

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO  
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Matheus Oliveira Castro

ANÁLISE DOS RESULTADOS DA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DO  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS  
REGIONAIS DE SAÚDE E MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte

2022

Matheus Oliveira Castro

ANÁLISE DOS RESULTADOS DA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DO  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS  
REGIONAIS DE SAÚDE E MUNICÍPIOS EXECUTANTES DO ESTADO DE MINAS  
GERAIS

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental.

Orientador: Prof. Reinaldo Carvalho de Moraes

Belo Horizonte  
2022

N417a Castro, Matheus Oliveira.  
Análise dos resultados da política de descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica nas regionais de saúde e municípios executantes do estado de Minas Gerais [manuscrito] / Matheus Oliveira Castro. – 2022. [12], 94 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2022.

Orientador: Reinaldo Carvalho de Moraes

Bibliografia: f. 80-83

1. Serviço de saúde – Minas Gerais. 2. Assistência farmacêutica. 3. Políticas públicas – Descentralização. 4. Administração municipal – Minas Gerais. 5. Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF). I. Moraes, Reinaldo Carvalho de. II. Título.

CDU 614.2(815.11)

**Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho**

**Matheus Oliveira Castro**

**ANÁLISE DOS RESULTADOS DA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DO  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS  
REGIONAIS DE SAÚDE E MUNICÍPIOS EXECUTANTES DO ESTADO DE MINAS  
GERAIS**

**Monografia apresentada ao Curso de  
Graduação em Administração Pública da Escola  
de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho  
da Fundação João Pinheiro, como requisito  
parcial para obtenção do título de Especialista  
em Políticas Públicas e Gestão Governamental.**

**Aprovada pela Banca Examinadora**

Reinaldo Carvalho de Moraes

**Prof. Reinaldo Carvalho de Moraes (Orientador) – Fundação João Pinheiro**

Danielle R. de M. Pereira

**Prof. Dra. Danielle Ramos de Miranda Pereira (Avaliador) – Fundação João Pinheiro**

Alexandre M. de Freitas

**Prof. Alexandre Mário de Freitas (Avaliador) – Fundação João Pinheiro**

**Belo Horizonte, 25 de Novembro de 2022.**

O correr da vida embrulha tudo.  
A vida é assim: esquenta e esfria,  
aperta e daí afrouxa,  
sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem  
(Guimarães Rosa)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu orientador Prof. Reinaldo. Sem o apoio esse trabalho não teria sido possível. Agradeço à equipe da DMESP, CQGI e SAF pela ajuda e esclarecimentos durante esse trabalho.

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar os resultados da Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica nas Regionais de Saúde do Governo de Minas Gerais e nos municípios do estado. Uma análise estatística descritiva foi utilizada para avaliar as diferenças das taxas de variações no número de dispensação de medicamentos do CEAF entre os anos de 2022 e 2019, comparando-se os municípios que executam e não executam a política por meio do pareamento via técnica de *Propensity Score Match*. Além disso, dois questionários semiestruturados foram disponibilizados para que os servidores das Regionais de Saúde e municípios avaliassem a percepção de melhorias em diversos objetivos que a política possuía. Por fim, uma comparação entre a política de descentralização mineira com outros estados do Brasil. Com realização do teste de comparação de medianas foi possível constatar que a diferença da taxa de variação entre os grupos de tratados e não tratados foi estatisticamente significativa a 10%. A percepção de resultados da PDCEAF pelos gestores das CAFs dividida com relação ao impacto da política, enquanto a percepção dos farmacêuticos municipais foi positiva para a melhoria na agilidade e acesso do CEAF pelos usuários após a execução da política pelo município.

Palavras-chave: Avaliação. Políticas Públicas. Assistência Farmacêutica. Descentralização.

## ABSTRACT

The present study aimed to analyze the results of the Decentralization Policy of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance in the Health Regionals of the Government of Minas Gerais and in the municipalities of the state. A descriptive statistical analysis was used to evaluate the differences in the rates of variation in the number of drug dispensations of the CEAF between the years 2022 and 2019, comparing the municipalities that execute and do not execute the policy through the pairing via the Propensity technique ScoreMatch. In addition, two semi-structured questionnaires were made available so that the servers of the Health Regionals and municipalities could assess the perception of improvements in various objectives that the policy had. Finally, a comparison between the Minas Gerais decentralization policy with other Brazilian states. By performing the median comparison test, it was possible to verify that the difference in the rate of variation between the treated and untreated groups was statistically significant at 10%. The perception of the results of the PDCEAF by the managers of the CAFs divides in relation to the impact of the policy, while the perception of the municipal pharmacists was positive for the improvement in the agility and access of the CEAF by the users after the execution of the policy by the municipality.

Keywords: Evaluation. Public policy. Pharmaceutical care. Decentralization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição das 28 regionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) que compõe o estado de Minas Gerais.....	27
Figura 2 – Etapas para conseguir acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).....	31
Figura 3 - Distribuição geográfica dos 594 municípios que solicitaram adesão à PDCEAF e que estão executando a PDCEAF no Estado de Minas Gerais até o final de agosto de 2022.....	33
Figura 4 – Mapa de Processos e Resultados da Política de Descentralização do Componente Especializado do Governo de Minas Gerais.....	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de pacientes atendidos por mês e por dia por Regional de Saúde do Governo de Minas Gerais.....	29
Tabela 2 - Dados do número de municípios por Regional de Saúde que fizeram solicitação e que já estão executando a política no final de agosto de 2022, bem como o percentual de adesão, população potencialmente beneficiada e efetivamente beneficiada por Regional de Saúde.....	31
Tabela 3 – Grupos de Fator de Alocação e valor referente pago a cada grupo.....	34

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos municípios tratados e não tratados por porte.....	44
Gráfico 2 - Distribuição dos municípios tratados e não tratados por Fator de Alocação.....	45
Gráfico 3 - Distribuição dos municípios tratados e não tratados por taxa de variação no número de dispensações (2022 contra 2019).....	46
Gráfico 4 - Distribuição do Número de Dispensações por mil (Diferença entre 2022 e 2019) por execução e por Fator de Alocação.....	49
Gráfico 5 - Distribuição dos municípios tratados e não tratados por taxa de variação no número de dispensações (2022 contra 2019) por Fator de Alocação.....	51
Gráfico 6 - Distribuição dos municípios tratados e não tratados por taxa de variação no número de dispensações (2022 contra 2019) por Porte municipal.....	53
Gráfico 7 – Respostas do questionário enviado às CAFs ordenados em objetivos com maior nível de concordância para os objetivos com menor nível de concordância.....	54
Gráfico 8 - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs segundo a afirmação de que “a PDCEAF resultou em um aumento do controle do Governo de Minas Gerais em relação ao transporte e dispensação dos medicamentos do CEAF.....	56
Gráfico 9 - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em uma redução da sobrecarga no volume de trabalho da CAF”.....	57
Gráfico 10 - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em uma redução de recursos humanos, estrutura e custos da Farmácia Regional”.....	59
Gráfico 11 - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação: “A PDCEAF resultou em uma em uma redução de atendimentos nas CAFs”.....	61
Gráfico 12 - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “a PDCEAF resultou em um maior controle e organização sobre os processos de solicitação de medicamentos gerados do CEAF”.....	62
Gráfico 12B - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “a PDCEAF resultou em uma redução do tempo de resposta de processos de solicitação de medicamentos”.....	62

Gráfico 13 - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “a PDCEAF, segundo a percepção dos gestores, resultou em uma maior governança com os municípios”.....	64
Gráfico 14 - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “a PDCEAF resultou em um fortalecimento do SIGAF como sistema de gestão da Assistência Farmacêutica.....	65
Gráfico 15 - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em um maior controle sobre o estoque de medicamento do CEAF”.....	66
Gráfico 16 - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em uma redução das perdas de medicamentos do CEAF por parte dos municípios.....	67
Gráfico 17 - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em um aumento da rastreabilidade sobre os medicamentos do CEAF pela CAF”.....	68
Gráfico 18 – Distribuição de respostas do questionário enviado aos farmacêuticos municipais por Regional de Saúde.....	69
Gráfico 19 - Distribuição das respostas do questionário enviado às CAFs ordenados em objetivos com maior nível de concordância para os objetivos com menor nível de concordância.....	70
Gráfico 20 - Distribuição das respostas para a afirmação “O quantitativo de profissionais capacitados é suficiente para atender todas as demandas que a PDCEAF exige do município”.....	73

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Financiamento dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica e a responsabilidade de cada ente federado.....	21
Quadro 2 – Denominação genérica, concentração/composição, forma farmacêutica, grupo de financiamento e documentos norteadores do Anexo III da RENAME.....	23
Quadro 3 – Classificação dos medicamentos do CEAF em grupos segundo a características, responsabilidades e formas de organização distintas.....	24
Quadro 4 - Responsabilidade pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do CEAF.....	25
Quadro 5 - Dados de distância dos municípios de uma determinada Regional de Saúde até o município sede daquela regional.....	28
Quadro 6 - Informações gerais sobre o Indicador 1 da PDCEAF.....	34
Quadro 7 - Informações gerais sobre o Indicador 2 da PDCEAF.....	35
Quadro 8 – Classificação dos tipos de avaliações de políticas públicas.....	37
Quadro 9 - Estados brasileiros que executam atualmente algum tipo de política de descentralização do CEAF para os municípios e as normas vigentes para essas políticas.....	74

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEST	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
MS	Ministério da Saúde
PDCEAF	Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
SES	Secretaria de Estado de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
LME	Laudo Médico Especializado
SIGAF	Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica
DMESP	Diretoria de Medicamentos Especializados
TAP	Termo de Abertura de Projeto
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
SIG-RES	Sistema Integrado de Gestão de Resoluções Estaduais de Saúde
PSM	<i>Propensity Score Matching</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>O direito à saúde na Constituição Federal de 1988.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Assistência Farmacêutica.....</b>	<b>18</b>
2.2.1	Financiamento e os Componentes da Assistência Farmacêutica.....	20
2.2.2	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).....	22
2.2.3	Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais (PDCEAF).....	26
<b>2.3</b>	<b>Avaliação de Políticas Públicas e Mapa de Processos e resultados.....</b>	<b>36</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>40</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>43</b>
4.1	Análise das diferenças de dispensações entre 2022 e 2019.....	43
4.2	Análise dos resultados do questionário enviado às CAFs.....	53
4.3	Análise dos resultados do questionário enviado aos municípios.....	68
4.4	Comparação PDCEAF em Minas Gerais e outros estados da federação.....	74
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIOS.....</b>	<b>84</b>
	<b>APÊNDICE B – CÓDIGO R.....</b>	<b>91</b>
	<b>ANEXO A - RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.628, DE 03 DE AGOSTO DE 2021.....</b>	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde para todos os brasileiros constituiu uma das bases da sociedade e está diretamente citado na Constituição Federal de 1988. Em seu Art. 196, a Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e inova ao impor como um dever do Estado a sua prestação a todos para redução do risco de doenças e agravos. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído para que se possa materializar esse direito à saúde pelos cidadãos brasileiros com base jurídica dada em linhas gerais pelas Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A Assistência Farmacêutica é citada inicialmente no Art. 6° da Lei N° 8.080/1990 como uma das ações a serem providas pelo SUS em sua atuação e na formulação da política de medicamentos. A Assistência Farmacêutica é dividida atualmente em três componentes principais. O Componente Básico que é responsável pelo fornecimento aos cidadãos dos medicamentos para as principais doenças recorrentes no país. O Componente Estratégico está relacionado a doenças com potencial endêmico, sendo utilizado para mitigar ou evitar tais circunstâncias calamitosas.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma política com o objetivo de prover a população uma ampliação do acesso a medicamentos de uso contínuo, de alto custo e do rol de doenças a serem contempladas pela cobertura. Constitui como característica principal do CEAF a “garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em âmbito ambulatorial, para todas as condições clínicas contempladas no CEAF, por meio das diferentes linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)” (BRASIL, 2022). Para fazer jus ao medicamento do CEAF, o usuário deve passar pelas etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação de continuidade de tratamento.

O CEAF foi implementado originalmente pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 e atualmente é regulamentado pelas Portarias de Consolidação GM/MS nº 02 (regras de financiamento e execução) e GM/MS nº 06 (regras de financiamento, controle e monitoramento), ambas de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2022).

No contexto do Estado de Minas Gerais, os usuários que utilizam o CEAF devem realizar as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação de continuidade de tratamento em uma das 28 Regionais de Saúde na qual seu município está inserido. Devido a impossibilidade de deslocamento até as Regionais de Saúde pelos usuários do CEAF, atualmente é realizado o processo chamado de “Via do Município” no qual servidores municipais munidos de procurações dos usuários do CEAF realizam a retirada do medicamento em nome do usuário. Esse processo apresenta uma série de problemas como a perda de controle sobre o medicamento posteriormente e o transporte sob temperaturas inadequadas para medicamentos termolábeis.

