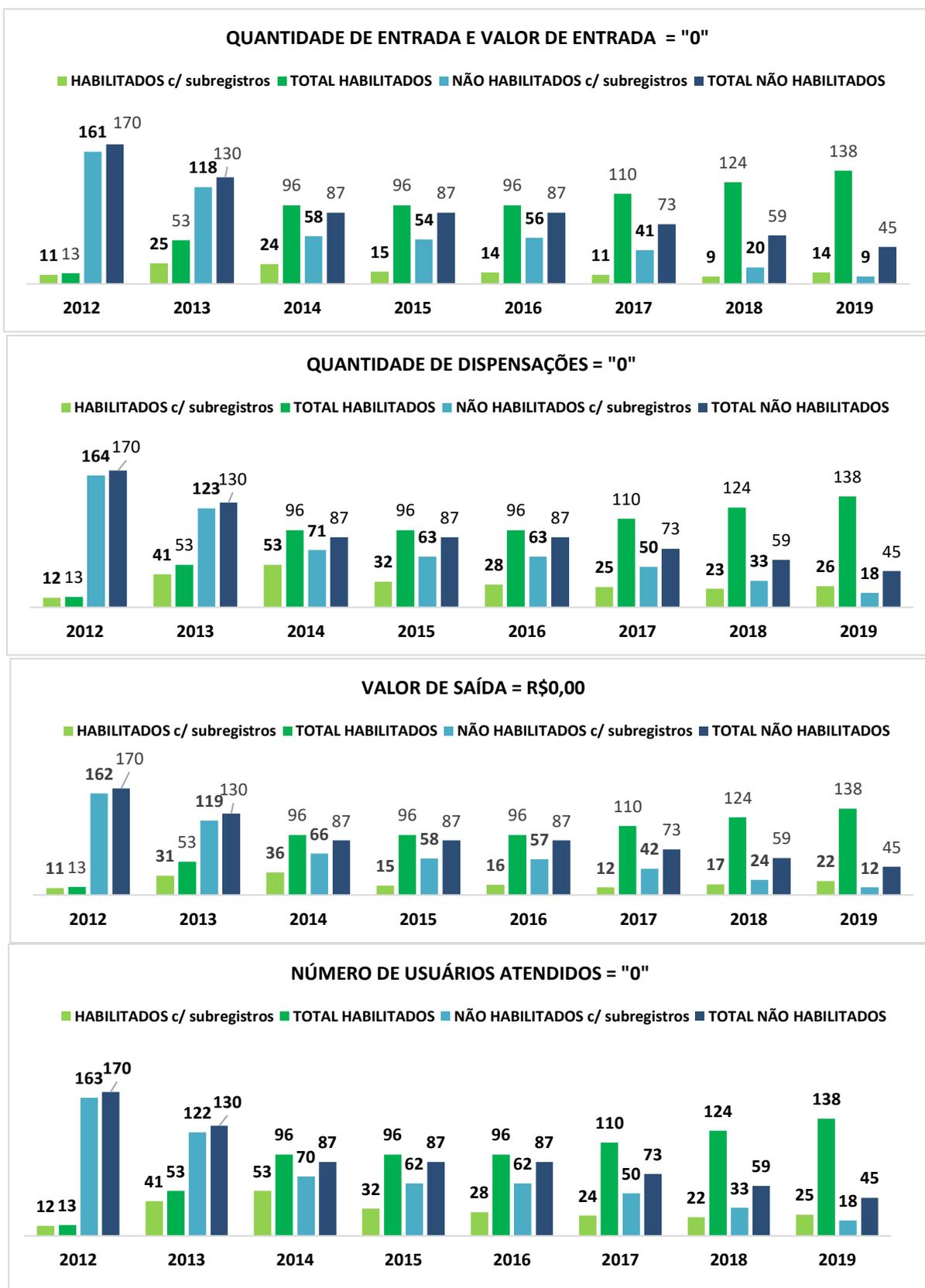
A análise da Figura 9, apresenta um cenário ainda de fragilidades na gestão de estoque tanto dos municípios habilitados no programa QUALIFAR-SUS, quanto os não habilitados, considerando o número de ocorrências de sub-registros das movimentações de entradas e saídas na base de dados da BNAFAR. Fato preocupante, em virtude da importância de se dispor de um eficiente sistema de controle de estoque (entradas e saídas) para subsidiar a programação e a aquisição de medicamentos, corrigir distorções, evitar perdas, superposições ou desabastecimentos, equilibrando, assim, a demanda e a oferta de medicamentos e otimização dos recursos disponíveis, considerando que deficiências neste componente de gestão podem concorrer para aumentar os riscos de desperdícios e de desabastecimento, resultando em sérios transtornos à população, pela falta de acesso aos medicamentos.

Percebe-se no entanto que ao longo dos anos há uma melhora nesses indicadores, com redução na ausência de registros das movimentações de entradas e saídas e de atendimento de usuários, para ambos os grupos, porém mais expressivos dentre os municípios habilitados no programa.

Observa-se também que dos indicadores analisados, as movimentações de entradas tiveram melhoras mais evidentes entre os registros de dados declarados na BNAFAR em relação as movimentações de saídas e de atendimento aos usuários.

Estudo realizado por Bruns, Luiza e Oliveira (2014), com os municípios paraibanos, sobre a gestão da AF, corroboram com os achados deste estudo ao serem apontadas as seguintes evidências: dos municípios analisados, observou-se que 29,1% não havia programação e/ou procedimentos de controle; 52,7% dos municípios com “controle de estoque deficiente ou inexistente”; 34,5% dos municípios com falta de controle na dispensação dos medicamentos, dentre outros indicadores que evidenciaram importantes problemas de gestão, no período estudado.

**Figura 9: Número de ocorrências de subregistros no relatório da BNAFAR dos indicadores de atendimento e gestão de estoque apresentado pelos Municípios de PE Habilitados x Não habilitados no Eixo Estrutura QUALIFAR-SUS por ano (2012 – 2019).**



Fonte: Elaboração própria.

