

Implantação da Política de Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia

Pharmaceutical services policy implementation in Bahia State, Brazil

Lindemberg Assunção Costa

Farmacêutico. Doutorando em Saúde Coletiva. Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Chefe do Setor Terapêutico do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos (EBSESH). Salvador, BA.
lindemberg.rn@gmail.com

Giselia Santana Souza.

Farmacêutica. Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade de Farmácia da UFBA. Salvador, BA.

Resumo: *Objetivos:* Descrever o processo de implantação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia (PEAF). *Metodologia:* Estudo descritivo baseado em análise sócio-histórica e documental do planejamento estratégico da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) no período de 2008-2009. *Resultados:* Os principais resultados da implantação dessa política foram a criação de novas estruturas político-administrativas, programas efetivos, a qualificação e ampliação do acesso a medicamentos nos três níveis de atenção à saúde, no Estado. *Discussão:* o processo de implantação da PEAF teve como base nos marcos legais, científicos e técnicos da área de saúde e, em particular, da de assistência farmacêutica que foi construído de forma participativa dentro do Plano Estadual de Saúde (PES 2008-2011). *Conclusões:* Esse processo culminou numa mudança na forma de gestão, planejamento e organização da assistência farmacêutica na estrutura da SESAB, em particular, com a criação da Superintendência de Assistência Farmacêutica e várias estruturas de qualificação dessa área. Sua formalização por meio do Decreto nº 11.935, de 2010, possibilitou a estabilidade política, administrativa e técnica às ações que asseguram a ampliação e a qualificação do acesso aos medicamentos no Estado da Bahia.

Palavras-chaves: Política de saúde; medicamento; assistência farmacêutica; planejamento estratégico.

Abstract: *Objectives:* To describe the implementation process of the Pharmaceutical Service State Policy in the State of Bahia. *Methodology:* Descriptive study based on socio-historical and documental analysis of strategic planning of Bahia State Health Secretariat (SESAB) for 2008-2009. *Results:* The main results of the implementation of this policy was the publication of the decree 11,935/2010, which establishes the policy; creates administrative structures; and qualified and extended drug access in the three levels of health care. *Discussion:* PEAF implementation process was based on legal, scientific and technical criteria and was built in a collaborative manner assistance within the State Health Plan (PES 2008-2011). *Conclusions:* This process culminated in a change in management, planning and organization of the Pharmaceutical Care in SESAB structure, in particular the creation of the Superintendent of Pharmaceutical Services and various qualification structures in this area. The result of the implementation of this policy produced political stability, expansion and qualification of access to drugs in the State of Bahia.

Keywords: Health Policy; medicine; pharmaceutical services; strategic planning.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, possibilitou que a maioria da população brasileira tivesse acesso às ações e serviços de saúde, promovendo assim uma grande mudança no setor saúde. A assistência farmacêutica tem sido uma das áreas que mais expressa as transformações ocorridas, tanto pela ampliação do acesso, a incorporação de novos medicamentos e o seu impacto no financiamento, quanto pelo processo de sua institucionalização nos espaços operativos do SUS, no nível federal, estadual e municipal.

Considerando a potencial transversalidade desse campo do conhecimento, tivemos vários desafios para garantir que a assistência farmacêutica pública se fizesse segundo os princípios do SUS – com universalidade de acesso, equidade, participação social, integralidade e descentralização – e fossem alcançados seus objetivos fundamentais: a qualificação e a garantia do acesso a medicamentos de qualidade, o preço justo e a promoção do seu uso racional¹.

Os medicamentos têm apresentado papel relevante na redução das taxas de mortalidade e de morbidade da população em diversos países, principalmente naqueles em que o acesso a esses insumos é uma realidade. Ademais, o acesso aos medicamentos é um componente essencial de inclusão social e de busca da equidade e fortalecimento do sistema de saúde².

No Brasil, em particular na Bahia, grandes são as diferenças entre os níveis de consumo de medicamentos por parte da população dos diversos estratos de renda: enquanto as camadas de maior poder aquisitivo apresentam padrões de consumo similares aos dos países desenvolvidos, as mais pobres possuem dificuldade de acesso mesmo aos medicamentos básicos³.