Nesse contexto, devido aos problemas de controle de qualidade e logística gerados pela “Via do Município”, bem como a sobrecarga de trabalho sobre os servidores que fazem a avaliação dos processos dos usuários nas Regionais de Saúde, foi desenvolvida e implementada a Política de Descentralização do CEAF (PDCEAF) no âmbito do Estado de Minas Gerais.

A PDCEAF foi materializada pela Resolução SES/MG N° 7.628/21 por meio da pactuação via Deliberação CIB-SUS/MG N° 3.486/21 de 3 de agosto de 2021. Essa política tem o objetivo de descentralizar as etapas do CEAF que são legalmente permitidas de serem descentralizadas para que todos os municípios de Minas Gerais realizem a solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento em suas farmácias municipais com o farmacêutico municipal competente (MINAS GERAIS, 2021).

Nesse sentido, a PDCEAF visa uma melhoria para os usuários que não necessitam mais ir até os municípios sedes das regionais de saúde do Estado após o início da execução da política, reduzindo os custos de deslocamento e tendo um contato mais próximo e assertivo com o farmacêutico local (MINAS GERAIS, 2021). Ademais, para as 28 Coordenações de Assistências Farmacêuticas (CAF), a política busca reduzir a quantidade de atendimentos mensais de dispensação de medicamentos, melhorando o serviço prestado e ampliando a governança com os municípios. Para os municípios, a política busca inserir o farmacêutico municipal na execução do CEAF.

A PDCEAF é uma política inédita em território nacional, uma vez que nenhuma política de descentralização do CEAF foi implementada em larga escala com o objetivo de que todos os municípios aderissem à política e execução das etapas descentralizáveis do CEAF. Tendo em vista a inovação da política e a escala a qual está sendo realizada, urge-se a questão sobre a efetividade da mesma em alcançar os resultados desejados com o empenho de recursos financeiros ótimos. Nesse sentido, deve-se avaliar o cumprimento dos resultados esperados para as regionais de saúde do estado de Minas Gerais e para os municípios.

O presente trabalho se propõe a avaliar os resultados das Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) em Minas Gerais. Dessa forma propõe-se a responder à seguinte pergunta de pesquisa: A PDCEAF obteve resultados efetivos em suas propostas de redução da quantidade de atendimentos mensais de dispensação de medicamentos nas CAFs, melhoramento do serviço prestado aos cidadãos, ampliação da governança com os municípios e redução da sobrecarga de trabalho sobre as Regionais de Saúde?

Para responder à pergunta de pesquisa, o objetivo geral do trabalho é: avaliar os resultados da Política de Descentralização do Componente Especializado (PDCEAF).

São objetivos específicos do trabalho:

- Revisar a bibliografia referente à PDCEAF com ênfase na implementação da mesma em outras unidades federativas.
- Discorrer sobre o Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF), sua base legal e características;
- Discorrer sobre avaliação ex-post de políticas públicas.
- Construir um banco de dados com os resultados da PDCEAF para as 28 regionais do governo de Minas Gerais e para os municípios que executam a política.
- Construir o mapa de processos e resultados para a política.

- Avaliar o impacto da política para os usuários do CEAF por meio da comparação entre municípios utilizando como base a diferença de dispensações do CEAF através do pareamento de municípios semelhantes via técnica estatística de *Propensity Score Matching*.

- Avaliar a percepção de melhorias nas rotinas de trabalho das CAFs e municípios após a implementação da PDCEAF por meio de questionários semiestruturados.

- Comparar os resultados com pesquisas correlatas.

- Comparar a PDCEAF com outras políticas estaduais de descentralização do CEAF.

Para atingir os objetivos propostos, o trabalho foi organizado da seguinte forma: além da presente introdução, a seção 2 traz o referencial teórico, que trata dos aspectos relativos ao direito da saúde na Constituição Federal de 1988, as políticas nacionais de Assistência Farmacêutica, os componentes da Assistência Farmacêutica e seu financiamento, a Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF), avaliação de políticas públicas e mapa de processos e resultados. Posteriormente, são apresentados a metodologia utilizado no trabalho para atingir seus objetivos, os resultados, as discussões e, por fim, as considerações finais.

## 2 REFERENCIAL

### 2.1 O direito à saúde na Constituição Federal de 1988

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 introduz o conceito de saúde como um direito social em seu Artigo 6º, conforme pode ser lido:

“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (BRASIL, 1988)

Em seus Artigos 196º e 197º a Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e impõe como um dever do Estado a sua prestação a todos para redução do risco de doenças e agravos, conforme pode ser lido:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” (BRASIL, 1988)

Moura (2017), em seu trabalho “O direito à saúde na Constituição Federal de 1988” afirma que o direito à saúde teve um tratamento diferenciado pelos Constituintes, uma vez que possui um capítulo dedicado somente a este direito e que o mesmo foi instituído com uma “proteção jurídica diferenciada na ordem jurídico-constitucional brasileira”. A autora afirma ainda que esse destaque ao direito à saúde é inovador na Constituição Federal de 1988, visto que as Constituições de 1824, 1891, 1934, 1937, 1946 e 1967 ou são omissas quanto a esse direito ou apenas delegam aos entes federados algumas competências, mas sem a construção de um alicerce jurídico para a implementação de um sistema único de saúde nacional.

Posteriormente, a Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, reafirma a saúde como um direito fundamental de todos os seres humanos e que o dever do Estado de garantir o acesso à saúde para toda a população deve ser baseado em ações de políticas econômicas e sociais nesse sentido. Para a realização dessas políticas é definido então o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu Art.4º:

“Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.” (BRASIL, 1990)

Em seu Art.5º, a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece os objetivos do SUS:

“Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990).

Já no Art.6º, são estabelecidos os campos de atuação do SUS, destacando-se a assistência farmacêutica e a formulação da política de medicamentos:

“Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive **farmacêutica**;

[...]

VI - a formulação **da política de medicamentos**, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;” (BRASIL, 1990)

## 2.2 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica possui como um dos primeiros marcos legais a Política Nacional de Medicamentos (PNM) estabelecida pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Nesta portaria, o objetivo principal da PNM é “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

A PNM vincula a Assistência Farmacêutica a uma série de diretrizes como a adoção de Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), regulamentação

sanitária de medicamentos, promoção do uso racional de medicamentos e a própria reorientação da Assistência Farmacêutica. Dentro dessa última diretriz, a política cita expressamente a necessidade de uma ação coordenada entre os gestores de todos os níveis federados em prol de um modelo de atuação descentralizado de gestão, visando a promoção do uso racional de medicamentos. A PNM expande a visão de Assistência Farmacêutica para além das atividades os objetivos de aquisição a baixo custo de medicamentos e distribuição eficiente dos mesmos, já possuindo uma visão estratégica dessa área da saúde (BRASIL, 1998).

Não obstante, a PNM descreve ainda a relação de responsabilidades de cada esfera de Poder no que tange a Assistência Farmacêutica, mas também as ações além do campo da saúde que possam viabilizar a promoção do uso racional e acesso dos medicamentos aos usuários. Nesse sentido, é descrita a necessidade de uma articulação intersetorial entre atores relevantes para a PNM e sua relação com o Ministério da Saúde, sendo citado diretamente na Política os atores Ministério da Justiça; da Economia; da Educação; das Relações exteriores e da Ciência e Tecnologia (BRASIL, 1998).

Ademais, cita-se na PNM as responsabilidades dos gestores de cada ente federado. O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde responsabiliza-se pela normatização geral da Assistência Farmacêutica, inclusive para a descentralização da gestão, coordenação de sistemas nacionais para a PNM, controle da qualidade de medicamentos, dentre diversas outras funções. Os governos estaduais atuam em caráter suplementar ao federal, sendo responsabilidades destes a promoção de políticas regionais de medicamentos, executando a assistência farmacêutica em seu âmbito, promover a capacitação de pessoal para o uso racional de medicamentos e dentre outras responsabilidades presentes em uma lista extensiva. Por fim, as responsabilidades dos gestores municipais na seara da PNM se dão no treinamento de recursos humanos para atendimento da população e dispensação de medicamentos, formação de consórcios para a execução da assistência farmacêutica, além da correta conduta com os medicamentos sob seu domínio.

Outra importante normativa sobre a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS é a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) que foi publicada pela Resolução N° 338, de 06 de maio de 2004. Nessa Política, a visão da Assistência Farmacêutica como uma política estratégica para o desenvolvimento da saúde

coletiva e não somente uma visão de aquisição e distribuição é reforçada pelo Art. 1º, o qual estabelece:

III - a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004)

### **2.2.1 Financiamento e os Componentes da Assistência Farmacêutica**

O financiamento da Assistência Farmacêutica sofreu grandes mudanças em 2007 com o estabelecimento de uma nova forma de organização pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS Nº 204 de 2007 (VIEIRA, 2010). O Ministério consolidou todos os programas que existiam de modos distintos em blocos de financiamento, agrupando-os nos chamados Componente da Assistência Farmacêutica, o que gerou uma simplificação e facilitação da execução financeira pelos gestores de todos os entes federados (VIEIRA, 2010).

Nesse contexto, a Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007 cita os blocos de financiamento da Assistência Farmacêutica como Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é uma estratégia de acesso a tratamento de doenças da Atenção Primária à Saúde, citando-se os exemplos de hipertensão, diabetes, infecções ordinárias e dentre outras. O financiamento do CBAF é responsabilidade concorrente dos três entes federados (União, estados, Distrito Federal e municípios) e a aquisição ocorre pelos municípios (MINAS GERAIS, 2022).

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica possui a finalidade de financiamento de ações estratégicas para o controle de endemias (tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas), antirretrovirais para DST/Aids, sangue e imunobiológicos (BRASIL, 2007).



Sangue e hemoderivados Imunobiológicos	União União
<b>Especializado</b>	União, estados, Distrito Federal, municípios

Fonte: Vieira (2010)

### 2.2.2 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) faz parte da busca pelo tratamento da Assistência Farmacêutica como uma política estratégica em saúde, afastando a noção de simples dispensador e logística de transporte e estoque de medicamentos (BRASIL, 2022).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde afirma que o CEAF “foi construído a partir da necessidade da ampliação do acesso aos medicamentos e da cobertura do tratamento medicamentoso, seja para ajustar as linhas de cuidado para as doenças já tratadas ou para ampliar o escopo de doenças a serem contempladas” (BRASIL, 2022). A garantia de integralidade do tratamento em nível ambulatorial é o objetivo precípuo do CEAF para os diferentes tipos de diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos a serem elaborados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Atualmente, o Ministério da Saúde lista 102 condições clínicas em 93 PDCT conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2022 (BRASIL, 2022).

São exemplos de doenças inclusas no tratamento do CEAF: Acromegalia, Anemia hemolítica autoimune, Anemia na Doença Renal Crônica, Artrite psoriásica, Atrofia Muscular Espinhal Tipo I, Deficiência do Hormônio de Crescimento, Diabetes Mellitus tipo 1, Doença de Alzheimer, Doença de Crohn, Doença de Gaucher, Doença de Paget – Osteíte Deformante, Doença de Parkinson, Doença de Pompe, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose múltipla, Esclerose sistêmica, Esquizofrenia, Hepatite autoimune, Imunodeficiência por HIV, Lúpus eritematoso, Osteoporose, Síndrome de Guillain-Barré, Síndrome de Ovários Policísticos, Transplante cardíaco, Transplante renal, Uveítes.

O Quadro 2 foi extraído do Anexo III da RENAME com intuito de exemplificar os tipos de medicamentos, agravos e grupos de financiamento do Componente Especializado.

Quadro 2 – Denominação genérica, concentração/composição, forma farmacêutica, grupo de financiamento e documentos norteadores do Anexo III da RENAME.

Denominação genérica	Concentração/ Composição	Forma farmacêutica	Grupo financiamento	Documento norteador1
acetato de desmopressina	0,1 mg/mL	solução nasal	1A	PCDT Diabetes insípido
	0,1 mg	comprimido	1A	
	0,2 mg	comprimido	1A	
acetato de fludrocortisona	0,1 mg	comprimido	2	PCDT Hiperplasia Adrenal Congênita; PCDT Insuficiência Adrenal
acetato de glatirâmer	20 mg	solução injetável	1A	PCDT Esclerose Múltipla
acetato de goserrelina	3,6 mg	implante subcutâneo	1B	PCDT Endometriose; PCDT Leiomioma de Útero; PCDT Pube

Fonte: BRASIL (2022)

O Art. 48 da Portaria de Consolidação GM/MS N° 1.154 introduz oficialmente a definição do CEAF conforme descrito acima e estabelece que a garantia do acesso a esses medicamentos será mediante pactuação entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios:

“Art. 48. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo Único. O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito do Componente de que trata o "caput" será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)” (BRASIL, 2013).