### 5.2.5 Análise comparativa entre as bases de dados do SIOPS e BNAFAR referente às movimentações de recursos com medicamentos dos municípios habilitados e Não habilitados no Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS

Considerando que o SIOPS e a BNAFAR são bases com declaração de dados obrigatórios. Porém, sendo essa obrigatoriedade mantida para os dados da BNAFAR, atualmente apenas para os municípios habilitados no QUALIFAR-SUS, buscou-se avaliar a correlação existente entre os dados do sistema SIOPS referente ao percentual de gastos da saúde com medicamentos e as informações disponibilizadas via BNAFAR para as movimentações de recursos e quantidades de medicamentos adquiridos e dispensados nos municípios. Foi realizado separando-se os municípios por grupos: o primeiro composto apenas com os municípios habilitados ao longo do período estudado e o segundo apenas com os municípios elegíveis porém não habilitados, afim de avaliar o desempenho comparativo entre eles.

Os indicadores avaliados estão apresentados e sinalizados quanto a base de dados de origem no Quadro 4.

**Quadro 4: Indicadores utilizados das bases de dados do SIOPS e BNAFAR das movimentações de Recursos Financeiros e Quantidade de Medicamentos na análise comparativa no Programa STATA**

Base de dados	Variável	Interpretação do dado
<b>SIOPS</b>	% Gastos Medicamentos	Corresponde ao percentual dos gastos com Medicamentos dos Gastos Totais em Saúde
<b>BNAFAR</b>	Valor Saída Medicamentos	Descrito em total financeiro despendido com aquisições de medicamentos do CBAF no período de 2012 a 2019
	Valor Entrada Medicamentos	Descrito em total financeiro despendido com aquisição de medicamentos do CBAF no período de 2012 a 2019.
	Quant. Saída Medicamentos	Descrito em total de unidades farmacêuticas dispensadas no período de 2012 a 2019
	Quant. Entrada Medicamentos	Descrito em total de unidades farmacêuticas adquiridas no período de 2012 a 2019
	Nº de Usuários atendidos	Descrito em total de usuários atendidos no período de 2012 a 2019.

Fonte: Elaboração própria

A participação do gasto federal com medicamentos no gasto com ações e serviços públicos de saúde subiu de 11% em 2010 para 16% em 2016. O gasto do SUS com medicamentos passou de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016, como provável consequência da crise econômica sobre a capacidade de gastos dos entes subnacionais e do maior protagonismo do MS na aquisição de medicamentos e no financiamento da oferta de produtos farmacêuticos por meio do FPB. (VIEIRA, 2018)

Tendência também observada no gráfico das Figuras 10 e 11 com excessão para o ano de 2013, por apresentar queda acentuada do percentual de gastos com medicamentos dentre os gastos totais com saúde, em decorrência da qualidade dos dados declarados no sistema, seguido de períodos de oscilação entre leve aumento e diminuição nos anos seguintes.

A tendência de aumento e os fatores que atuam para a elevação das despesas sinalizam a possibilidade concreta do gasto com medicamentos passar a comprometer parcelas mais significativas do orçamento, o que poderá reduzir a disponibilidade de recursos para a oferta de outros bens e serviços de saúde à população, dada a vigência do teto de gasto no governo federal, instituído por meio da EC nº 95/2016. (VIEIRA, 2018)

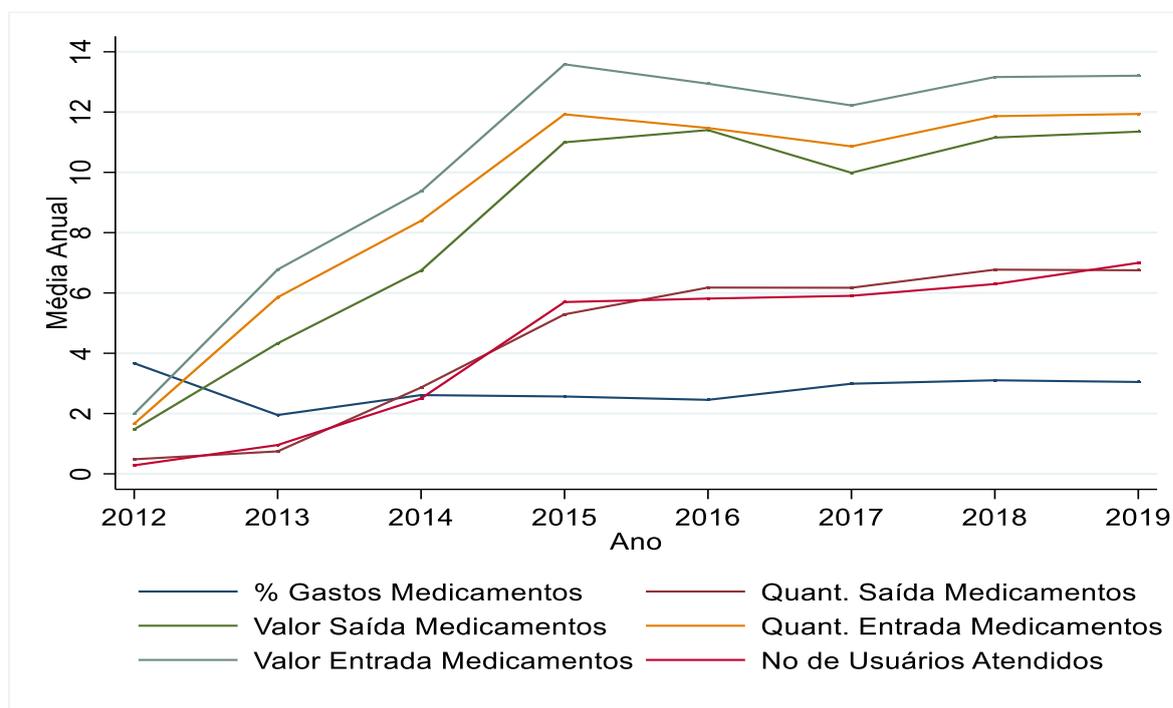
Na Figura 10, está representado a média anual, em escala de logaritmo neperiano, dos dados dos municípios habilitados no QUALIFAR-SUS, onde observa-se uma tendência de estabilidade entre os dados, com possibilidade de inferências sobre uma maior regularidade e continuidade nos registros de movimentações de entradas e saídas e consequente melhora da gestão dos medicamentos e acesso aos mesmos.