Vale enfatizar que foi incorporada pela Constituição brasileira a concepção de saúde como um direito universal de todos os cidadãos. Este princípio tem sido interpretado pelas diferentes esferas governamentais (federal, estadual e municipal) como a necessidade de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde e aos insumos terapêuticos, particularmente aos medicamentos de eficácia e segurança comprovadas, baseadas nas melhores evidências científicas e nas necessidades sanitárias prioritárias da população. Para isso, faz-se necessária a formulação de políticas públicas que assegurem esses direitos constitucionais.⁴

Entre as políticas desenvolvidas pelo governo brasileiro na área da saúde, cabe destacar a publica-

ção, em 1998, da Política Nacional de Medicamentos; em 1999, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a regulamentação do mercado de medicamentos genéricos e a definição do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica^a; a normatização, em 2000, do registro de fitoterápicos; em 2003, a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos; e, há dez anos, a publicação da Portaria nº 338, de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, trazendo uma ênfase importante sobre o acesso e uso racional de medicamentos, na perspectiva do controle social⁵.

É consenso atualmente que o acesso aos medicamentos não pode estar desvinculado da existência de uma rede de serviços de saúde, em particular de uma estrutura de assistência farmacêutica pública e privada, sendo necessário assegurar não só a disponibilização de medicamentos na unidade de saúde, mas também a existência de ações que promovam o uso racional e qualifique a expansão do acesso⁵.

Diante desse cenário, depreende-se a necessidade de formular estratégias para efetivação e implementação das Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica. Pela dimensão continental do Brasil, é importante, ainda, guardar as diferenças regionais e adequar as políticas ao contexto local.

Baseado no contexto acima, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) iniciou, em 2007, uma série de mudanças na condução da política de saúde que culminaram na publicação do Decreto nº 11.935, de 2010,^b que institui a Política de Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia⁶.

O artigo tem como objetivo descrever e analisar o processo de implantação desta política e discutir as limitações e oportunidades para aperfeiçoá-la.

O processo de construção do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 / SUS-Bahia

Em 2007, com a mudança do Governo Estadual, inicia-se uma nova etapa no processo de construção do SUS no Estado da Bahia, com foco no fortaleci-

^a Portaria nº 176, de 1999, que define o incentivo financeiro, dentro do PAB variável, para a Assistência Farmacêutica para aquisição de medicamentos da atenção básica.

^b O Decreto nº 11.935, de 2010, só publicado depois de três anos de governo, é fruto da experimentação do modelo da política de assistência farmacêutica.

mento da gestão das políticas de saúde, tanto no âmbito estadual quanto municipal.

Nesse cenário, deu-se início a uma nova forma de planejamento, inovadora do ponto de vista metodológico e organizacional, contemplando a incorporação e experimentação de técnicas e instrumentos de diversas correntes do pensamento da área da saúde. Essa nova etapa da gestão permite a institucionalização do planejamento, marcada pelo esforço de articulação entre os vários momentos e instrumentos do planejamento governamental e em saúde, em particular, uma experiência que foi sistematizada por meio da cooperação técnica entre parceiros institucionais importantes^c.

Por se tratar de uma organização ‘hipercomplexa’^d, a SESAB desenvolveu um processo de planejamento que buscou aproximar a teoria e a prática num movimento dialógico de construção, em que se utiliza o enfoque estratégico-situacional^{8,9}, articulado à perspectiva do Agir Comunicativo em Saúde¹⁰, e considerando a participação social^e como princípio fundamental na construção de políticas públicas – característica importante de processos democráticos de governança.

Neste sentido, o PES 2008-2011 foi construído a partir de um conjunto de processos articulados e independentes, que foram sistematizados em sete movimentos^f: 1º) construção da proposta de ‘planejamento integrado’; 2º) definição das ‘linhas de ação’ da gestão e construção dos instrumentos de gestão; 3º) análise da situação de saúde; 4º) consolidação das demandas e recomendações das conferências de saúde; 5º) realização das oficinas integradas para priorização de problemas de saúde e do sistema de saúde; 6º) avaliação de desempenho da SESAB e fortalecimento das funções essenciais de saúde pública; 7º) construção dos ‘compromissos do plano’ – módulos operacionais.

Nesse contexto, em janeiro de 2007 foi feita uma reestruturação da área de planejamento, vinculando a Assessoria de Planejamento ao Gabinete do Secretário da Saúde.