Diante da necessidade de pactuação entre os entes federados para garantir o acesso aos medicamentos do CEAF, o Art.49 da Portaria GM/MS N° 1.154 classifica os medicamentos do CEAF em três grupos em função das características, responsabilidades de cada ente e formas de organização. Essa organização pode ser vista no Quadro 3.

Quadro 3 – Classificação dos medicamentos do CEAF em grupos segundo a características, responsabilidades e formas de organização distintas.

Grupo	Responsabilidade	Critérios específicos
Grupo 1	Medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde	Maior complexidade do tratamento da doença; refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
Grupo 1A	Medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	
Grupo 1B	Medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;	

Grupo 2	Medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;	Menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento.
Grupo 3	Medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.	O Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Fonte: Brasil (2013)

O Quadro 4 sumariza a responsabilidade pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do CEAF.

Quadro 4 - Responsabilidade pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do CEAF.

Responsabilidade	Grupo 1 <sup>a</sup>	Grupo 1B	Grupo 2
Financiamento	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	SES
Aquisição	Ministério da Saúde	SES	SES
Programação	SES	SES	SES
Armazenamento	SES	SES	SES
Distribuição	SES	SES	SES
Dispensação	SES/SMS	SES/SMS	SES/SMS

Fonte: Ceará (2021)

A etapa de solicitação corresponde à fase inicial para obter o medicamento pelo usuário ou por algum responsável devidamente autorizado (BRASIL, 2013). Para iniciar o fluxo de obtenção dos medicamentos do CEAF, o usuário ou responsável deve apresentar “uma cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); cópia de documento de identidade; Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME); prescrição médica; documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado e cópia do comprovante de residência” (BRASIL, 2013).

A avaliação é uma etapa interna e técnica para checagem e análise dos pedidos e documentos de solicitação e renovação de continuidade de tratamento, sendo realizada por um profissional de saúde com ensino superior completo, registro ativo no conselho de classe, sendo designado pelo gestor estadual de saúde competente (BRASIL, 2013). Na avaliação, são necessários os seguintes documentos: “LME adequadamente preenchido; prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente e todos os documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado” (BRASIL, 2013).

Segundo a Portaria MS/GM N° 1.554, a autorização consiste na etapa de publicação do parecer de caráter administrativo com a aprovação ou negativa da solicitação ou renovação da continuidade de tratamento. Já a dispensação corresponde no ato de fornecer o medicamento autorizado conforme as normas vigentes e lançamentos nos sistemas de gerenciamento de assistência farmacêutica.

### **2.2.3 Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais (PDCEAF)**

A Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) é uma iniciativa do Governo de Minas Gerais que busca transferir aos municípios as etapas de solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. Dessa forma, o município utiliza o Sistema Integrado de



“A concentração do atendimento do CEAF nas 28 (vinte e oito) farmácias das Regionais de Saúde do Estado gera uma sobrecarga no volume de trabalho e de atendimentos, o que, por vezes, pode comprometer a velocidade e a eficiência dos atendimentos aos usuários de medicamentos.” (MINAS GERAIS, 2021, p.6)

O Quadro 5 apresenta os dados de distância dos municípios de uma determinada Regional de Saúde até o município sede daquela regional, ou seja, mostra a distância que um determinado usuário de medicamentos do CEAF (ou pessoa devidamente autorizada por formulário específico) deve percorrer recorrentemente para conseguir ter acesso aos medicamentos do CEAF que lhe for concedido.

Quadro 5 - Dados de distância dos municípios de uma determinada Regional de Saúde até o município sede daquela regional.

<b>Município</b>	<b>Regional de Saúde</b>	<b>Distância da Regional (km)</b>
NINHEIRA	Montes Claros	364
BERIZAL	Montes Claros	325
ARACUAI	Diamantina	306,2
INDAIABIRA	Montes Claros	304
SANTA CRUZ DE SALINAS	Montes Claros	303
CURRAL DE DENTRO	Montes Claros	288
ESPINOSA	Montes Claros	277
ITURAMA	Uberaba	274
GAMELEIRAS	Montes Claros	268
MORADA NOVA DE MINAS	Sete Lagoas	216
URUCUIA	Januária	207
IBIA	Uberaba	183
ITAPAGIPE	Uberaba	182
AUGUSTO DE LIMA	Sete Lagoas	181
CARVALHOS	Varginha	172
COROMANDEL	Uberlândia	164
AIURUOCA	Varginha	151

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 1 sumariza o número de atendimentos de pacientes por mês e por dia por Unidade Regional de Saúde do Governo de Minas Gerais com uma média de 20 dias úteis por mês. Segundo Minas Gerais (2021), esses valores são elevados para as Regionais de Saúde, levando a formação de filas e comprometendo o tempo para análises de processos.

Tabela 1 - Número de pacientes atendidos por mês e por dia por Regional de Saúde do Governo de Minas Gerais.

<b>Unidade Regional</b>	<b>Número de pacientes atendidos por mês</b>	<b>Média de pacientes atendidos por dia</b>
<b>BELO HORIZONTE</b>	36.318	1.816
<b>DIVINÓPOLIS</b>	9.896	495
<b>UBERLANDIA</b>	8.846	442
<b>VARGINHA</b>	7.523	376
<b>POUSO ALEGRE</b>	7.090	355
<b>JUIZ DE FORA</b>	6.711	336
<b>MONTES CLAROS</b>	5.768	288
<b>SETE LAGOAS</b>	4,542	227
<b>PASSOS</b>	4.523	226
<b>UBERABA</b>	4.466	223
<b>GOVERNADORVALADARES</b>	4.415	221
<b>CORONEL FABRICIANO</b>	4.405	220
<b>ALFENAS</b>	4,007	200
<b>ITABIRA</b>	4.005	200
<b>UBA</b>	3.880	194
<b>PATOS DE MINAS</b>	3.863	193
<b>MANHUMIRIM</b>	3.663	183
<b>BARBACENA</b>	2.839	142
<b>PONTE NOVA</b>	2.457	123
<b>DIAMANTINA</b>	2.273	114
<b>SÃO JOAO DEL REI</b>	2.259	113
<b>LEOPOLDINA</b>	2.135	107
<b>ITEOTILO OTONI</b>	2.096	105
<b>JANUÁRIA</b>	1.762	88
<b>ITUIUTABA</b>	1.541	77
<b>UNAI</b>	1.267	63
<b>PEDREAZUL</b>	1.191	60
<b>PIRAPORA</b>	911	46
<b>Total</b>	<b>144.652</b>	<b>7.233</b>

Fonte: Minas Gerais (2021)

Nesse contexto, devido aos problemas de controle de qualidade e logística gerados pela Via do Município, bem como a sobrecarga de trabalho sobre os servidores que fazem a avaliação dos processos dos usuários nas Regionais de Saúde, foi desenvolvida e implementada a Política de Descentralização do CEAF (PDCEAF) no âmbito do Estado de Minas Gerais.

A PDCEAF foi materializada pela Resolução SES/MG N° 7.628/21 por meio da pactuação via Deliberação CIB-SUS/MG N° 3.486/21 de 3 de agosto de 2021. O

objetivo principal da política é explicitado e seu Art. 3º como “ampliar e qualificar o acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), contribuindo para a promoção do uso racional de medicamentos e da integralidade da atenção à saúde” (MINAS GERAIS, 2021, p.2)

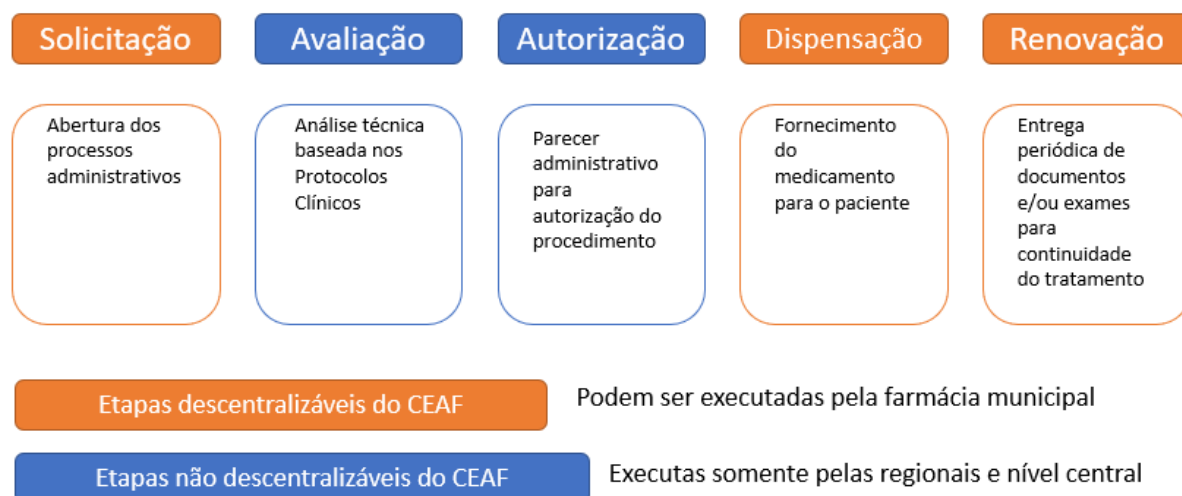
A Resolução SES/MG N° 7.628/21 explicita os conceitos de uso racional de medicamentos e dispensação como:

“I - uso racional de medicamentos: é o 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 indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade;

II - dispensação: ato profissional farmacêutico de fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, no qual também são prestadas informações para uso correto de medicamentos e correlatos” (MINAS GERAIS, 2021, p.2).

Inicialmente, o Termo de Abertura do Projeto (TAP) da política cita o desenvolvimento de dois módulos para a PDCEAF. O módulo APS (Atenção Primária à Saúde) teria um enfoque em medicamentos do CEAF de agravo de grande incidência, enquanto no Módulo Especializado teria escopo em medicamentos do CEAF de incidência moderada a baixa, e que necessitam de contato maior com profissionais de saúde e/ou condições de aplicação especiais (MINAS GERAIS, 2019). Desses dois módulos, somente o Módulo Especializado está sendo implementado.

Figura 2 – Etapas para conseguir acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)



Fonte: MINAS GERAIS (2022)

A PDCEAF está em execução desde o dia 3 de agosto de 2021. A Tabela 2 apresenta os dados do número de municípios por Regional de Saúde que fizeram solicitação e que já estão executando a política no final de agosto de 2022. Ademais, sumariza o percentual de municípios daquela regional que já fizeram a adesão à política e o número da população potencialmente beneficiada (quando todos os municípios que já assinaram o Termo de Compromisso efetivamente iniciarem a execução da política) e da população efetivamente beneficiada (corresponde ao número de usuários dos municípios que já estão executando a política).

Tabela 2 - Dados do número de municípios por Regional de Saúde que fizeram solicitação e que já estão executando a política no final de agosto de 2022, bem como o percentual de adesão, população potencialmente beneficiada e efetivamente beneficiada por Regional de Saúde.