É possível observar também, que os registros de movimentações de “entradas” tanto de recursos quanto de quantidade em unidades de medicamentos adquiridas é superior a média anual dos mesmos registros nas movimentações de “saídas” pelas dispensações registradas, assim como de usuários atendidos.

Observa-se, com isso, a ocorrência de sub-registros na quantidade de medicamentos dispensados, considerando que pela aproximação entre a linha representada pelos usuários atendidos e quantidade de saída de medicamentos, essa relação não poderia se mostrar tão próxima, quase na proporção de 1 unidade de medicamento para cada 1 paciente, e as vezes até inferior, visto que essa não é a realidade das dispensações na prática desses serviços.

A queda acentuada em 2013, seguida de leve aumento com tendência a maior estabilidade, representada pela linha do percentual do gasto total com saúde em medicamentos, não é acompanhada por igual tendência pela linha que representa a média anual dos valores de “entradas” de medicamentos ao longo dos primeiros seis anos, porém apresentam a mesma tendência de estabilidade nos últimos 2 anos do período analisado.

**Figura 10: Análise comparativa da média anual dos dados disponíveis nas bases de dados do SIOPS e da BNAFAR dos gastos e movimentações de medicamentos do CBAF dos municípios de PE Habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por ano 2012 a 2019.**



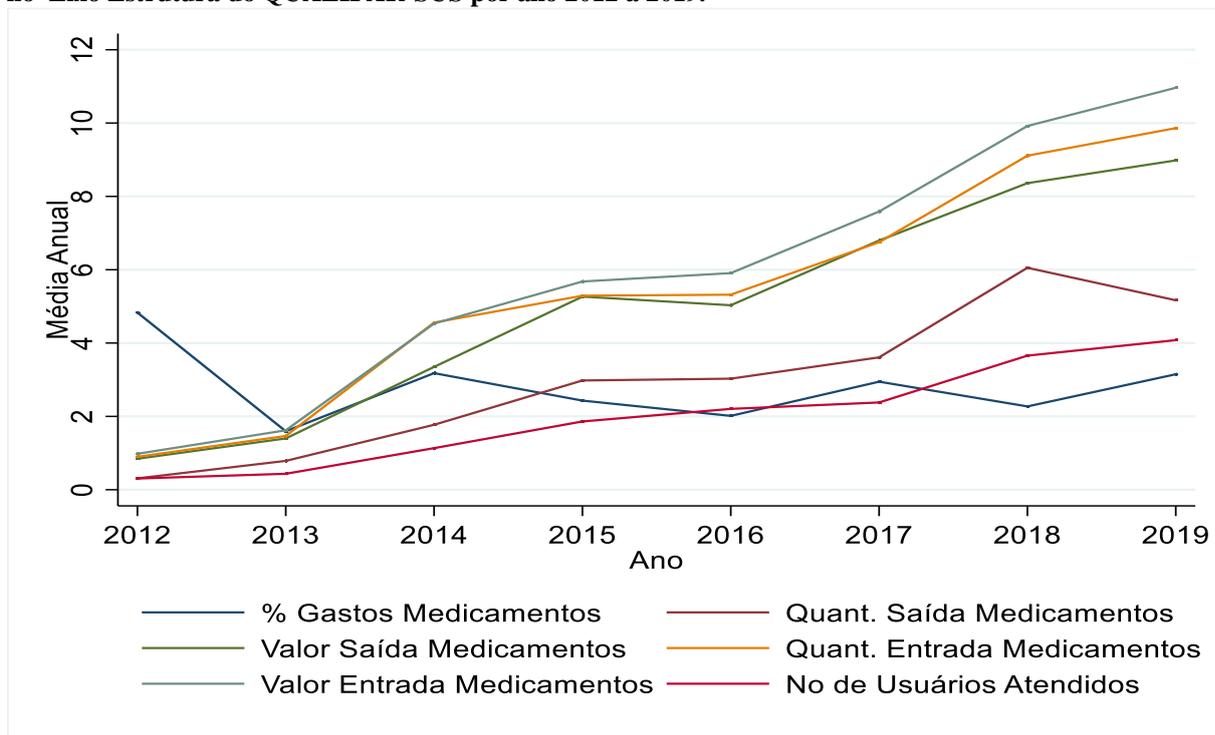
Fonte: Estimativas do autor, segundo dados secundários no softwer STATA

Por fim, realizou-se a mesma análise, incluindo apenas os municípios elegíveis porém NÃO habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS até 2019, para buscar comparar o comportamento desse grupo com o anteriormente apresentado, buscando conhecer um pouco mais o perfil dos mesmos, frente aos indicadores de gestão dos recursos destinados a aquisição e dispensação dos medicamentos do CBAF no período.

Na Figura 11, observa-se um perfil com tendências ainda de crescimento, com excessão na linha que representa a média anual dos registros de movimentações de quantidade de saídas de medicamentos por dispensações, a qual, ao longo dos primeiros seis anos, apresentou leve tendência e constância de aumento na média anual, com acetuado aumento no ano posterior, seguida de queda com retorno da média à tendência acompanhada anteriormente.

Observa-se nesse grupo de municípios, maiores variações entre as tendências e a média dos dados disponíveis em ambas as bases de dados, permitindo fazer fortes inferências sobre a fragilidade ainda existente e/ou insuficiência de conhecimento desses municípios sobre o consumo e realidade da necessidade dos medicamentos, verificado pela inclinação ascendente ainda evidente nas linhas de valor e quantidade de entradas e da acentuada queda na quantidade dispensada frente ao aumento do número de usuários atendidos.

**Figura 11: Análise comparativa da média anual dos dados disponíveis nas bases de dados do SIOPS e da BNAFAR dos gastos e movimentações de medicamentos do CBAF dos municípios de PE NÃO Habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS por ano 2012 a 2019.**



Fonte: Estimativas do autor, segundo dados secundários no softwer STATA

Considerando que os recursos públicos disponíveis para aquisição de medicamentos não são infinitos e que uma gestão de estoque eficiente, com os registros regulares das movimentações de entradas e saídas de medicamentos se faz necessário para otimizar o processo de planejamento e utilização desses recursos existentes, espera-se uma tendência de estabilidade entre as linhas dos indicadores apresentados nos dois gráficos, onde foi possível observar ao compará-los, que os municípios habilitados no programa tem dedicado maior empenho em manter os registros dessas movimentações no seu dia a dia.