Nessa proposta de planejamento, os diversos instrumentos de gestão (plano plurianual, plano estadual de saúde e agenda estratégica) se articulam por meio das conexões conceituais, tendo como elementos centrais os Problemas, Demandas e Oportunidades que, quando desdobrados, são enfrentados pelas diversas linhas de ação. (Figura 1)

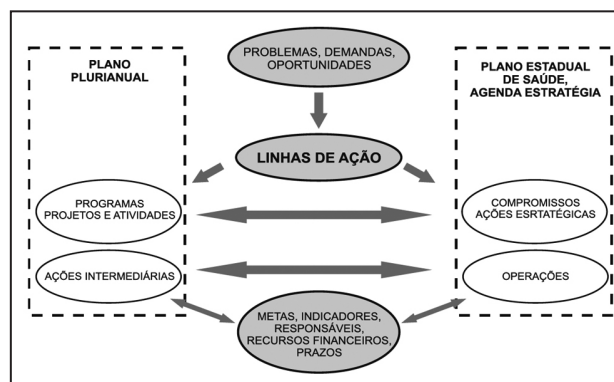


Figura 1. Conexões conceituais dos instrumentos de gestão do SUS-Bahia.

Fonte: SEPLAN, 2007

Assistência farmacêutica no diagnóstico situacional do SUS-Bahia

A equipe de transição de governo¹¹ na área da saúde apresentou um documento técnico pautado nas análises preliminares dos documentos disponibilizados pela SESAB e como resultado das discussões realizadas com os diversos setores, no primeiro momento da transição.

O documento técnico foi intitulado “Relatório de Transição”⁸ onde, na área de assistência farmacêutica, foram identificados os seguintes problemas:

- o Estado da Bahia não cumpria com a contrapartida financeira (aos aportes federais) para a Assistência Farmacêutica Básica e, o que é mais grave, não realizava esforços para que os municípios ina-

^c A cooperação incluía a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

^d Definição feita por Testa (1995) e utilizada em estudos sobre o processo de gestão da Política de Saúde na SESAB.

^e Participação social entendida como um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais e coletivos, diretamente ou por meios de seus representantes, direcionam seu objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação e definição orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão.

^f O termo ‘movimento’ para caracterizar o processo de elaboração do PES 2008-2011 é entendido como uma série de atividades organizadas por pessoas que trabalham em conjunto para alcançar determinado fim.

^g Trata-se de um documento síntese das ações já desenvolvidas pelo grupo para fins de apresentação às autoridades competentes do novo governo, com o objetivo de subsidiá-las na tomada de decisões.

dimplentes resolvessem suas pendências, fato que gerou um ciclo vicioso com único objetivo de não desembolsar essa contrapartida e, conseqüentemente, precarizou a Assistência Farmacêutica;

- ausência da área de Assistência Farmacêutica no organograma de grande parte das secretarias municipais de saúde;

- fragmentação das atividades do Ciclo de Assistência Farmacêutica, além de sérias dificuldades na operacionalização de várias delas;

- dificuldades técnicas, administrativas e operacionais no gerenciamento dos recursos financeiros;

- dificuldades de interlocução entre as esferas gestoras, fragilidades nas pactuações e entraves políticos e burocráticos;

- descompasso entre as áreas técnicas e as decisões políticas;

- recursos humanos insuficientes e pouco preparados para o desempenho das atividades;

- sobreposição de serviços e atividades;

- sistema de informação deficiente e, por vezes, inexistente;

- falta de planejamento, acompanhamento e avaliação, de modo geral;

- espaço físico inadequado para armazenamento e distribuição dos fármacos;

- rede de frio inadequada por falta de capacidade física e recursos humanos insuficientes, necessitando um diagnóstico mais apurado, contemplando um plano emergencial.

Os problemas acima citados foram divididos em cinco categorias para melhor estruturar um plano de ação para resolução dos mesmos:

a) infraestrutura inadequada;

b) financiamento inadequado;

c) recursos humanos desmotivados e em número insuficiente;

d) organização da assistência farmacêutica inadequada;

e) modelo de gestão ineficiente.

a) Infraestrutura inadequada

A Diretoria das ações de assistência farmacêutica, a nível central, contava com uma infraestrutura em péssima condição, especialmente, no prédio da SESAB. A área era composta por duas salas para realizar as funções básicas e abrigar os recursos humanos, inadequadas para essas funções. A Central Farmacêutica da Bahia (CEFARBA) também tinha

condições técnicas completamente inadequadas para o armazenamento e a distribuição dos medicamentos aos municípios.