Regional de Saúde	Solicitação	Execução	% de Adesão	% de Execução	População potencialmente beneficiada	População efetivamente beneficiada
<b>Manhuaçu</b>	34	33	100%	97%	4.467	4.299
<b>Ituiutaba</b>	9	6	100%	67%	2.219	910
<b>Coronel Fabriciano</b>	35	9	100%	26%	6.369	908
<b>Uberlândia</b>	17	10	94%	59%	4.443	3.830
<b>Leopoldina</b>	14	2	93%	14%	2.566	334
<b>Montes Claros</b>	50	25	93%	50%	7.832	5.397
<b>Pedra Azul</b>	23	12	92%	52%	1.642	1.141
<b>Pirapora</b>	6	2	86%	33%	1.199	512

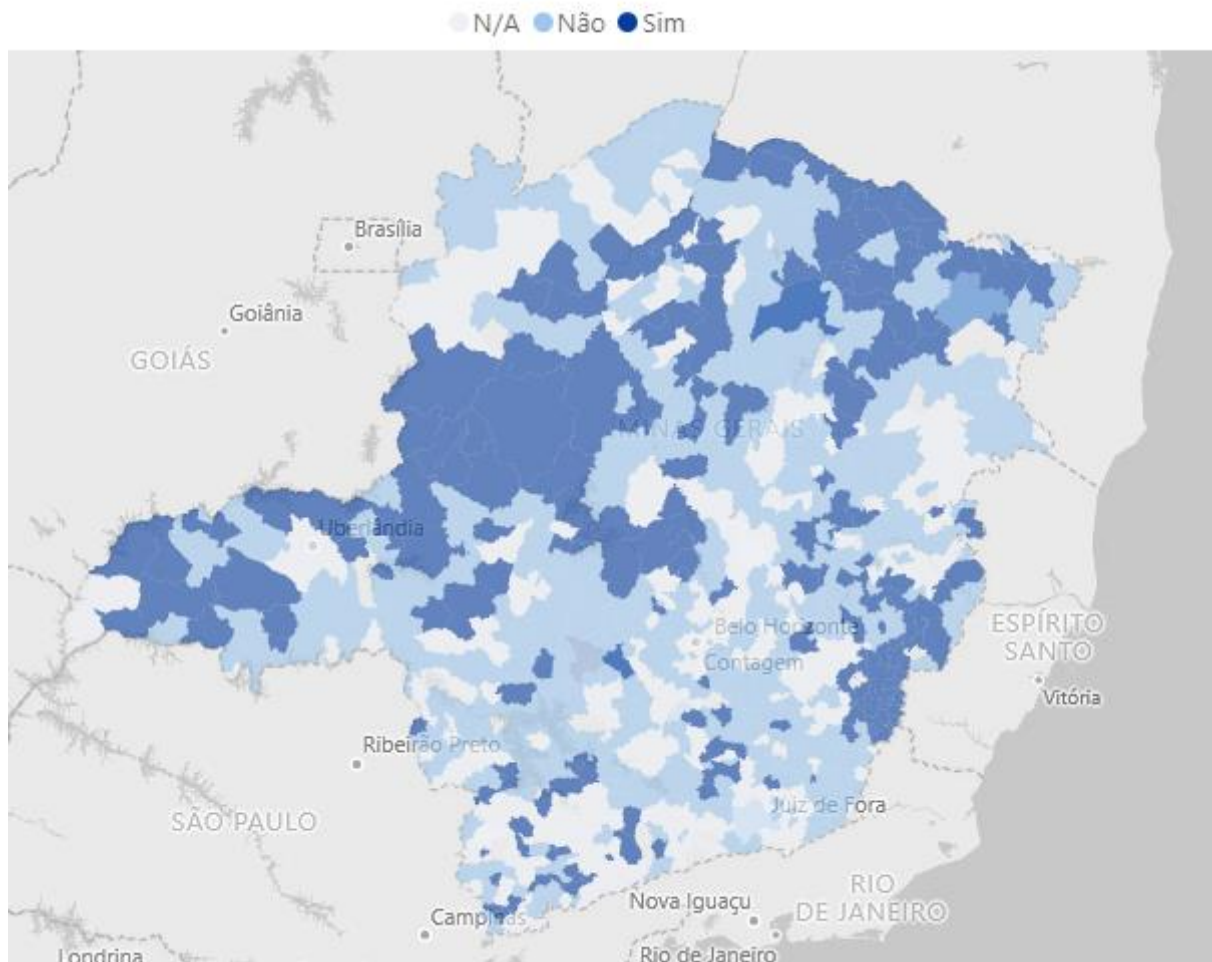
<b>Ubá</b>	26	3	84%	12%	4.581	182
<b>Barbacena</b>	26	5	84%	19%	3.666	2.672
<b>Patos De Minas</b>	17	11	81%	65%	4.621	2.203
<b>Januária</b>	19	7	76%	37%	1.424	782
<b>Unai</b>	9	2	75%	22%	782	440
<b>Sete Lagoas</b>	26	11	74%	42%	5.420	1.710
<b>Divinópolis</b>	39	1	74%	3%	11.327	60
<b>Governador Valadares</b>	37	9	73%	24%	4.585	897
<b>Uberaba</b>	19	7	70%	37%	5.664	1.522
<b>Passos</b>	18	2	67%	11%	5.007	554
<b>Itabira</b>	16	3	67%	19%	4.808	824
<b>Teófilo Otoni</b>	20	0	63%	0%	1.214	0
<b>Pouso Alegre</b>	32	15	58%	47%	6.375	2.400
<b>Belo Horizonte</b>	20	1	51%	5%	7.708	60
<b>São João Del Rei</b>	10	3	50%	30%	2.207	462
<b>Diamantina</b>	17	5	50%	29%	2.544	772
<b>Varginha</b>	22	8	44%	36%	4.601	2.423
<b>Alfenas</b>	10	5	42%	50%	3.175	1.173
<b>Juiz De Fora</b>	15	0	30%	0%	269	0
<b>Ponte Nova</b>	8	0	27%	0%	1.481	0
<b>Total</b>	594	197	70%	23%	112.196	36.467

Fonte: MINAS GERAIS (2022)

Nota-se que as regionais de Manhuaçu, Ituiutaba, Coronel Fabriciano, Uberlândia, Leopoldina, Montes Claros e Pedra Azul possuem um nível de adesão dos municípios superior a 90%, enquanto as regionais com menor nível de adesão são Ponte Nova, Juiz de Fora, Alfenas e Varginha, todos com menos de 50% de municípios aderentes.

A Figura 3 apresenta a distribuição geográfica dos 594 municípios que solicitaram adesão à PDCEAF, destacando os 197 municípios que já estão executando a política.

Figura 3 - Distribuição geográfica dos 594 municípios que solicitaram adesão à PDCEAF e que estão executando a PDCEAF no Estado de Minas Gerais até o final de agosto de 2022.



Fonte: MINAS GERAIS (2022)

O art. 14º da Resolução SES/MG N° 7.628/2021 estabelece as condições para o financiamento dos recursos de custeio transferidos aos municípios executantes da PDCEAF do Fundo Estadual de Saúde (FES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS). Os repasses de custeio são transferidos recorrentemente no período quadrimestral e são calculados com base na Equação 1:

$$\begin{aligned}
 & \textit{Valor do incentivo financeiro} \\
 & = (\textit{N}^\circ \textit{ de dispensações do CEAF realizadas pelo município}) \\
 & * \{ \textit{Valor referente ao Grupo de Fator de Alocação} * [(40,00\% \\
 & * \textit{Indicador 1}) + (60,00\% * \textit{Indicador 2})] \}
 \end{aligned}$$

O valor do incentivo financeiro transferido pelo Governo de Minas Gerais aos municípios é função do valor do Grupo de Fator de Alocação, do Indicador 1 e do Indicador 2. O Grupo de Fator de Alocação é calculado pela Fundação João Pinheiro e estratifica os municípios mineiros em 4 grupos segundo características socioeconômicas semelhantes (MINAS GERAIS, 2021). Municípios com condições socioeconômicas mais favoráveis e mais bem estruturados (Grupo 1) possuem um valor menor, enquanto municípios em pior situação socioeconômica (Grupo 4) possuem um valor maior de referência (R\$30,00).

Tabela 3 – Grupos de Fator de Alocação e valor referente pago a cada grupo.

<b>GRUPO DE FATOR DE ALOCAÇÃO</b>	<b>VALOR REFERENTE AO GRUPO DE FATOR DE ALOCAÇÃO</b>
<b>GRUPO 1</b>	R\$ 20,00
<b>GRUPO 2</b>	R\$ 23,00
<b>GRUPO 3</b>	R\$ 26,00
<b>GRUPO 4</b>	R\$ 30,00

Fonte: MINAS GERAIS (2021)

A PDCEAF apresenta dois indicadores que são fundamentais para o cálculo do valor a ser pago aos municípios. O Indicador 1 é denominado percentual de processos do CEAF registrados pelos municípios sem pendência por quadrimestre e tem como objetivo mensurar a qualidade dos processos abertos pelas SMS que estão executando o CEAF (MINAS GERAIS, 2021). O Indicador 1 consiste na divisão do total do número de processos não retornados por pendências nos documentos de solicitação e o total do número de processos de solicitação de medicamentos do CEAF. Logo, quanto mais próximo de 100%, menos processos com pendências foram enviados. O Indicador 1 ao ser calculado dessa forma e influenciar no cálculo do valor financeiro pago aos municípios busca induzir uma gestão mais racional dos processos.

O Quadro 6 sumariza as informações gerais sobre o Indicador 1 da PDCEAF.

Quadro 6 - Informações gerais sobre o Indicador 1 da PDCEAF.

Indicador 1	Percentual de processos do CEAF registrados pelos municípios sem pendência por quadrimestre
Descrição	Reflete a qualidade dos processos abertos nos municípios em que a dispensação do CEAF foi descentralizada
Cálculo	Somatório do Nº de processos relativos à Descentralização do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) os quais não foram retornados devido à pendências nos

	documentos de solicitação x100 Somatório do N° total de processos relativos a Descentralização do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF)
Fonte	Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SiGAF).
Periodicidade	Quadrimestral
Polaridade	Maior melhor

Fonte: MINAS GERAIS (2021)

O Indicador 2 é denominado proporção entre unidades farmacêuticas do CEAF dispensadas e distribuídas por quadrimestre e tem como objetivo mensurar a quantidade de medicamentos dos CEAF dispensados em relação aos que foram distribuídos aos municípios executantes do PDCEAF (MINAS GERAIS, 2021). O Indicador 2 consiste na divisão do total do número de medicamentos do CEAF dispensados pelo município pelo total de medicamentos distribuídos ao município conforme demanda desde. Logo, quanto mais próximo de 100%, mais próximo o número de medicamentos do CEAF dispensados será do número de medicamentos do CEAF distribuídos ao município. O Indicador 2 ao ser calculado dessa forma e influenciar no cálculo do valor financeiro pago aos municípios busca induzir uma gestão mais racional dos medicamentos, evitando que o município peça um número de medicamentos muito acima do necessário.

Quadro 7 - Informações gerais sobre o Indicador 2 da PDCEAF.

Indicador 2	Proporção entre unidades farmacêuticas do CEAF dispensadas e distribuídas por quadrimestre
Descrição	Reflete a proporção de medicamentos dispensados do CEAF relacionada à quantidade de medicamentos do CEAF distribuída para o município parceiro
Cálculo	Somatório do N° total de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) dispensados x100 Somatório do N° total de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) distribuídos ao município
Fonte	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SiGAF)
Periodicidade	Quadrimestral
Polaridade	Maior melhor

Fonte: MINAS GERAIS (2021)

### **2.3 Avaliação de Políticas Públicas e Mapa de Processos e resultados**

Esta seção tem como objetivo apresentar os principais conceitos de avaliação de políticas públicas, os tipos de avaliações e sumarizar o mapa de processos e resultados da Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF).

Políticas públicas podem ser definidas como “conjunto de programas ou ações governamentais necessárias e suficientes, integradas e articuladas para a provisão de bens ou serviços à sociedade, financiadas por recursos orçamentários ou por benefícios de natureza tributária, creditícia e financeira” (BRASIL, 2018, p.18). Nesse sentido, são ações governamentais que exigem o despendimento de recursos públicos e, conseqüentemente, necessitam de algum tipo de avaliação dessas políticas para que haja a dimensão da qualidade dessa ação para alcançar seus objetivos em prol da população.

A prática das avaliações de políticas públicas tem crescido em importância devido a capacidade de mensurar a eficiência do gasto público e a capacidade das ações governamentais de atingirem seus objetivos, havendo um empenho de desenvolvimento de metodologias por grandes associações governamentais e não governamentais como Organizações das Nações Unidas (ONU), Banco Mundial, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), dentre outras (RAMOS e SCHABBACH, 2012).

Brasil (2018) apresenta a distinção entre monitoramento e avaliação. Enquanto a avaliação tem um papel precípua em ser objetiva e julgar as ações, diagnóstico e resultados da política pública em questão, gerando proposições ao final do trabalho para aprimorar a ação governamental, o monitoramento tem papel fundamental durante a execução da política pública. Dessa forma, o monitoramento tem uma função de grande valia para a gestão para que haja identificação de falhas e erros com insumos, ajudando o gestor em alterações de direcionamento da política pública durante a execução para se atingir o objetivo final planejado.

As classificações dos tipos de avaliações são feitas por Ramos e Schabbach (2012). No trabalho, os autores apontam que essas classificações não são

excludentes, podendo uma avaliação ser classificada de várias formas. O Quadro 8 sumariza os tipos de avaliações.