## 6 DISCUSSÃO

O acesso a medicamentos é um direito assegurado na Lei Orgânica da Saúde e tem sido um dos principais desafios para a gestão pública. Para os municípios, estes desafios vão além da oferta de medicamentos seguros e eficazes. É preciso assegurar uma estrutura física adequada para armazenar os medicamentos e outros insumos para saúde e garantir serviços qualificados que permitam tanto a satisfação para os trabalhadores e usuários do SUS como a utilização correta de medicamentos com qualidade preservada. (BRASIL, 2016)

O acesso a medicamentos essenciais compõe um dos oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio, sendo um dos pilares da formulação e da implementação de políticas nacionais de saúde. (NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2015) O acesso insuficiente aos medicamentos essenciais está diretamente associado com a piora do estado de saúde, maior uso de retornos aos serviços de saúde e gastos adicionais nos tratamentos.

Desde a primeira publicação de uma lista modelo de medicamentos essenciais em 1977, existe hoje uma aceitação global do conceito de medicamentos essenciais da OMS, compreendendo aqueles que satisfazem as necessidades de saúde prioritária da população, onde o aumento do acesso a esses medicamentos é fundamental para evitar internações e mortes. (WHO, 2013).

A ampliação do investimento público destinado à AF no país passou de cerca de R\$ 2 bilhões em 2003, para aproximadamente R\$ 15 bilhões em 2015, o que mostra a importância desse setor nas políticas públicas, no entanto, compreende-se que não é suficiente apenas ampliar os esforços para garantir o acesso à AF ao conjunto da população, é necessário também avaliar o quanto esses esforços se transformam em impactos efetivos na saúde dos indivíduos. (GADELHA, 2016)

Garcia, Guerra Júnior e Acúrcio (2017), afirmam que nos últimos anos as despesas com medicamentos vêm crescendo em ritmo mais acelerado que os outros gastos em saúde nos três entes federativos. Considerando-se um cenário de limitação orçamentária e fiscal, uma elevação cada vez maior dos gastos demanda uma avaliação na gestão a fim de alocar melhor os recursos públicos disponíveis.

Ampliar o acesso e garantir o URM, integrar a AF às demais políticas de saúde, otimizar os recursos financeiros existentes, incorporar e integrar o farmacêutico na rede municipal de saúde, desenvolver e capacitar recursos humanos para implementar a AF e tornar a gestão eficiente são alguns dos desafios presentes e futuros. O enfrentamento desses desafios exige ações articuladas dos gestores da saúde das três esferas de governo, tendo como objetivo a

superação do binômio aquisição/ distribuição de medicamentos, reduzido ao seu aspecto logístico-administrativo e sem qualquer relação com o processo de atenção à saúde dos usuários. Requer, portanto, que a AF seja definida como política pública estratégica no âmbito do Controle Social do SUS e incorporada como uma das prioridades das ações dos gestores no campo da saúde. (BRASIL, 2008a).

As contribuições da legislação e das normatizações do MS para a organização e o estabelecimento de financiamento para a AF na ABS são indiscutíveis. No entanto, existe um grande distanciamento entre a AF básica legalmente estabelecida e a AF básica real dos municípios brasileiros. Os problemas encontrados vão, desde o desabastecimento de medicamentos essenciais e má conservação deles no processo de armazenamento até a ausência total de orientação ao usuário quanto à utilização correta desses produtos. (OLIVEIRA, 2010)

A atenção primária é o primeiro nível de acesso e de contato da população com o sistema de saúde; compreendendo esta, como porta de entrada do sistema. Problemas quanto ao acesso, à qualidade ou ao uso irracional dos medicamentos representam deficiências que podem comprometer a saúde da população bem como diminuir a efetividade do sistema de saúde como um todo.

Muitos são os fatores que comprometem a qualidade da AF nos municípios brasileiros; destacam-se: insuficiência de recursos financeiros, necessidade de melhor capacitação dos trabalhadores envolvidos com os processos, bem como de seus gestores.

Entre as possíveis causas para os problemas encontrados na AF na ABS no âmbito do SUS, estão: a falta de comprometimento ou a ingerência do gestor em relação à AF; escassez de recursos financeiros, ausência de planejamento e programação à aquisição de medicamentos; aquisições equivocadas; e o armazenamento em condições inapropriadas que contribui à deterioração destes, ocasionando perdas. (OLIVEIRA, 2010)

Apesar dos investimentos federais alcançarem a marca de 14 bilhões nos últimos 15 anos, quase a totalidade desses recursos foram destinados à compra de medicamentos. Vieira e Zucchi (2010; 2013) chamam a atenção em seus estudos dos tímidos investimentos do governo federal à estruturação e melhoria da qualidade dos serviços farmacêuticos no SUS, assim como foi levantado nos dados deste estudo dos recursos repassados efetivamente aos municípios habilitados no Eixo-Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS no acumulado de 2012 a 2019, perfazendo um total de R\$ 342.843.359,23 (2,45%) dessa marca dos 14 bilhões nos últimos 15 anos citado acima.

Considerando o desafio de implementar ações que favoreçam a qualificação dos serviços farmacêuticos com otimização dos recursos disponíveis (financeiros, humanos etc.) e

dada a complexidade da AF, faz-se necessário o uso de ferramentas e tecnologias que permitam a identificação das principais demandas e necessidades de saúde dos cidadãos, que promovam reflexão da realidade, proporcionando a tomada de decisões. Neste contexto, o planejamento é uma ferramenta primordial no processo de organização da AF. (BRASIL, 2016)

No âmbito do SUS, não poderia ser diferente, os programas e as políticas públicas em saúde precisam ser avaliados para se identificar e atender às demandas por formulação ou reorientação das metas e das ações.

Avaliar programas é uma tarefa complexa, inserida no contexto igualmente complexo, considerando a realidade epidemiológica e a organização dos serviços de saúde atuais, além da ausência de monitoramento e avaliação rigorosa, explicada em parte, pelo fato de que dados confiáveis, válidos e completos não estão disponíveis regularmente. (FARACO, 2020)

A expansão maciça dos investimentos em saúde, em nível mundial, não tem acompanhado de forma sistemática a avaliação das políticas e programas de saúde, nos últimos anos. Tal fato dificulta a identificação da efetividade dos investimentos, enfraquecendo a confiança das iniciativas globais e ameaça os progressos no desenvolvimento de programas de saúde. (FARACO, 2020)

A inexistência de outros instrumentos de controle e transparência, bem como de indicadores sobre o desempenho e impacto do Programa, impedem que os gestores dos três níveis de atuação, tenham informações sobre os resultados alcançados.