A assistência farmacêutica nos centros de referência, hospitais e diretorias regionais (DIRES) também se fazia em situação precária, tanto de infraestrutura quanto de recursos humanos.

b) Financiamento inadequado

Apesar da obrigatoriedade do co-financiamento dos programas de assistência farmacêutica (Assistência Farmacêutica Básica, Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, Medicamentos para Saúde Mental, Medicamentos Estratégicos, e Monitoramento e Avaliação da Assistência Farmacêutica), tanto a alocação orçamentária quanto a sua execução eram deficitárias e insuficientes.

O Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional tinha o maior déficit orçamentário, com uma necessidade cinco vezes maior que a previsão orçamentária para o ano fiscal de 2007, realizada no ano de 2006. Na Assistência Farmacêutica Básica, além da baixa execução orçamentária na fonte federal (fonte 49), constatou-se a quase completa inexistência da execução orçamentária na fonte do tesouro estadual (fonte 30). Nessa meta, a execução no ano de 2006 foi de apenas 4,4 mil reais. Na meta de Medicamentos para Saúde Mental, encontrou-se a mesma situação na fonte do tesouro estadual e também um baixíssimo financiamento na fonte do tesouro federal. As ações de monitoramento e avaliação eram pontuais, resultado também de um baixo financiamento pela SESAB.

c) Recursos humanos desmotivados e em número insuficiente

Essa área mostrava uma situação crítica, tanto a nível central – para execução dos processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização de medicamentos – quanto nos centros de referência, hospitais e DIRES.

No final do ano de 2003, a SESAB tinha realizado concurso público para a contratação de farmacêuticos. No entanto, apenas 30% do total de 109 profissionais aprovados haviam sido chamados, até o final do ano de 2006. Na ponta do sistema, especialmente na área hospitalar, nos centros de referência e nas diretorias regionais, a situação também era crítica, com número insuficiente de profissionais farmacêuticos.

ticos para prover as ações da assistência farmacêutica, especialmente, as de dispensação, muitas vezes executadas por funcionários de nível médio.

Além do baixo número, os profissionais existentes não tinham condições de trabalho adequadas, seja pela falta de infraestrutura, seja por falta de perspectiva para qualificação profissional na área. Além disso, havia importantes distorções salariais entre os profissionais do interior e da capital.

d) Organização inadequada da assistência farmacêutica

No final de 2005, a Coordenação da Assistência Farmacêutica Estadual passara a constituir uma diretoria vinculada à Superintendência de Vigilância Sanitária e Proteção à Saúde (SUVISA), composta por três coordenações (Coordenação de Apoio Logístico às Ações de Assistência Farmacêutica (CALAF); Coordenação de Suporte às Ações de Assistência Farmacêutica (COSASF); e Coordenação de Avaliação e Monitoramento (CAM)), uma secretaria administrativa e a Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica (CEFT).

Essa organização não permitia executar as ações de assistência farmacêutica previstas no Plano Estadual de Saúde e na Programação Plurianual (PPA) de forma eficiente e qualificada. Era insuficiente para atender as diversas demandas intersetoriais, existentes e inexistentes, na área de Uso Racional de Medicamentos (URM) e na ampliação e qualificação do acesso a medicamentos essenciais e de dispensação excepcional e especial.

Pela importância estratégica da área, pela natureza transversal de suas ações e a necessidade de interrelação com os mais diversos setores da SESAB e das secretarias municipais de saúde, bem como, pela magnitude dos recursos financeiros envolvidos e a necessidade de possuir infraestrutura gerencial capaz de atender em todas as suas dimensões, era fundamental ser revista a forma como estava organizada e estruturada, inclusive a sua própria vinculação à SUVISA.

e) Modelo de gestão inadequado

A forma de organização inadequada, aliada a um modelo de gestão centralizado, sem articulação intersetorial eficiente, focado em dar soluções a problemas emergenciais e sem um sistema de avaliação baseado em metas, representou um grande desafio

para a SESAB na superação desse modelo para outro que permitisse dar conta de todas as linhas de ações estabelecidas na agenda de saúde que envolvessem a utilização de medicamentos e nutricêuticos.