Quadro 8 – Classificação dos tipos de avaliações de políticas públicas

Critérios	Tipos de avaliação	
Conforme o agente que avalia e quem participa do processo de avaliação	Avaliação externa	Avaliação interna
Conforme a natureza da avaliação	Formativas	Somativas
Conforme o momento de realização da avaliação	Ex ante	Ex post
Conforme o tipo de problema ao qual a avaliação responde	Avaliação de processos	Avaliação de resultados

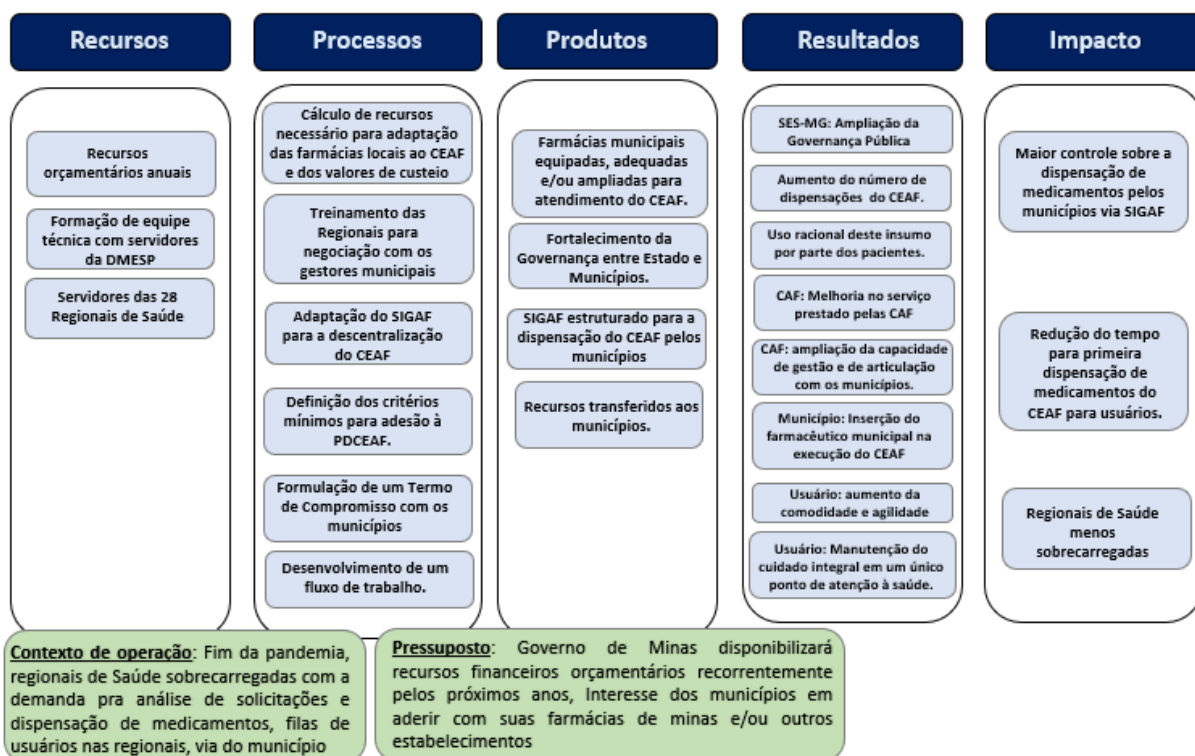
Fonte: Ramos e Schabbach (2012). Elaboração própria.

Jannuzzi e Montagner (2016) descrevem o chamado “Mapa de Processos e Resultados” como uma “narrativa sintética do funcionamento do programa, do seu contexto de operação, de como seus diversos componentes – insumos, processos e produtos – se alinham para produzir os resultados e impacto social almejado, e das condições para que isso se concretize”.

Nesse sentido, o Mapa de Processos e Resultados deve sumarizar ao leitor o desenho do programa ao ser pensando, demonstrando qual foi o contexto de criação, com quais recursos se dará a intervenção, quais as atividades que os desenhistas da política pensam que serão realizadas para gerar determinados resultados que buscarão mitigar a situação problema, gerando impactos positivos em determinada direção aos usuários que estão necessitados de tal ação.

Com base nessa lógica e nos documentos do Termo de Abertura de Projeto (TAP), foi desenvolvido o Mapa de Processos e Resultados da Política de Descentralização do CEAF pelo Governo de Minas Gerais. Esse mapa pode ser visto na Figura 4.

Figura 4 – Mapa de Processos e Resultados da Política de Descentralização do Componente Especializado do Governo de Minas Gerais.



Fonte: Minas Gerais (2021). Elaboração própria.

A PDCEAF se desenvolveu num contexto de arrefecimento da pandemia e da volta as atividades presenciais das CAFs e das farmácias das regionais. Nesse contexto, a sobrecarga de volume e atendimentos das CAFs era um fator contínuo que necessitava ser avaliado. A PDCEAF possui pressupostos que os municípios teriam interesse em descentralizar as etapas do CEAF devido ao incentivo financeiro que o Governo de Minas disponibilizaria pela adesão e execução à política, além dos benefícios para os munícipes usuários dos medicamentos do CEAF.

Os recursos necessários para o desenvolvimento da política foram os recursos orçamentários necessários para custeio aos municípios que executam a política, a formação de um grupo de trabalho técnico da Diretoria de Medicamentos Especializados (DMESP) para criar os fluxos de trabalho com os municípios realizando etapas do CEAF, bem como o treinamento das 28 CAFs para realizar as novas atividades que a política exige e monitorar a execução dos municípios que aderirem.

As atividades realizadas pela política se dão pelo monitoramento da execução dos municípios, calculando quadrimestralmente os indicadores da política para realizar o pagamento dos recursos de custeio às SMS, o treinamento das CAFs para dialogar com os gestores municipais, adaptação do sistema SIGAF para que os municípios possam realizar as etapas de solicitação e dispensação dos medicamentos do CEAF e demais atividades do sistema, a definição de critérios mínimos para adesão à PDCEAF pelos municípios, formulação de Termo de Compromisso para ser assinado pelo gestor municipal e desenvolvimento de um fluxo de trabalho entre CAF e município executante da PDCEAF para o controle de pedidos, estoque e envio de medicamentos.

Os produtos da PDCEAF se dão na forma de farmácias municipais bem equipadas e adequadas para o correto recebimento dos medicamentos do CEAF, bem como do atendimento satisfatório aos usuários dos medicamentos especializados, o fortalecimento da governança entre o Governo de Minas e os municípios em termos da aproximação da CAF com os gestores municipais de saúde e o sistema SIGAF estruturado e adaptado para a execução descentralizada do CEAF pelos municípios.

Em termos de resultados, a SES-MG tinha a intenção de ampliar a implementação da governança pública, a racionalização do gasto com aquisição de medicamentos por meio do uso racional deste insumo por parte dos pacientes. Já as CAFs visavam a melhoria no serviço prestado por essas com a redução do volume de atendimentos e a ampliação da capacidade de gestão e de articulação com os municípios. Os municípios tenderiam a ter a inserção do farmacêutico municipal na execução do CEAF, aproximando-o do usuário do CEAF e fortalecendo uma visão estratégica da Assistência Farmacêutica, além da economia relativa às etapas logísticas. Por fim, o usuário teria um aumento da comodidade, agilidade e economia com transporte individual por meio da aproximação com as farmácias que o atende, melhorando a assistência prestada, além da manutenção do cuidado integral em um único ponto de atenção à saúde.

Dessa forma, a PDCEAF visava um impacto de maior controle sobre a dispensação de medicamentos pelos municípios, principalmente pela utilização do sistema SIGAF e da dispensação mais próxima do usuário final, uma redução do

tempo para primeira dispensação de medicamentos do CEAF e a redução de sobrecarga de trabalho das CAFs.

### 3 METODOLOGIA

Esta pesquisa pode ser classificada predominantemente como quantitativa na medida em que buscou trabalhar uma estatística descritiva com a diferença do número de dispensações de medicamentos do CEAF entre os municípios de Minas Gerais participantes e não participantes da política entre os quadrimestres de 2019 e 2022. Ademais, foi realizada uma análise da percepção dos gestores das Coordenações de Assistência Farmacêutica (CAFAs) e dos farmacêuticos municipais para avaliar os resultados da PDCEAF em relação aos seus objetivos por meio da aplicação de questionário estruturado com questões fechadas.

O presente trabalho foi realizado em três etapas. Primeiramente, com intuito de avaliar o impacto da PDCEAF na melhoria de prestação da Assistência Farmacêutica aos usuários, utilizou-se a técnica estatística de *Propensity Score Matching* para se comparar o desempenho de municípios que descentralizam o CEAF com aqueles que não descentralizaram. O *software* de análise de dados utilizado foi o **R**, uma vez que apresenta um conjunto de pacotes e ferramentas para tratamento de dados e possui uso gratuito para fins educacionais.

Randolph *et al.* (2014) descrevem o PSM como uma técnica na qual há o pareamento entre uma variável em questão com outras variáveis que podem descrever influenciar no processo. No presente trabalho, deseja-se formar pares de municípios semelhantes que descentralizam e não descentralizaram o CEAF e compará-los à luz do número de dispensações de medicamentos do CEAF por quadrimestre entre os períodos de 2022 e 2019, a fim de verificar qual foi a taxa de variação no crescimento do número de dispensações nesse período.

Nesse sentido, para garantir um melhor ajuste do pareamento de forma que os municípios pares sejam semelhantes em termos de dispensação de medicamentos, foram adotados 5 critérios.

- 1) O número de pacientes do CEAF no município. O quantitativo de usuários do CEAF no município possui grande relação de proporcionalidade com o número de dispensações total.

- 2) O número de dispensações para munícipes.
- 3) O fator de alocação calculado pela Fundação João Pinheiro. Esse fator de alocação classifica os municípios mineiros em 1, 2, 3 e 4, sendo 1 os municípios com estrutura mais precária para prestação de serviços públicos e piores índices socioeconômicos e 4 os com melhores situações para esses indicadores.
- 4) Faixa de porte populacional. As faixas de população dos municípios (até 5 mil habitantes: acima de 5 mil até 20 mil, acima de 20 mil até 100 mil e mais de 100 mil. O objetivo foi minimizar as potenciais discrepâncias de gestão entre municípios de porte populacional distintos.
- 5) Regional de Saúde a qual o município pertence. As 28 Regionais de Saúde do Estado de Minas Gerais possuem fluxos de trabalhos distintos, sendo interessante parear municípios de regionais semelhantes. Nesse sentido, as Regionais serão tratadas como variáveis *Dummies*, nas quais cada regional constitui uma coluna e os municípios pertencentes aquela regional recebem valor unitário 1 e os demais 0.

Em uma segunda etapa, buscou-se avaliar a percepção dos resultados alcançados pela PDCEAF em relação aos objetivos para os quais a política foi desenhada. Nesse sentido foi realizada uma coleta de dados por regional e por município executante por meio da aplicação de um questionário estruturado fechado. Os questionários foram construídos com base no Termo de Abertura de Projeto que originou a PDCEAF, na Resolução nº 7628 de 3 de agosto de 2021 e no Termo de Compromisso pactuado entre a Secretaria de Estado de Saúde e os municípios, nos quais apresentam os objetivos e resultados esperados com a política.

Nesses questionários foi utilizada a Escala de Likert para mensurar a percepção dos gestores se a política está alcançando os objetivos propostos. A Escala de Likert é o modelo mais utilizado no mundo para mensuração de percepções e atitudes em ciências sociais aplicadas, apresentando uma vantagem devido a facilidade de manuseio e análise de resultados (JÚNIOR e COSTA, 2014). Os autores ainda explicam que a escala trabalha com duas variáveis: conteúdo e intensidade,

uma vez que quem responde ao questionário deverá analisar o conteúdo da pergunta e verificar com qual intensidade concorda ou discorda daquele questionamento.

Dessa forma, foi aplicado um questionário com 5 pontos de intensidade ao usuário para cada questionamento para cada uma das Regionais de Saúde do Governo de Minas Gerais e para os municípios executantes, sendo o questionário das Regionais de Saúde diferente dos municípios, totalizando dois questionários. O das regionais de saúde do Governo de Minas Gerais teve como público-alvo os farmacêuticos responsáveis pela gestão das Coordenações de Assistências Farmacêutica (CAFs) das Regionais de Saúde. Essas coordenações são responsáveis pela gestão do CEAF e da PDCEAF em suas respectivas Regionais de Saúde. O questionário foi enviado e aplicado aos gestores farmacêuticos das CAFs que apresentavam mais de 15% dos municípios da regional executando a política, uma vez que estas já estão executando fluxos de trabalho da PDCEAF de modo mais estabelecidos. Dessa forma, o questionário foi enviado para as 28 Regionais de Saúde, das quais 21 deram retorno.

Já o questionário para os municípios foi direcionado aos farmacêuticos municipais responsáveis pela gestão da PDCEAF no estabelecimento executante da política. O presente trabalho considerou a data de 1 de setembro de 2022 como limite para a verificação dos municípios executantes da política. Nessa data, 594 municípios já haviam aderido à PDCEAF, contudo, apenas 197 municípios estavam executando de fato a política. Ademais, a PDCEAF obteve muitos municípios que aderiram a política durante o segundo quadrimestre de 2022. Dessa forma, considerou-se apenas os municípios que estavam executando a política por um período mínimo de 2 meses, evitando assim um número significativo de municípios que estavam executando a política há poucos dias ou poucas semanas. Portanto, o questionário de análise da percepção dos resultados da PDCEAF nos municípios foi enviado para 137 municípios.