“Avanços expressivos foram alcançados no campo das políticas farmacêuticas na atenção primária do SUS, porém desafios na ampliação e garantia do acesso equânime e na estruturação dos serviços” ainda persistem (COSTA et al., 2017).

É preciso questionar se os recursos aplicados – com a utilização adequada dos medicamentos nos diferentes estratos populacionais e nas grandes regiões brasileiras – estão, de fato, provocando impactos efetivos na saúde da população (COSTA, 2014).

A busca do redirecionamento da AF, permutando o foco do medicamento para o usuário, já apontado pela PNM e pela PNAF, foi tema recorrente nas discussões no amplo debate envolvendo diferentes atores do cenário da AF do País, promovido pelo MS através do Departamento de AF e Insumos Estratégicos. O reconhecimento de avanços dessa busca foi ressaltado, em especial, com a instituição do QUALIFAR-SUS, que se configurou como exemplo de investimento centrado na qualificação do serviço e não apenas na aquisição de medicamentos. (COSTA et al., 2017; BRASIL 2018).

No entanto, Programas sem indicadores e metas bem estabelecidas, dificultam e/ou impedem a regulação e medição de resultados.

A continuidade e a ampliação dos investimentos na estruturação da AF foi um dos pontos mais destacados entre os participantes. Segundo Leite et al. (2017), em apenas 40% dos municípios brasileiros o espaço mínimo de 14m<sup>2</sup> destinados à dispensação é respeitado nas farmácias básicas, além de haver deficiências de equipamentos. (BRASIL, 2018)

Em avaliação sobre o programa QUALIFAR-SUS com os primeiros municípios participantes, foi observado que 94% deles realizaram as etapas de diagnóstico e de planejamento, 65% conseguiram executar todo o recurso e cerca de 80% enviaram informações à BNAFAR. Porém, ajustes nas regras do programa e um maior suporte de gestão parecem ser necessários, uma vez que na avaliação normativa das dimensões estrutura física/ recursos humanos e processo e análise de aspectos do contexto organizacional realizada por Rodrigues et al. (2017), os municípios apresentaram, em sua maioria, grau de implantação insatisfatório (44%) ou crítico (21%).

E dessa forma, a inexistência de uma Política de Avaliação e Monitoramento do SUS, fragiliza o alcance de resultados de forma sistemática e permanente.

A ausência do apoio da gestão estadual é uma lacuna importante e pode ser considerada como um ponto negativo no contexto da implementação do programa QUALIFAR-SUS. Considerando que cabe aos Estados, a regulação e coordenação de sistemas municipais, o apoio à articulação intermunicipal, a coordenação da distribuição dos recursos financeiros federais, a implantação de estratégias de regulação da atenção, a avaliação do desempenho dos sistemas nos vários campos e o apoio ao fortalecimento institucional dos municípios.

Dentre tantos desafios à administração pública no setor saúde, observa-se que a gestão de sua estrutura, a busca pelas melhores informações em tempo ágil e a utilização dessas informações, representam fatores essenciais na formulação e execução de políticas e programas voltados à melhoria das condições de vida da população brasileira. (ALTUWAIJRI, 2011)

A garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. (LIMA et al, 2009)

Mello Jorge et al (2010), analisaram os sistemas de informação do Brasil em relação a cinco pontos críticos: 1 – irrelevância da informação obtida; 2 – má qualidade dos dados; 3 – duplicidade de sistemas de informação em saúde; 4- falta de oportunidade na apresentação dos dados e de retroalimentação; 5 – pouco uso da informação. Destaca-se a importância dos sistemas informatizados de apoio à decisão que possibilitem transformar dados primários em fatos e formas significativas, gerando informações executivas e inteligentes.

Os indicadores resultantes de uma base de dados representam ferramentas decisivas à

gestão e avaliação dos serviços em saúde. Constituem insumos de grande relevância para estabelecer políticas e prioridades ajustadas às necessidades de saúde da população. Poderão contribuir para avaliar a capacidade de infraestrutura, a logística, os recursos humanos envolvidos na área, o perfil de acesso e uso de medicamentos. (MARTINS, 2010)

Um dos principais objetivos da Constituição Federal de 1988 foi o de promover mudanças no centralismo fiscal, caracterizado pela ausência de participação da sociedade civil nas políticas governamentais e pela ineficiência dos canais institucionais de fiscalização e de controle da gestão pública. Por consequência, alguns dispositivos constitucionais inovaram no sentido de incentivar a descentralização política e financeira, ampliar os canais de participação civil e de controle social e fortalecer as estruturas e o capital humano, voltados para a fiscalização dos atos e dos agentes públicos.

Um problema crucial tem perdurado: a significativa fragmentação dos dados produzidos por cada órgão. Muitos desses dados, represados nas unidades que os custodiam, são também relevantes para os trabalhos de outros órgãos, que, portanto, se ressentem da dificuldade de acesso. O resultado desse estado de coisas é que a capacidade de trabalho, a eficiência e a visibilidade da ação governamental, para si mesma e para os atores não-governamentais, ficam bastante comprometidas e aquém das potencialidades trazidas pela nova base legal e tecnológica. Para que os sistemas de informação sejam instrumentos efetivos de aperfeiçoamento do Estado e da sociedade, não basta que sejam estruturados – é necessário que sejam também integrados, acessíveis e facilmente manipuláveis por atores não-especialistas.

Cabe registrar que este trabalho se propõe a avaliar os indicadores disponíveis de monitoramento da qualificação da AF dos municípios pernambucanos, bem como do Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, onde apesar das limitações de acesso as informações do diagnóstico inicial apresentado pelos municípios no pleito de sua habilitação no programa, não disponibilizado pela coordenação do mesmo a nível federal, após várias tentativas, mesmo através do sistema e-SIC, buscou-se mostrar, através de uma alternativa factível e útil, utilizando-se das bases de dados de acesso público, que os gestores municipais e estaduais igualmente teriam, considerando a importância de se implementar a cultura de auto-avaliação e monitoramento de seus indicadores.