A gravidade e as diversidades dos problemas identificados no início de 2007 fizeram necessário desenhar um modelo de gestão que desse sustentação à nova Política Estadual de Assistência Farmacêutica, sob as diretrizes de ampliação e qualificação do acesso a medicamentos essenciais e de qualidade, e de uso racional.

Entre as prioridades do novo modelo estavam: melhorar o controle e monitoramento das ações de assistência farmacêutica; uma maior articulação entre as áreas técnicas e administrativas da SESAB; e a interlocução permanente com as unidades de saúde da rede de serviços do estado e dos municípios.

Diante desse cenário, a área de planejamento da SESAB assumiu a responsabilidade de desenvolver ‘eixos estratégicos’^h para o enfrentamento dos problemas identificados nas várias dimensões – político-gerencial e técnico-operacional – do sistema.

No processo de planejamento institucional, incluiu o diagnóstico que subsidiou a criação das ‘linhas de ação’ⁱ da Secretaria para alcançar os objetivos estabelecidos pelo Colegiado Gestor^j, no período janeiro a dezembro de 2007. A área de assistência farmacêutica entrou no eixo estratégico: “acesso às ações e serviços de atenção e vigilância da saúde com equidade e integralidade”, na linha de ação “atenção à saúde com equidade e integralidade”.

Princípios, diretrizes e objetivos

O processo de elaboração do PES 2008-2011 adotou a “Análise de Situação de Saúde”¹² como componente prioritário à elaboração de planos de saúde nos diversos níveis de gestão do SUS².

^h Os ‘eixos estratégicos’ de governo para a área de saúde definidos no Planejamento Estratégico foram: fortalecimento do controle social na saúde; valorização do servidor público; fortalecimento da capacidade de gestão e da dimensão pública do SUS; descentralização e regionalização solidária das ações e serviços de saúde; e acesso às ações e serviços de atenção e vigilância da saúde com equidade e integralidade.

ⁱ As linhas de ação definidas são: gestão democrática, solidária e efetiva do SUS; gestão do trabalho e da educação permanente em saúde; vigilância de riscos e agravos à saúde individual e coletiva; atenção à saúde com equidade e integralidade; expansão, intervenção e inovação tecnológica em saúde.

^j Comitê Gerencial vinculado ao Gabinete do Secretário da Saúde. (Lei Estadual nº 11.055, de 26 de junho de 2008).

Baseado no relatório de transição, na análise da situação de saúde do Estado da Bahia, nos aportes da 7ª Conferência de Saúde, na revisão da literatura e no marco legal sobre a área de Assistência Farmacêutica, foi desenhado o capítulo da Assistência Farmacêutica no Plano Estadual de Saúde, a sua inserção na agenda estratégica.

A equipe técnica utilizou-se das principais definições sobre política de medicamentos descritas na literatura e do marco legal brasileiro e internacional para formulação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica (PEAF)^{13,14}. Nela, a definição de acesso aos medicamentos expressa a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

No Brasil, existem milhões de pessoas que não têm acesso aos medicamentos. Do ponto de vista do indivíduo, esse quadro repercute em agravamento de enfermidades, perda de qualidade de vida, incapacidade para o trabalho e sofrimento individual e familiar. Para o sistema de saúde, diminui a efetividade do atendimento prestado, reduz a capacidade de atendimento, exige a organização de serviços mais complexos e leva a um considerável aumento dos gastos⁴.

Os medicamentos têm apresentado papel relevante na redução das taxas de mortalidade e de morbidade da população em diversos países, principalmente naqueles em que o acesso a esses insumos é uma realidade. Ademais, o acesso aos medicamentos é um componente essencial de inclusão social, de busca da equidade e de fortalecimento do sistema de saúde.²

O conceito de essencialidade é fundamental para a ampliação do acesso qualificado a medicamentos. Entende-se que ‘medicamentos essenciais’ são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de uma população.² Nesse caso, a oferta de medicamentos é baseada, de fato, na necessidade real. Ter acesso a medicamentos essenciais e de qualidade significa, sobretudo, que os mesmos possam ser obtidos pela população, dentro de uma distância razoável (geograficamente acessível), que sejam prontamente disponíveis (disponibilidade contínua e adequada às necessidades) nos serviços de saúde e que sejam economicamente viáveis para o gestor do sistema de saúde (capacidade de pagamento).²

Paralelamente ao acesso, encontram-se a forma de utilização desses medicamentos e os riscos associados a essa utilização. Nesse sentido, não é suficiente dar acesso sem que haja uso racional. Dessa forma, entende-se por uso racional um processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade”.¹³

Pelo exposto, depreende-se a necessidade de se desenhar uma política cujas principais diretrizes são ‘acesso’ e ‘uso racional’.

Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica é compreendida como o conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional – conjunto este que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, e acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. As ações de assistência farmacêutica incluem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática profissional¹⁴

Portanto, a articulação entre os diversos conceitos acima apresentados com os princípios do SUS e os marcos legais sanitários permitiram criar as bases para implantação da Política Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia (PEAF), para cuja implantação foi necessário o desenvolvimento de ações estratégicas que permitissem alcançar os objetivos e as metas propostos.

Portanto, foram elencados os seguintes objetivos da PEAF:

Promover o acesso qualificado a medicamentos de eficácia e segurança comprovadas, baseadas nas melhores evidências científicas e nas necessidades sanitárias prioritárias da população;

Promover o uso racional dos medicamentos de forma intersetorial, articulada, sistematizada e contínua;

Promover a organização e estruturação da assistência farmacêutica em todos os níveis de atenção à

saúde no Estado da Bahia, de forma articulada nos três níveis de atenção à saúde;

Fortalecer o Sistema Único de Saúde através de ações de assistência farmacêutica eficientes, eficazes e seguras, permitindo melhorar a resolubilidade desse sistema;

Estabelecer estratégias para garantir um financiamento sustentável tripartite para o acesso e o uso racional de medicamentos;

Fomentar a pesquisa e o ensino, no âmbito da assistência farmacêutica, de forma articulada com as universidades e unidades de saúde.

Esses objetivos estão incorporados no compromisso de “ampliar e qualificar a assistência farmacêutica, promovendo o uso racional de medicamentos”, da linha de ação “Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade”.

Para melhor alcançar os objetivos da política, foi necessário organizá-la a partir de três **diretrizes básicas**:

- a) Gestão Democrática e Participativa;
- b) Uso Racional de Medicamentos;
- c) Ampliação e Qualificação do Acesso.

A) Gestão democrática e participativa

A diretriz de Gestão Democrática e Participativa teve, como estratégia, desenvolver um modelo de gestão baseado em resultados, fomentando a participação dos colaboradores e dos usuários nos espaços desenvolvidos pela área de planejamento da SESAB para esse fim.

Entre abril e julho de 2007, a SESAB promoveu uma série de encontros com representantes da sociedade civil, organizada em 26 regiões do Estado, denominadas ‘Territórios de Identidade’, com a finalidade de levantar as demandas que subsidiariam a elaboração do PPA e, posteriormente, subsidiaram a análise situacional¹². Elaborou-se um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR), numa parceria com os gestores municipais, por meio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Com o novo PDR aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o Estado passou a contar com nove macrorregiões de saúde^k, territórios onde se promoveu a organização das microrregiões de saúde, espaços de implementação de redes assistenciais em áreas estratégicas.

Ainda em 2007, realizou-se a 7ª Conferência Estadual de Saúde, cujo tema central – “Saúde e Quali-

dade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento” – foi previamente discutido nas 393 conferências municipais de saúde, cujos relatórios possibilitaram a formação de um banco de dados com as mais de 5.000 propostas da sociedade, que, por sua vez, foram consideradas na realização dos movimentos seguintes.

Baseada nesses aportes, a nova gestão propõe a reformulação do organograma da Secretária de Saúde, criando uma nova Superintendência intitulada ‘Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde’, por se tratar de uma área estratégica e transversal que permeia todo o sistema de saúde na busca de eficácia, eficiência e efetividade do SUS.