As perguntas foram relacionadas aos objetivos que a PDCEAF se propunha melhorar tanto para as Regionais de Saúde quanto para os municípios, tendo o objetivo de verificar o quão próximo desses objetivos a PDCEAF está. A Escala de Likert aplicada nesse estudo terá os seguintes pontos de intensidade:

- Discordo totalmente (1)
- Discordo (2)
- Não concordo nem discordo (3)

- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

Em uma última etapa, buscou realizar uma análise da implementação ou não de uma política de descentralização do CEAF nos outros 26 estados do país e no Distrito Federal. Por meio de uma pesquisa exploratória nos sites das Secretarias de Estado de Saúde dos estados e do Distrito Federal foi possível identificar quais entes estão implementando políticas de descentralização do CEAF semelhante à PDCEAF executada pelo Governo de Minas Gerais e compará-las com relação aos seguintes tópicos:

- Descentralização para todos os municípios do estado, executando as etapas de solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento;
- Existência de incentivo financeiro para custeio para municípios executantes da política;
- Existência de incentivo financeiro para investimento nos estabelecimentos executantes da política;
- Existência de indicadores de monitoramento da política

A comparação com relação as essas características supracitadas se justificam uma vez que todas são implementadas pelo Governo de Minas, buscando assim avaliar como foram propostas e desenhadas essas políticas de descentralização do CEAF em outros estados.

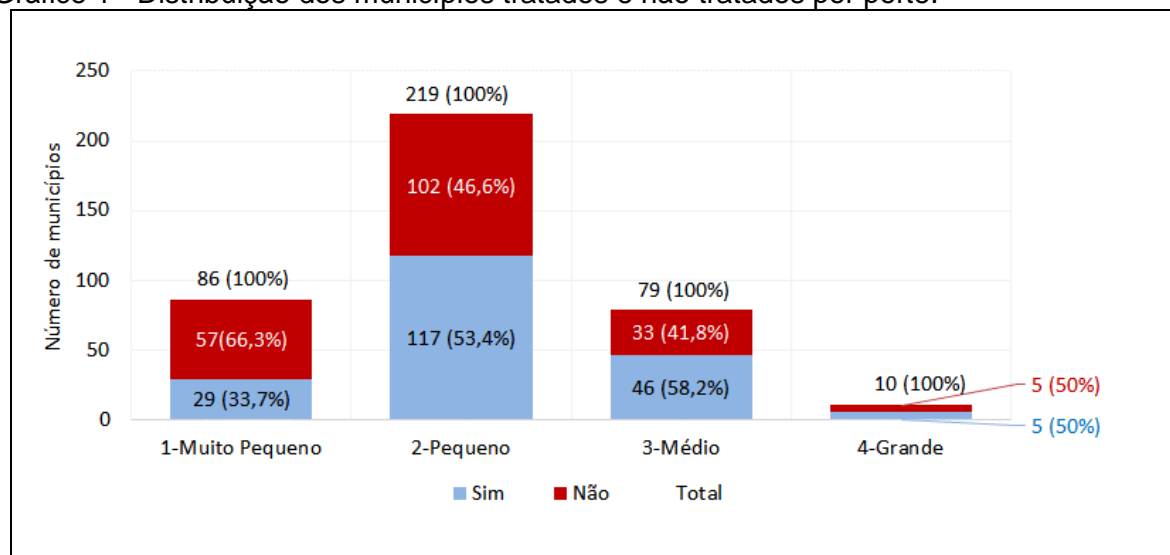
## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 Análise das diferenças de dispensações entre 2022 e 2019**

O código foi executado no Programa R com as bases de dados de dispensações dos primeiros quadrimestres de 2019 e do segundo quadrimestre de 2022. Após a execução do código, tratamento de dados e a realização do pareamento, o número de municípios da base de dados passou de 853 para 394, sendo 197 do grupo de tratamento e 197 do grupo de controle.

O Gráfico 1 evidencia a distribuição dos municípios tratados e não tratados por porte populacional. A classificação se deu da seguinte forma: 1-Muito pequeno (até 5 mil habitantes); 2-Pequeno (mais de 5 mil a 20 mil habitantes); 3-Médio (mais de 20 mil a 100 mil habitantes) e; 4-Grande (mais de 100 mil habitantes).

Gráfico 1 - Distribuição dos municípios tratados e não tratados por porte.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Elaboração própria.

A análise do Gráfico 1 nos permite avaliar a relação de municípios que executam a PDCEAF em relação ao porte populacional. É possível notar que a grande maioria dos municípios que executam a política possuem pequeno porte, compondo aproximadamente 59,4% do volume de municípios executantes. Os municípios de médio porte aparecem na segunda posição, correspondendo a 23,3% deles, seguido dos muito pequenos (14,7%) e dos grandes (2,6%).

A leitura do Gráfico 1 permite avaliar que a grande maioria dos municípios executam a PDCEAF são de pequeno e/ou médio porte. Isso indica que a PDCEAF é atrativa para municípios dessa faixa populacional, o que pode se dar pelo atrativo financeiro da política para custeio e investimento das farmácias municipais. Ademais, a política apresenta benefícios em termos políticos para os gestores municipais, uma vez que aproxima a gestão municipal do benefício da disponibilização dos medicamentos do CEAF.

De modo contrário, os municípios muito pequenos e os muito grandes não apresentam a mesma voluntariedade para adesão à política. No caso dos municípios muito pequenos, o aumento de responsabilidade, estruturação e manutenção da

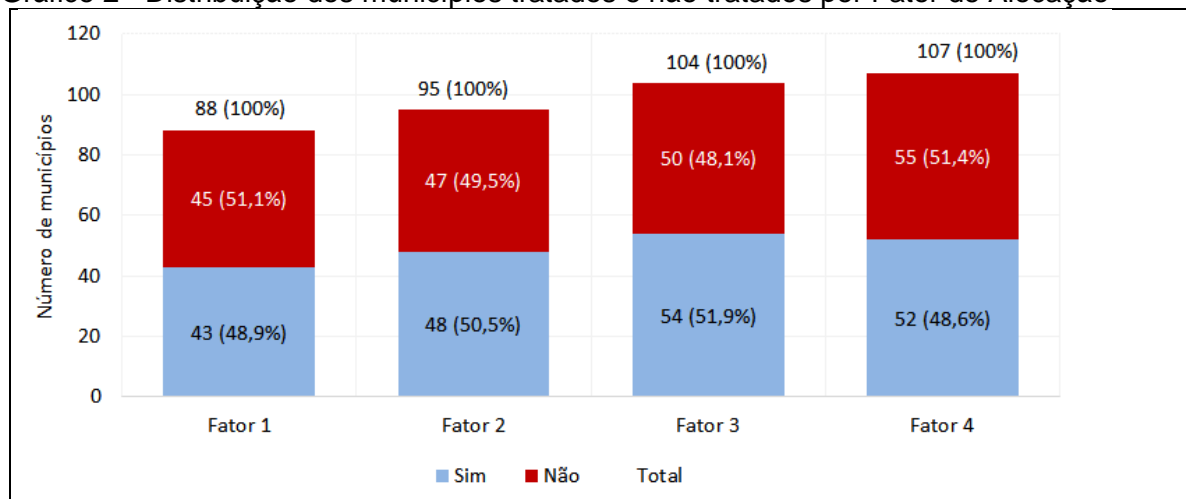
farmácia apta para executar a política e disponibilização de um profissional farmacêutico para executar a PDCEAF no estabelecimento dispensador podem explicar essa dificuldade da adesão.

Com relação aos municípios grandes, a dificuldade de adesão se dá em termos de outras dinâmicas. Municípios grandes tendem a ser sede das Regionais de Saúde. Nesse sentido, a adesão a PDCEAF pode não apresentar grande vantagem ao município, uma vez que já existem farmácias das regionais nestes, ocorrendo então apenas a troca de estabelecimento físico no qual o usuário deverá se apresentar.

Por fim, o Gráfico 1 evidencia que o pareamento apresentou maior número de municípios não executantes da política entre os de muito pequeno porte devido ao fato de que esse grupo conta com grande quantidade de municípios no estado, mas ainda poucos que executam a PDCEAF, levando a um maior número de municípios não tratados. Esse comportamento é invertido nos municípios de pequeno e médio porte, uma vez que nesses portes há maior adesão, o que implica no maior tamanho da amostra no grupo tratado.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos municípios tratados e não tratados por Fator de Alocação.

Gráfico 2 - Distribuição dos municípios tratados e não tratados por Fator de Alocação



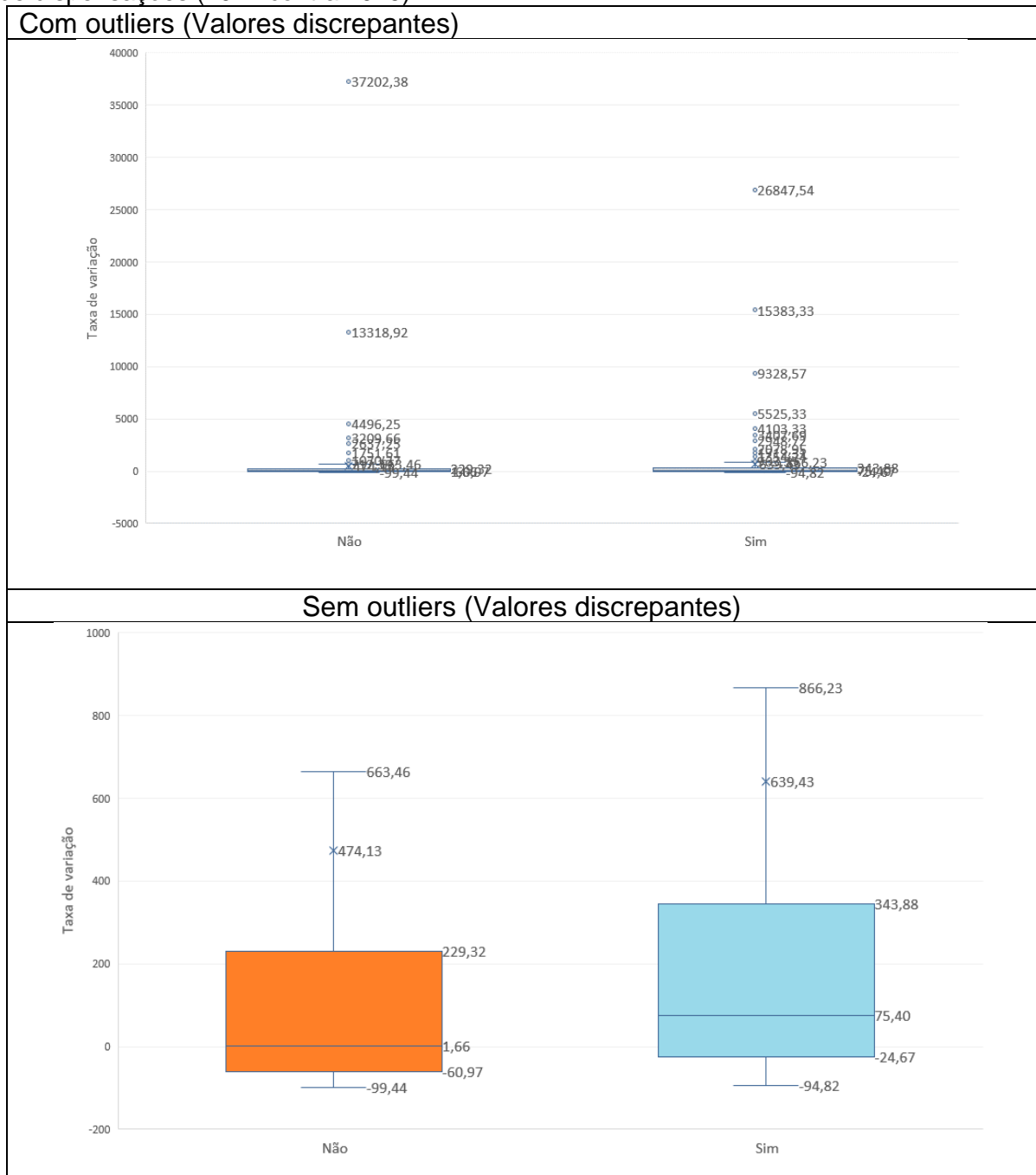
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Elaboração Própria.

A leitura do Gráfico 2 permite constatar que, em termos dos grupos de Fator de Alocação estabelecido pela Fundação João Pinheiro, a maioria dos municípios que executam a PDCEAF estão no Grupo Fator de Alocação 3 (54 municípios), seguido pelo Grupo Fator de Alocação 4 (52 municípios), Grupo Fator de Alocação 2 (48 municípios) e Grupo Fator de Alocação 1 (43 municípios).