Assim como a descontinuidade da ferramenta e-CAR (Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados) criada com o lançamento do programa, cuja finalidade seria ofertar uma ferramenta de inclusão do diagnóstico inicial dos municípios, seu planejamento e sua atualização permanente com as metas a serem alcançadas, viabilizando a possibilidade do monitoramento pelas três esferas de gestão. Além da disponibilidade tardia da base de dados

BNAFAR como a obrigatoriedade dos registros ainda em curso, após anos de implantação do programa e dos recursos dispendidos.

E dos RAG apresentados pelos municípios, com ausência de uma base mínima obrigatória de indicadores padronizada a serem apresentados pelos municípios além das movimentações de gestão de estoque e dos recursos da AF, que possibilitasse uma avaliação de metas a serem atingidas para qualificação e resolutividade dos problemas de saúde.

A utilização desse tipo de dados secundários envolve baixo custo, e seu potencial de informações sobre a AF é relevante, como aqui demonstrado, devendo ser difundido para motivação de outros trabalhos, onde embora a base de informações tenha se mostrado adequada para a análise pretendida, estudos adicionais devem ser realizados para ampliar e aprofundar os achados.

## 7 CONCLUSÕES

Uma das condições básicas para proporcionar a qualificação do acesso e promover o URM é garantir, no conjunto do sistema de saúde, farmácias com serviços e ambientes adequados, onde as áreas físicas sejam planejadas e capazes de oferecer condições para acolher o usuário com dignidade e respeito; de facilitar o diálogo entre farmacêutico e o usuário do medicamento; de garantir que os medicamentos mantenham sua integridade física e química; de proporcionar boas condições de trabalho àqueles que realizam o atendimento aos usuários do sistema e que permita a otimização dos recursos disponíveis mediante um sistema de gestão de estoque eficiente.

No resgate e análise do histórico e perfil das habilitações dos municípios no Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, observou-se um maior percentual na Região Nordeste, com 1.350 (39%) municípios, mantendo a mesma similaridade com os extratos de municípios selecionados para o programa por região do país. Bem como uma maior prevalência entre os municípios de pequeno e médio porte, com populações inferiores a 100.000 habitantes. Considerando-se a realidade de Pernambuco, foi evidenciado uma diferenciação entre as regionais de saúde, com destaque para o papel de apoio técnico institucional previsto a ser ofertado pelo Estado frente a divulgação e estimulação dos municípios de sua área territorial, despertando interesses para novos estudos de aprofundamento dessas diferenciações.

Embora o volume de recursos financeiros para aquisição de medicamentos tenha aumentado consideravelmente ao longo do tempo, desde a criação do incentivo para este fim, através do financiamento tripartite e da articulação interfederativa, os investimentos na gestão da AF, para além da aquisição de medicamentos não acompanha esta evolução, tendo o programa QUALIFAR-SUS como a experiência mais exitosa até o momento.

Ao consolidar os recursos envolvidos com o programa a nível de Brasil e Pernambuco, observou-se ao longo do período do estudo (2012 a 2019) um incremento considerando a realidade anteriormente vivenciada, onde o orçamento federal para tal finalidade era mantido em torno de 10 milhões, tendo sido executado para atender os 3.508 municípios habilitados o total de R\$ 342.843.359,23

Na estratificação e análise dos recursos recebidos e perdidos pelos municípios pernambucanos no período de 2012 a 2019, encontramos ainda uma realidade de subaproveitamento da oportunidade de qualificação dos serviços ofertados por muitos municípios, tendo sido observado um expressivo valor de perdas de R\$ 4.428.000,00 para o período, ocorrido em função da descontinuidade no envio dos dados de movimentações de estoque dos

medicamentos do CBAF, exigidos pelo programa, demonstrando ainda a grande fragilidade existente no monitoramento e apoio das ações realizadas pelos municípios habilitados no programa. Sendo novamente evidenciada a diferenciação entre as regionais de saúde na organização político-administrativa dos municípios pernambucanos.

No levantamento e análise dos indicadores disponíveis para o monitoramento e avaliação do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, assim como da qualificação da AF municipal, nos deparamos com interrupções e modificações de indicadores ao longo do período, bem como a descontinuidade no uso de ferramentas que seriam ricamente impressas de informações úteis para os gestores das três esferas (Federal, Estadual e Municipal), quanto a avaliação do retrato inicialmente encontrado nos municípios antes e após sua habilitação no programa ao longo do tempo. Assim como a ocorrência dos sub-registros na BNAFAR, a principal ferramenta atualmente disponível para o monitoramento e avaliação dos indicadores de gestão da AF no município, evidenciam situações ainda comuns de fragilidades na gestão de estoque e conseqüentemente dos recursos disponíveis.

De forma que foram encontradas muitas dificuldades na coleta e sistematização dos dados e informações aqui apresentadas, pela carência ou fragmentação das bases de dados disponíveis e utilizadas. Seria extremamente útil para gestores e profissionais que houvesse um conjunto organizado de informações sistematizadas sobre a área farmacêutica que pudesse ser constantemente atualizada e estar disponível.

O programa QUALIFARSUS apresenta-se num cenário de pioneirismo na busca da superação das iniquidades regionais, de forma a viabilizar a qualificação das farmácias e as Centrais de Abastecimento dos municípios mais vulneráveis, assim como na oferta de maior segurança e agilidade no cuidado à população. No entanto, ainda apresenta fragilidades em relação à sua abrangência populacional, à garantia de sua sustentabilidade financeira e político-institucional, à sua capacidade de produzir efetivo impacto positivo na mudança da realidade e de correção das não conformidades já identificadas em âmbito nacional.

Considerando as limitações do estudo, dada a impossibilidade de fazer inferências sobre os indicadores de cuidado das doenças crônicas por falta de indicadores complementares seja através da BNAFAR ou pelo PMAQ, assim como interferências não avaliadas do acesso aos medicamentos para diabetes e hipertensão arterial nas unidades municipais, onde possuem unidades de farmácia da rede privada com o Programa Aqui tem Farmácia Popular, os quais fazem parte do grupo de doenças do programa “Saúde Não tem Preço”.