Nesta diretriz foram estabelecidas as seguintes ações estratégicas:

- Implantar o Planejamento Estratégico na Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF) e Superintendência (SAFTEC), baseado na agenda de saúde e do plano plurianual;
- Fomentar o desenvolvimento e organização da assistência farmacêutica nos três níveis de atenção à saúde no SUS;
- Informatizar a gestão da assistência farmacêutica, de forma a facilitar a tomada de decisão da DASF;
- Padronizar as principais funções e ações da assistência farmacêutica, permitindo a elaboração dos procedimentos operacionais padrões;
- Desenvolver e formar recursos humanos, em articulação permanente com os órgãos de fomento e universidades públicas e privadas;
- Desenvolver indicadores de gestão de fácil coleta e análise, permitindo análise sistemática da situação da gestão estadual da assistência farmacêutica;
- Elaborar Relatório Mensal de Gestão, que permita subsidiar as decisões dos gestores e o processo de avaliação dos órgãos de controle (Tribunal de Contas do Estado e da União, Controladorias, ouvidorias);
- Monitorar e avaliar a gestão por meio dos instrumentos de avaliação e dos sistemas de informação disponíveis.

^k ‘Macrorregiões de saúde’ do Estado da Bahia, segundo o PDR-2007: Leste (Salvador); Nordeste (Alagoinhas); Centro-Leste (Feira de Santana); Centro-Norte (Jacobina); Norte (Juazeiro); Oeste (Barreiras); Sudoeste (Vitória da Conquista); Sul (Itabuna/Ilhéus); Extremo Sul (Teixeira de Freitas).

B) Acesso a medicamentos essenciais e excepcionais

Esta diretriz envolveu as ações de ‘Expansão e Qualificação do Acesso a Medicamentos Essenciais’ e ‘de Dispensação em Caráter Excepcional’^{5, 13} nos três níveis de atenção à saúde, com forte ênfase na colaboração interinstitucional e intersetorial com foco no permanente financiamento do sistema.

- Ações de expansão do acesso;
- Implantação da Rede Baiana de Farmácias Populares;
- Criação da nova Bahiafarma;
- Implantação do Programa Medicamento em Casa;
- Expansão do programa de Medicamentos de Saúde Mental;
 - Acesso a medicamentos especiais e nutracêuticos;
 - Ações de qualificação do acesso;
 - Apoio à reestruturação dos Serviços Farmacêuticos, com foco na área hospitalar, DIRES e centros de referência;
 - Melhoria dos processos de logística: programação, aquisição, armazenamento / distribuição / transporte, de forma a permitir eficiência do sistema;
 - Estruturação das diretorias regionais de saúde, para orientação, divulgação e atendimento aos municípios quanto à Política Estadual de Assistência Farmacêutica;
 - Execução das ações de educação permanente e capacitação das equipes, assegurando o acesso seguro e racional aos medicamentos;
 - Informatização da assistência farmacêutica, permitindo gerar informação de qualidade e em tempo hábil para os gestores, profissionais e usuários do SUS.

C) Uso racional de medicamentos

Entendendo que o processo de uso racional de medicamentos é multidisciplinar e multiprofissional envolvendo, sobretudo, ações de educação permanente e de promoção do uso racional de medicamentos, fez-se necessário criar estratégias que permitissem a utilização segura e eficaz dos medicamentos.

As principais ações nesta diretriz são:

- Ações de educação permanente;

- Atividades de educação permanente a profissionais prescritores, dispensadores e usuários do Sistema Único de Saúde, a fim de promover o uso racional de medicamentos

- Curso para Multiplicadores do Uso Racional de Medicamentos;
- Apoio à formação dos Grupos de Adesão ao Tratamento;
- Educação Permanente na área de uso racional de medicamentos para os Farmacêuticos da SESAB e das secretarias municipais de saúde;
- Oficinas de Capacitação dos Farmacêuticos Municipais;
- Capacitação dos municípios sobre o processo de atualização das Relações Municipais de Medicamentos Essenciais;
- Capacitação dos farmacêuticos dos municípios para elaboração do plano municipal de assistência farmacêutica;
- Capacitação dos profissionais dos centros de referência, DIRES e hospitais para a criação e desenvolvimento das Comissões de Farmácia e Terapêutica, para o processo de atualização da lista estadual de medicamentos essenciais nos três níveis de atenção;
- Curso de Especialização em Assistência Farmacêutica;
- Curso de Especialização em Farmácia Hospitalar;
- Residência Multiprofissional na área de Saúde.
- Ações de promoção do URM;
- Caminhada para o Lançamento da Campanha para o Uso Racional de Medicamentos, a cada ano, em comemoração ao Dia Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos;
- Atualização da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) a cada 2 anos;
- Elaboração de Protocolos Estaduais para Uso de Medicamentos Especiais e de Dispensação em Caráter Excepcional;
- Implantação e desenvolvimento do Centro Estadual de Informação de Medicamentos¹ (CIMBAHIA);

¹ O centro de informação de medicamentos é definido como um órgão assessor da diretoria que tem como objetivo avaliar de forma independente as informações sobre medicamentos baseadas nas melhores evidências clínicas disponíveis e foi a principal estratégia para elaboração da relação estadual de medicamentos (RESME), e para o enfrentamento da judicialização da saúde na Bahia.