Ademais, nota-se que há maior simetria entre os municípios tratados e não tratados com relação ao Grupo Fator de Alocação, sendo a maior diferença entre a estratificação do Grupo Fator de Alocação 3 (51,9% nos municípios tratados e 48,1% nos municípios não tratados).

O Gráfico 3 apresenta a distribuição dos municípios tratados e não tratados por taxa de variação no número de dispensações entre os anos de 2022 e 2019.

Gráfico 3 - Distribuição dos municípios tratados e não tratados por taxa de variação no número de dispensações (2022 contra 2019)



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Elaboração Própria.

A leitura do Gráfico 3 mostra o quanto pode ser interessante a retirada dos *outliers*. Os *outliers* são pontos de discrepância na análise de resultados, uma vez que apresentam valores muito fora do padrão observado, dificultando a análise de resultados por meio de cálculo de médias ou até mesmo no padrão de observação e montagem de gráficos.

Quando se analisa o gráfico sem os *outliers*, é possível uma leitura mais detalhada do gráfico *boxplot*. A leitura do diagrama de caixa em laranja traz informações sobre a taxa de variação no número de dispensações dos municípios que não descentralizam o CEAF ao se comparar os períodos de 2022 e 2019, enquanto em azul é plotado o diagrama para os municípios que estão executando a PDCEAF.

Primeiramente, entre os municípios que não estão executando a PDCEAF, observa-se um primeiro quartil de -60,97%, uma mediana de 1,66% e um terceiro quartil de 229,32%, além de uma média de 474,13%. Esses dados mostram que houve municípios que tiveram seu número de dispensações reduzindo desde -99,44% até aumento do número de dispensações em algum município de 37.202%, sendo que metade dos municípios tiveram taxas de variação no número de dispensações entre -60,97% e 229,32%.

Já para os municípios que estão executando a PDCEAF, o limite inferior é de -94,82%, o primeiro quartil é de -24,67%, a mediana é de 75,40, o terceiro quartil é de 343,88% a média foi de 639,43%. Esses dados mostram que houve municípios que tiveram seu número de dispensações reduzindo desde -94,82% até aumento do número de dispensações em algum município de 26.848%, sendo que metade dos municípios tiveram taxas de variação no número de dispensações entre -24,67% e 343,88%.

Comparando-se os diagramas de caixa dos municípios que não executam a PDCEAF com os municípios que executam a PDCEAF, é possível notar que o diagrama dos municípios que a executam encontra-se deslocado para cima em relação ao diagrama dos que não executam, ou seja, as taxas de variações dos municípios que executam a PDCEAF foram superiores de modo geral. Ao se comparar cada elemento do diagrama de caixa (limite inferior, primeiro quartil, mediana, terceiro quartil e limite superior) entre ambos os grupos, nota-se que os valores de taxas de

variação do número de dispensações dos municípios que executam a PDCEAF são sempre superiores aos municípios que não executam a política.

A média não foi considerada nesse estudo, uma vez que uma análise baseada nesta pode levar a conclusões preliminares não satisfatórias, pois a média consiste no valor aritmético médio de todos os elementos que compõe o sistema. Dessa forma, os elementos *outsiders* tendem a influenciar fortemente sobre o valor final da média, possibilitando resultados distorcidos na análise final (SILVA; FERNANDES; ALMEIDA, 2015).

Nesse contexto, a análise da mediana é mais bem fundamentada para uma comparação entre os grupos tratados nesse estudo. A mediana tem caráter de tendência central e não é influenciada fortemente pelos *outsiders* como a média, portanto, é mais indicada para tratar distribuição de dados com valores discrepantes e distorcidos (SILVA; FERNANDES; ALMEIDA, 2015).

Analisando a mediana do grupo de municípios que não executam a PDCEAF, observa-se uma tendência central da taxa de variação do número de dispensações muito baixa, apenas 1,66%. Portanto, entre os anos de 2022 e 2019, a taxa de variação dos municípios que não executam a PDCEAF teve uma tendência central próxima de zero, demonstrando um caráter nulo na mesma. Por outro lado, ao se avaliar a mediana da taxa de variação dos municípios que executam a PDCEAF entre os anos de 2022 e 2019, nota-se que nesse grupo a mediana é bem mais elevada em comparação com o outro grupo, possuindo um valor de 75,40%.

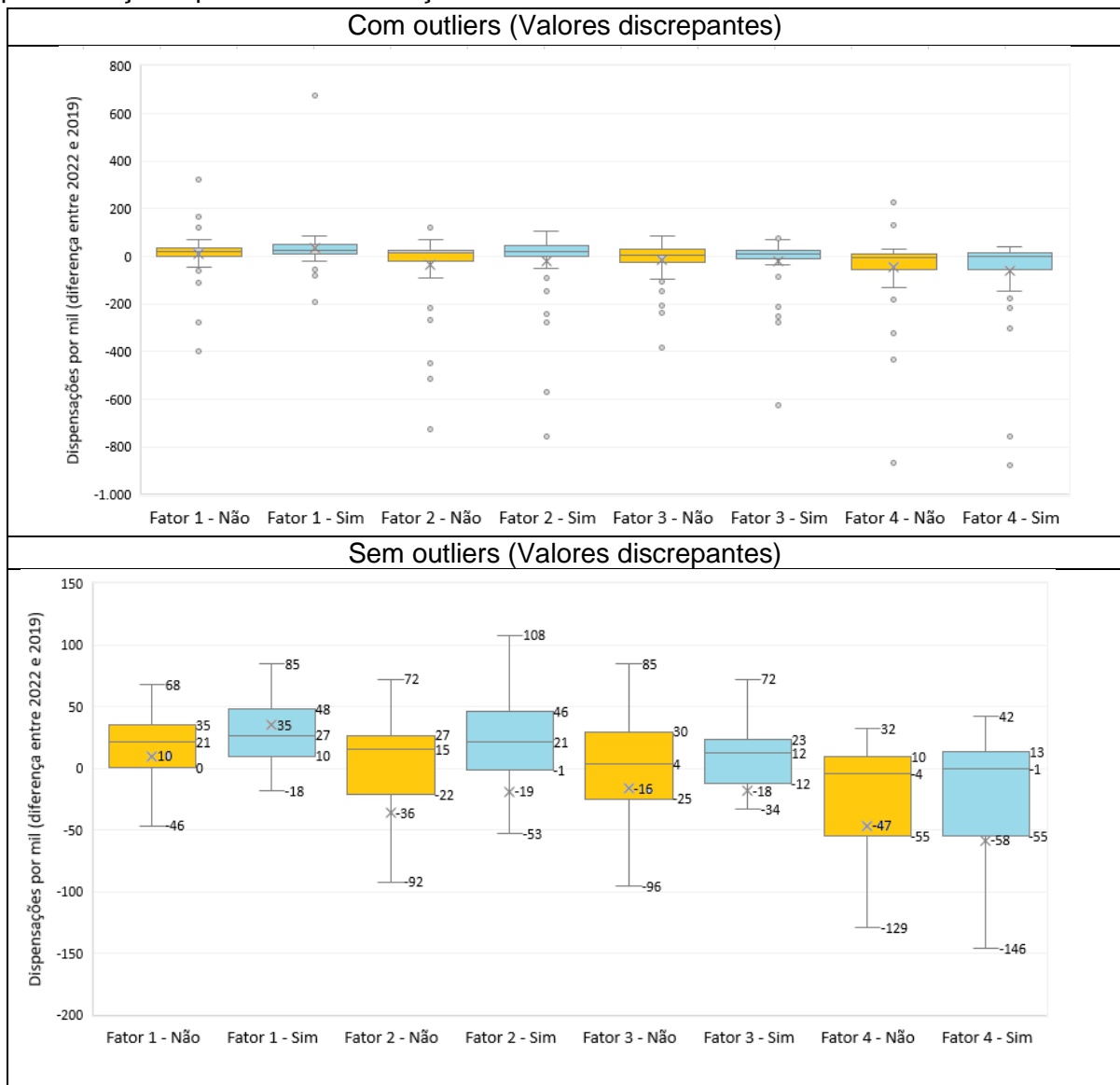
Portanto, com base na análise do Gráfico 3 e da mediana de cada grupo, é possível afirmar que a PDCEAF teve impacto significativo sobre a tendência de aumento do número de dispensações de medicamentos do CEAF entre os municípios mineiros. Com realização do teste de comparação de medianas foi possível constatar que a diferença da taxa de variação entre os grupos de tratados e não tratados foi estatisticamente significativa a 10%. Esse fato corrobora o objetivo precípua da PDCEAF estabelecido em seu Art. 3º o qual estabelece que “O objetivo principal da PDCEAF no âmbito do Estado de Minas Gerais é ampliar e qualificar o acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) [...]”. (MINAS GERAIS, 2021, p.2)

Tendo em vista as ações adotadas na PDCEAF para facilitar o acesso aos medicamentos do CEAF para o usuário final, como a redução do deslocamento para a solicitação do medicamento devido a execução da PDCEAF pelo estabelecimento

dispensador do próprio município do usuário, a aproximação entre o farmacêutico municipal e o usuário, elevando a qualificação do CEAF e dentre outras, percebe-se que esse aumento da taxa de variação do número de dispensações entre os municípios que executam a PDCEAF é coerente com o resultado esperado para a política.

O Gráfico 4 apresenta a distribuição do Número de Dispensações por mil (Diferença entre 2022 e 2019) por execução e por Fator de Alocação.

Gráfico 4 - Distribuição do Número de Dispensações por mil (Diferença entre 2022 e 2019) por execução e por Fator de Alocação



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Elaboração Própria.

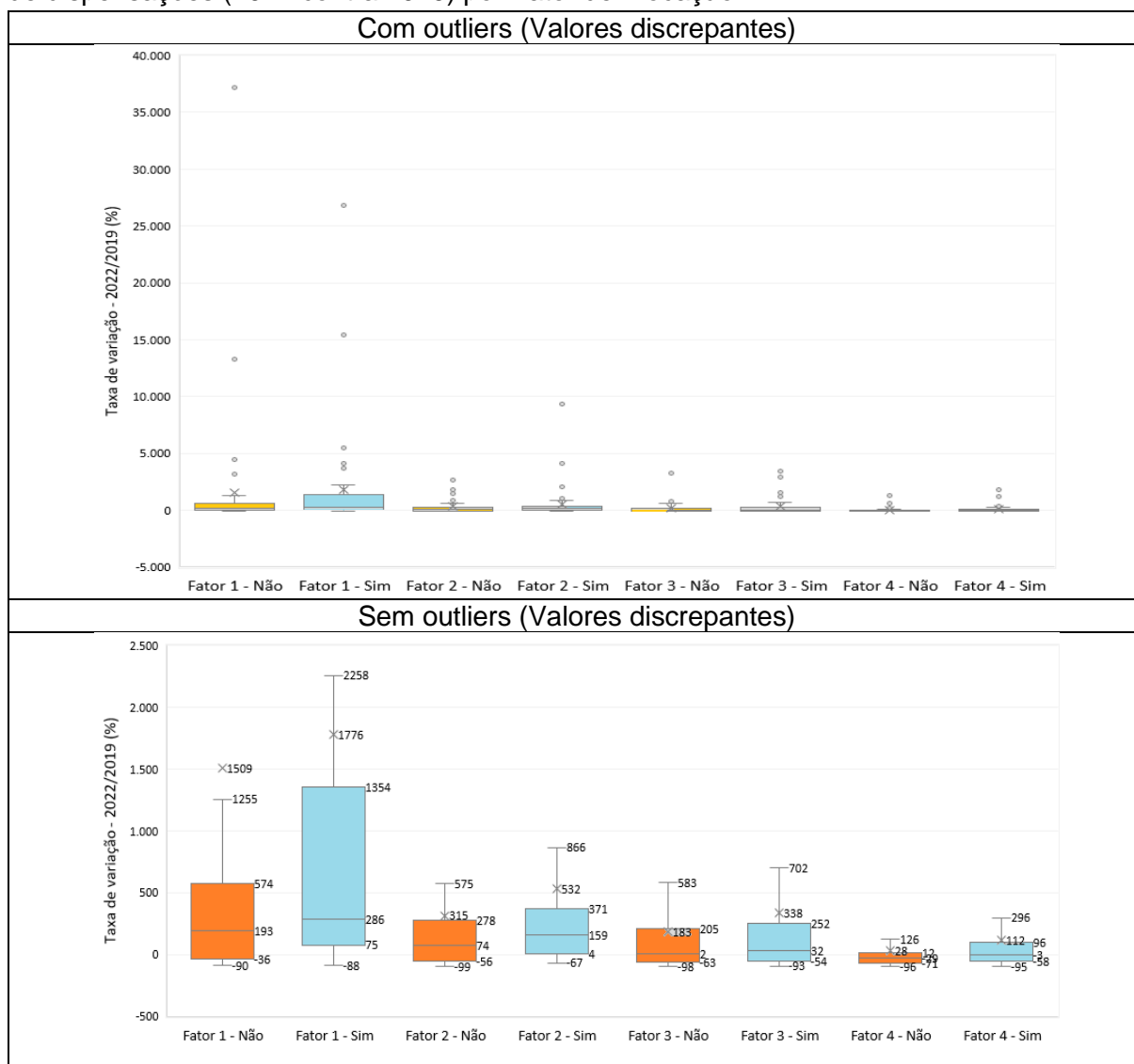
O Gráfico 4 confirma a dificuldade de se analisar dados com a presença de *outliers*, necessitando-se excluir estes para uma melhor visualização e leitura das

informações. Sem os *outliers*, percebe-se que o Gráfico 4 estratifica as informações de diferença de dispensações por mil habitantes entre 2022 e 2019 por Grupo Fator de Alocação entre os municípios que descentralizaram e não descentralizaram o CEAF.