A inexistência de uma Política de Avaliação e Monitoramento permanente do SUS fragiliza o alcance de resultados de forma sistemática, assim como a existência de programas

sem indicadores e metas estabelecidas de forma objetiva e executável, impedem a regulação e medição de resultado mais concretos.

De forma que, a avaliação é uma ferramenta importante de gestão, desde que esteja baseada em indicadores que possibilitam comparar diferenças locais e a evolução ao longo do tempo, assegurada a estabilidade das medidas e da forma de cálculo, bem como é item essencial para otimizar os recursos públicos disponíveis.

Com o estudo, observou-se um efeito positivo de forma geral sob os indicadores analisados dentre os municípios habilitados no Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS com relação ao maior tempo de habilitação e continuidade no recebimentos dos recursos, onde quanto maior o tempo de permanência no recebimento dos recursos gerou maiores impactos nos indicadores avaliados.

A contribuição deste estudo será alcançada apartir das reflexões acerca do conteúdo apresentado, considerando as realidades vivenciadas na maioria das farmácias e Centrais de Abastecimento dos municípios pernambucanos, através do distanciamento ainda presente entre a realidade e o ideal, corroborando com as dificuldades de acesso ao medicamento, qualidade do atendimento recebido e baixa eficiência na otimização dos recursos públicos disponíveis.

## 8 REFERÊNCIAS

ALTUWAIJRI, M.M, BAHANSHAL, A., ALMEHAID, M. **Implementation os computerized physican order entry in Nacional Guard Hospitals: assessment of critical success factors.** J Family Community Med. 2011; 18(3): 143-151.

ANGRIST, J.D., PISCHKE, J.S. **Mostly harmless econometrics: An empiricist's companion.** Princeton University press, 2008.

BAMBERG, M., BAMBERG, J.M., RUGH, J., MABRY, L.S. **Real World Evaluation: Working Under Budget, Time, Data, and political Constraints.** Second edition. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc; 2011. 712 p.21.

BANCO MUNDIAL. **Governança no SUS do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos.** Washington: Banco Mundial; 2007

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

BEATTY, T. K.M., SHIMSHACK, J.P. **School buses, diesel emissions, and respiratory health.** Journal of Health Economics, v.30, n.5, p.987-999, 2011.

BERMUDEZ, et al. **Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade.** Ciencia e Saúde Coletiva, 23(6): 1937-1951, 2018.

BERNARDI, C.L.B., BIEBERBACH, E.W., THOMÉ, H.I. **Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17º Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.** Saude Soc.vol.15. n1. São Paulo. Jan./apr. 2006.

BRASIL. Lei nº 8080/90, 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 da outras providencias.** Acesso em: 22.01.2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Acesso em: 26.01.2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria GM/MS nº 3916. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** Brasília. 1998. Acesso em: 10.01.2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf)

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2000. Acesso em: 25.01.2018. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002.** 2002. 44 p. Acesso em: 25.01.2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-332330>.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Resolução CNS nº338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Acesso em 10.01.2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/17/Resolucao-338-06052004.pdf>

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.084, de 26 de outubro de 2005.** Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 out. 2005. Seção 1.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006- consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.** Diário Oficial da União, 2006a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 698, de 30 de março de 2006. **Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão de SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.** Acesso em 12.12.2018. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM\\_698\\_30marco\\_2006.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM_698_30marco_2006.pdf). (2006 b)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.** Brasília. 2007. Acesso em 10.01.2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica conjunta: qualificação da assistência farmacêutica, de 20 de janeiro de 2008.** Brasília, DF, 2008a.

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

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2982, de 26 de novembro de 2009. **Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.** Acesso em 10.01.2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982\\_26\\_11\\_2009\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982_26_11_2009_rep.html)

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde: relatório de auditoria operacional.** Brasília, DF: TCU, 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.527/11, de 18 de novembro de 2011. **Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.** Acesso em: 15.12.2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 575 de 29 de março de 2012. **Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Acesso em: 28.01.2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575\\_29\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575_29_03_2012.html)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria 1.214 de 13 de junho de 2012. **Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF 14 junho 2012.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria 1.215 de 13 de junho de 2012. **Institui transferência de recurso para o Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF 2012a.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF 16 de janeiro de 2012b.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Relatório do Primeiro Monitoramento das Deliberações Decorrentes da Auditoria Operacional Destinada a Analisar a Implantação e Operacionalização da Assistência Farmacêutica Básica nos Três Níveis da Federação.** Brasília, DF: TCU, 2012c.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. **Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Acesso em: 18.12.2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0271\\_27\\_02\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0271_27_02_2013.html)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. **Documento Técnico do Projeto Estratégico Eixo Estrutura – QUALIFAR-SUS: apoio a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica dos municípios do Plano Brasil Sem Miséria.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013. **Aprova as normas de financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/ DF, 31 jul. 2013b. [acesso em 10.01.2019]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pt-gm-ms-1554-2013-alterada-1996-2013.pdf>

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **QUALIFAR-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde – eixo estrutura: atenção básica: instruções técnicas.** Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Acesso em: 25.01.2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2017.** Acesso em: 25.01.2018. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_medicamentos\\_rename\\_2017.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Portaria GM/MS 3992, de 28 de dezembro de 2017.** Acesso em: 25.01.2018. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 938, de 7 de abril de 2017. **Altera a Portaria nº 957/GM/MS, de 10 de maio de 2016.** Acesso em: 25.01.2018. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0938\\_10\\_04\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0938_10_04_2017.html)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Portaria de consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017.** Brasília, 2017b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatórios com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes civil organizada.** Brasília, MS, 2018.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.737, de 14 de junho de 2018. **Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar os prazos máximos para transmissão dos dados compositores da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica.** Acesso em: 29.01.2019. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1737\\_18\\_06\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1737_18_06_2018.html)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.616, de 20 de dezembro de 2019. **Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para modificar os**

**sistemas compositores da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica.** Acesso em: 10.01.2020. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3616\\_23\\_12\\_2019.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3616_23_12_2019.html)

BRUNS, S.F., LUIZA, V.L., OLIVEIRA, E.A. **Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos.** Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro v 48(3): 745-765, maio/junho 2014.

CANABARRO, I.M., HAHN, S. **Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 18(4): 345-355, out-dez 2009.