- Implantação e desenvolvimento da Rede de Baiana de Farmacovigilância, de forma intersetorial e interinstitucional;

- Implantação da Prática da Atenção Farmacêutica na Rede Baiana de Farmácias Populares do Brasil e nas unidades de dispensação do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

- Implantação de ações de fitoterapia em parceria com os municípios baianos.

Conclusão

O processo de implantação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica foi desenvolvido de forma participativa, baseado no planejamento estratégico que articulou o Plano Estadual de Saúde 2008-2011, o plano plurianual e a agenda estratégica da SESAB.

Esse processo culminou com uma mudança na forma de gestão, planejamento e organização da assistência farmacêutica na estrutura da SESAB, em particular, com a criação da Superintendência de Assistência Farmacêutica e de várias estruturas de qualificação dessa área.

O resultado da implantação dessa política foi a publicação do Decreto nº 11.935, de 2010, dando maior estabilidade política, administrativa e técnica às ações que levaram à ampliação e qualificação do acesso ao medicamento no Estado da Bahia.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. *Implementing the third WHO medicine strategy: 2008-2013*. Geneva: WHO; 2009. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70301/1/WHO_EMP_2009.1_eng.pdf .
2. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. *Assistência Farmacêutica e acesso a medicamento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
3. Fonseca JQ. *Acesso a medicamentos excepcionais na Bahia: o caso do interferon peguilhado*. Salvador. Tese [Doutorado em Saúde] – Instituto de Saúde Coletiva; 2011.
4. Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência Farmacêutica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o componente especializado da assistência farmacêutica*. Brasília: Departamento de Assistência Farmacêutica; 2010. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/excepcionalidade_linhas_cuidado_ceaf.pdf .
6. Bahia. *Decreto n.º 11.035, de 19 de janeiro de 2010*. Dispõe a política estadual de assistência farmacêutica e dá outras providências. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: <http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/821201/decreto-11935-10> .
7. Matus, C. *Política, planificação e governo*. (2. ed.) (2 Tomos). Brasília: IPEA; 1993. p. 297-554.
8. Rivera, FJU. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. (2. ed.) São Paulo: Cortez; 1992. p. 7-89.
9. Teixeira, CF. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 2001.
10. Rivera, JU. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. 309 p.
11. Bahia. Secretaria da Saúde. *Planejamento Estratégico Setorial da Saúde*. Salvador: SESAB; 2007. (mimeo)
12. Castellanos, PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata, R. (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 31-75.
13. Brasil. *Resolução CNS nº 338, de 2004*. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html .
14. Brasil. *Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998*. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html .
15. Coelho TCB. *O processo de gestão em uma organização hipercomplexa do Sistema Único de Saúde*. Salvador. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), 2002.

ARTIGOS

16. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *CSC* 2009; 14(3):795-806.
17. Jesus WLA. *Planejamento em saúde no SUS: o caso da Secretaria de Saúde no Estado da Bahia 2007-2009*. Salvador. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), 2012.
18. Organização Pan-Americana de Saúde. *Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017*. Panamá: OPAS; 2007. [acesso em 12 jun. 2016]. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yp2zbMmoyVgJ:www.paho.org/hq/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D16305%26Itemid%3D+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br.
19. Bahia. Secretaria da Saúde. *Agenda Estratégica da Saúde 2008*. Salvador: SESAB; 2008. [acesso em 12 jun 2016]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/images/Arquivos/Profissional_Gestor/Agenda_Estrategica_Saude_2008.pdf.
20. Bahia. Secretaria da Saúde. *Relatório de Avaliação de Desempenho Institucional da SESAB 2007*. Salvador: SESAB; 2008. [acesso em 12 jun 2016]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/rag_2008_final.pdf.