CARVALHO, A.L.B de, SHIMIZU, H.E., The institutionalization of monitoring and evaluation practices: challenges and prospects in the view of the Brazilian National Health System managers. Interface - (Botucatu). 2017; 21(60):23-33.

CFE. **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. 66 p. Acesso em 10.01.2019. Disponível em: <http://www.sbfc.org.br/site/admin/conteudo/pdfs/3174449762.pdf>

CONASS (Brasil). **A Assistência Farmacêutica no SUS.** 2011. 172p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS, v.7). Acesso em 25.01.2019. Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao211/livro\\_7.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao211/livro_7.pdf).

COSTA, K.S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J.M. HÓRUS: **Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.** Rev. Saúde Pública, 46(Supl):91-99, 2012.

COSTA, K.S. et al. **Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 51, p. 1s-5s, fev. 2017.

COSTA, K.S. **Acesso e uso de medicamentos: inquéritos de saúde como estratégia de avaliação.** 2014. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

DONABEDIAN, A. **La Calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación.** México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** Archives of Pathology and Laboratory Medicine, [S.I.], v.114, n.11, p.115-118, Nov. 1990.

FARACO, E.B., ROVER, M.M., FARIAS, M.R., LEITE, S.N. **Desenvolvimento de um protocolo de indicadores para avaliação nacional da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.** Rev. Adm. Saúde (on-line), São Paulo, v.20, n.78: e 204, jan-mar. 2020, Epub 16 jan.2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/1023973/ras.78.204>

FIGUEIREDO, M.F.; FIGUEIREDO, A.M.C. **Avaliação política e avaliação de políticas: um**

**quadro de referência teórica.** In: Textos IDESP, n.15, 1986.

FIRPO, S.P., DE PIERI, R.G. **Avaliando os efeitos da introdução de computadores em escolas públicas brasileiras.** Revista Brasileira de inovação, 2012, 11: 153-190.

FONTER, L.F.C., CONCEIÇÃO, O.C., JACINTO, P.A. **Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program.** Health economics, 2018, 27.8: 1284-1299.

FREESE, E., FONTBONNE, A. **Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade.** Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Universitária da UFPE; 2006. 0.17-46.

GADELHA, C.A.G., et al. **PNAUM: uma abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação.** Rev. Saude Publica. 2016; 50 Supl 2:3s.

GARCIA, M.M., GUERRA JÚNIOR, A.A., ACÚRCIO, F.A. **Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácias de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(1):221-233, 2017

GUERRA, Jr A.A., et al. **Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais.** Brasil. Rev. Panam Salud Pública 2004; 15(3): 168-175.

HULLEY, STEPHEN B; et al. **Delineando a pesquisa clínica.** Tradução de Michael Schmidt Duncane André Garcia Islabão. 4. ed. Porto Alegre : ArtMed, 2015.

LEITE, S.N. et. al. **Gestão da assistência farmacêutica.** Florianópolis: UFSC, 2016.160p.

LEITE S.N. et al. **Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: analysis of PNAUM: services data.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v.51, set. 2017. Supl. 2.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201,dez. 2003.

LIMA, C.R.A., et al.,**Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde.** Cad Saúde Pública. 2009; 25(10): 2095-109

MARIN, N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Organizadores. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

MARTINS, H.F., MARINI, C. **Um guia de governança para resultados na administração pública.** Brasília, DF: Publix; 2010.

MENDES, L.V. et al. **Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.38, n. Especial, p. 109-123, out 2014.

MENDES, S.J., et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica: avaliação de um município Catarinense.** Revista Eletrônica Gestão e Saúde. Vol 06, Nº 01, Ano 2015.p. 4-29.

MELLO JORGE, M.H.P., LAURENTI, R., GOTLIED, S.L.D. **Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil.** Cad Saude Coletiva. 2010; 18(1): 7-18

NAVES, J.O.S., SILVER, L.D. **Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasilia, Brazil.** Rev Saude Pública 2005; 39(2): 223-230.

NOVAES, H.M.D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Revista Sapude Pública, São Paulo, v. 34, n.5, p.547-59, 2000.

OLIVEIRA, L.C.F. et al. **Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde.** Ciência e Saude Coletiva, 15 (Supl. 3): 3561-3567, 2010.

OLVEIRA, L.C.F., ASSIS, M.M.A., BARBONI, A.R. **Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica em um município da Bahia, Brasil.** Rev B.S. Publica Miolo. V34, n4, p.853-864, out/dez. 2010.

OPAS.Ministério da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.** Brasília: OPAS; 2005.

RODRIGUES, P.S. et al. **Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 192-208, mar. 2017.

SILVA, A.S., et al. **Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática.** Rev. Panam Salud Publica 41, 2017

SILVA JUNIOR, E.B., NUNES, L.M.N. **Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE).** Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.37, n.2, p.65-69, Maio/Agosto 2012.

SOUZA, L.S., PORTO, J.G., LYRA, D.P. **Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado de Sergipe.** Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2011; 32(3): 403-410.

The World Health Organization 1999: **indicators for monitoring national drugs policies: a practical manual.** Geneva: Wold Health Organization (WHO); 1999.

VASCONCELOS, A. **O princípio da eficiência na gestão pública.** Governo e Política, 16 fev. 2009.

VIEIRA, F.S., ZUCCHI, P. **Distorções causadas pelas ações judiciais á política de medicamentos no Brasil.** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Oswaldo Cruz; 2007.

VIEIRA, F.S. **Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusivos da agenda do Sistema Único de Saúde.** Rev Panam Salud Publiva. 2008; 24(2): 91-100.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. **Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde**. Saúde soc., São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73-84, jan./mar. 2013

VIEIRA, F.S. **Evolução do gasto com medicamentos do sistema de saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para Discussão. IPEA, 2018.

WEIGELT, L.D., MANCIO, J.G., PETRY, E.L. **Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª coordenadoria regional de saúde – RS**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n36. P.191-205, jan./jun. 2012.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. WHO. Geneva, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The pursuit of responsible use of medicines: sharing and learning from country experiences**. Geneva: WHO; 2015.

**Sites visitados:**

<https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>

<http://saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/legislacao>

<https://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/articulacao-de-instrumentos-da-gestao-interfederativa/relatorio-de-gestao>

[https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/acesso\\_info.aspx](https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/acesso_info.aspx)