Uma tendência importante que se observa no gráfico é o fato de todas as medianas dos municípios que descentralizaram estão acima das medianas dos municípios que não descentralizaram, podendo-se realizar uma análise semelhante a feita para o Gráfico 3. Ademais, nota-se que a maior diferença de medianas se deu para os municípios do Grupo Fator de Alocação 3.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição dos municípios tratados e não tratados por taxa de variação no número de dispensações (2022 contra 2019) por Fator de Alocação.

Gráfico 5 - Distribuição dos municípios tratados e não tratados por taxa de variação no número de dispensações (2022 contra 2019) por Fator de Alocação



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Elaboração Própria.

O Gráfico 5 estratifica o resultado do Gráfico 3 em função do Grupo Fator de Alocação de cada município. Nesse sentido, é possível analisar que todas as medianas dos diagramas de caixa dos municípios que estão executando a PDCEAF estão acima dos valores de medianas dos municípios que não executam a PDCEAF. Esse resultado era esperado, uma vez que o Gráfico 5 é um aprofundamento do Gráfico 3, mas com os mesmos resultados, devendo então apresentar comportamento e tendências no mesmo sentido.

Destaca-se que o Grupo Fator Alocação 1 que está executando a PDCEAF apresenta uma maior dispersão do que todos os outros grupos. Apesar desse comportamento, a análise da mediana se mostra mais coerente, sendo a mediana do

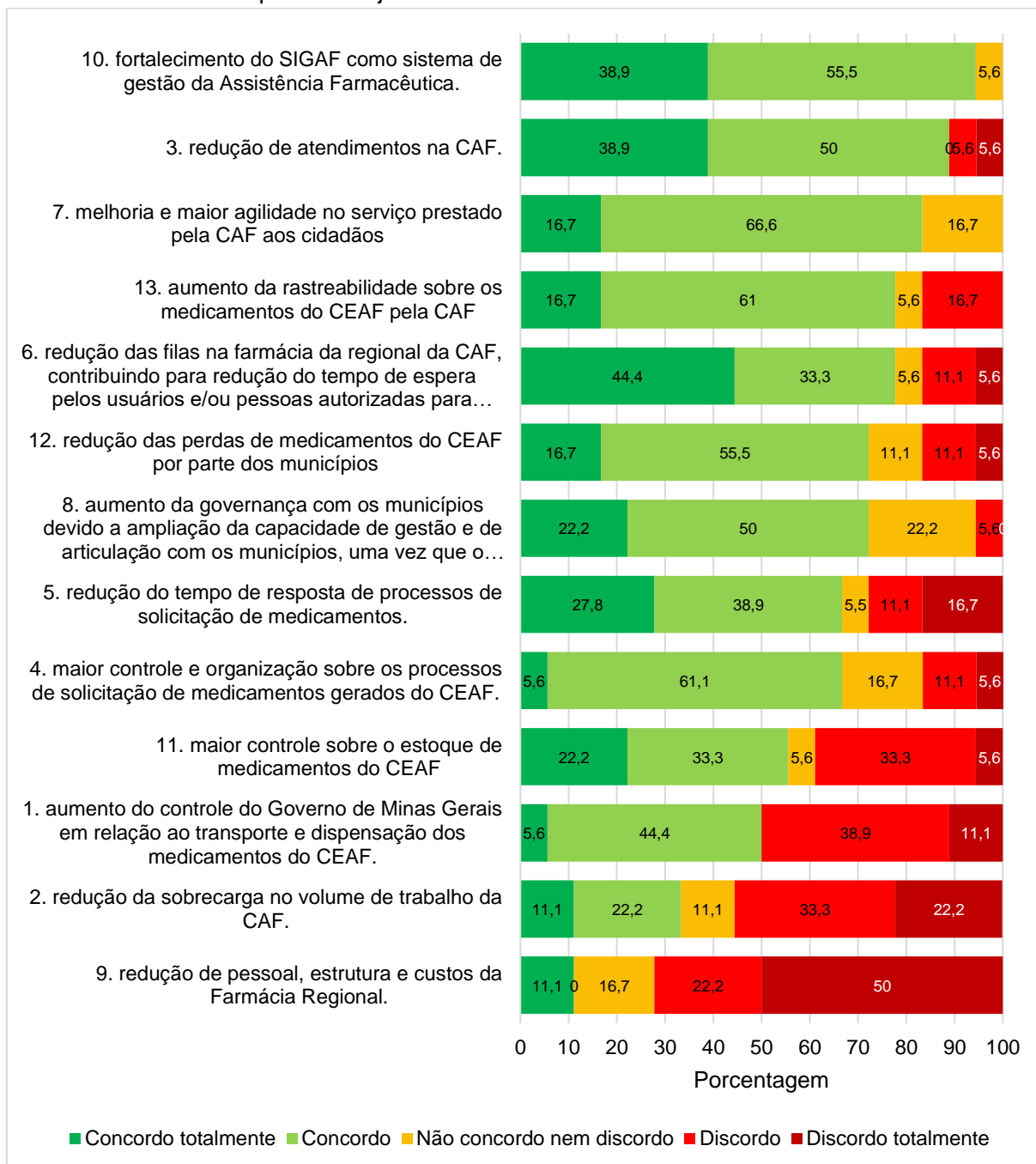
grupo que está executando a política (286) maior do que os municípios que não executam a PDCEAF (193).

Por fim, o Gráfico 6 apresenta a distribuição dos municípios tratados e não tratados por taxa de variação no número de dispensações (2022 contra 2019) estratificado por Porte municipal. O Gráfico 6 estratifica os resultados do Gráfico 3 pelo porte populacional dos municípios, evidenciando a taxa de variação do número de dispensações entre 2022 e 2019. A análise do gráfico demonstra que, para os grupos de municípios que descentralizaram os medicamentos do CEAF de porte muito pequeno, pequeno e médio, houve aumento da mediana em relação aos municípios que não aderiram à política. Tal resultado era esperado, uma vez que representa uma estratificação do Gráfico 3 que consolida todas essas informações.

Com relação aos grupos de municípios de grande porte, há uma inversão dessa tendência. A mediana do grupo de municípios que não aderiram a política é superior ao dos municípios que aderiram à PDCEAF. Tal fato pode ser explicado pelo baixo número de municípios de grande porte que aderiram à política e que, devido ao tamanho do município, há maior complexidade e demanda de medicamentos do CEAF, necessitando de um aprofundamento da análise. Exemplo dessa temática é o município de Belo Horizonte que não descentralizou e possui um número muito elevado de usuários do CEAF, bem como elevada mobilidade de cidadãos que começam ou deixam de residir no município.



Gráfico 7 – Respostas do questionário enviado às CAFs ordenados em objetivos com maior nível de concordância para os objetivos com menor nível de concordância.



Fonte: Elaboração própria.

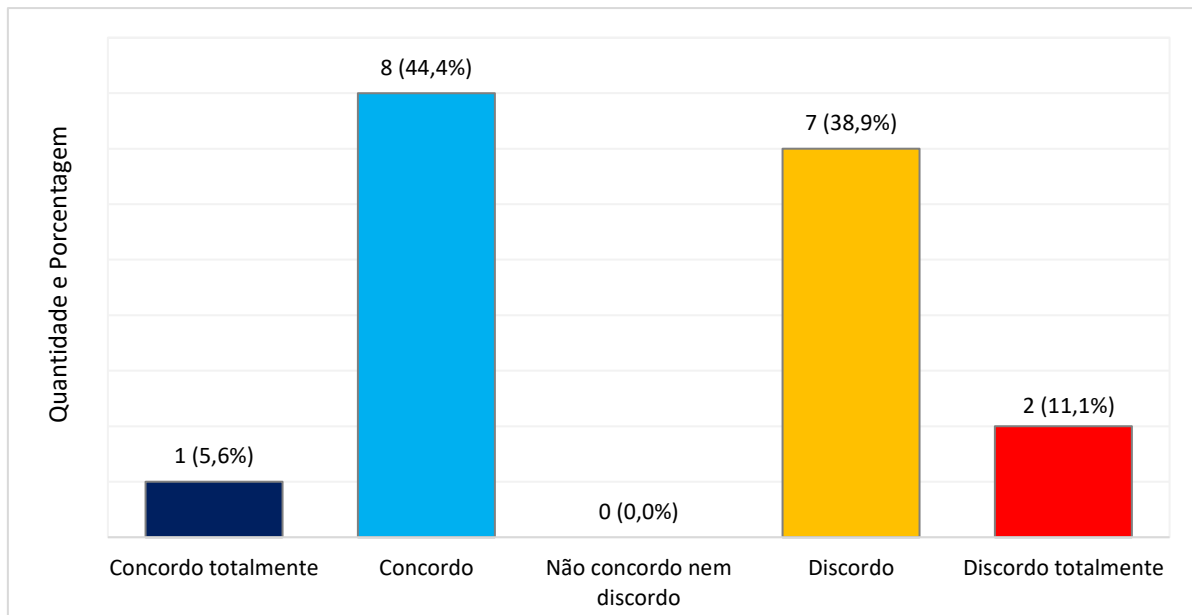
O Gráfico 7 foi construído de modo a ordenar os itens de maior concordância entre os gestores até os de menor concordância. Dessa forma, quanto maior o percentual de respostas positivas (Concordo totalmente e concordo), mais acima está no Gráfico 7. Já para os itens de maior discordância (Discordo totalmente e discordo), encontram-se mais abaixo.

Por meio de uma análise do Gráfico 7, é possível observar que há um objetivo dentre os 13, acima dos 90% de concordância, três objetivos acima dos 80% de concordância, sete objetivos acima dos 70% de concordância, nove objetivos acima dos 60% de concordância. Além disso, 11 objetivos analisados possuem uma percepção de concordância positiva entre mais de 50% dos gestores. Para a grande maioria dos impactos e resultados visados pela PDCEAF (84,6%), depreende-se que a política tem sido executada e está atingindo tais objetivos definidos a priori por mais da metade dos gestores.

O Gráfico 7 também aponta os três objetivos de maior discordância por parte dos gestores das CAFs: objetivos 1 (Aumento do controle do Governo de Minas Gerais em relação ao transporte e dispensação dos medicamentos do CEAF), 2 (Redução da sobrecarga no volume de trabalho da CAF) e 9 (Redução de pessoal, estrutura e custos da Farmácia Regional), respectivamente. Nesse sentido, pode-se analisar quais as razões pelas quais esses objetivos estão com maior nível de discordância por parte dos gestores das CAFs.

O Gráfico 8 apresenta as respostas dos gestores das CAFs para a afirmação de que a PDCEAF, segundo a percepção dos mesmos, resultou em um aumento do controle do Governo de Minas Gerais em relação ao transporte e dispensação dos medicamentos do CEAF.

Gráfico 8 – Distribuição das respostas dos gestores das CAFs segundo a afirmação de que “a PDCEAF resultou em um aumento do controle do Governo de Minas Gerais em relação ao transporte e dispensação dos medicamentos do CEAF.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

Um dos objetivos da PDCEAF é aumentar o controle do Governo de Minas Gerais em relação ao transporte e dispensação de medicamentos do CEAF, uma vez que a dispensação era realizada somente nos municípios sede das regionais de saúde por meio das farmácias regionais, apresentando uma série de problemas nesse sentido. Algumas situações desafiadoras são: (i) a distância das farmácias regionais ao usuário do medicamento do CEAF; (ii) a dispensação de diversos medicamentos a um servidor municipal devidamente habilitado pelos pacientes; (iii) o transporte de medicamento termolábeis das regionais para os municípios pelos servidores municipais, dentre outras.

Nesse sentido, é possível perceber que o resultado do questionário demonstra uma percepção dividida entre os gestores das CAFs com relação a essa questão. Metade dos gestores farmacêuticos concordam ou concordam totalmente com a afirmação, avaliando ter a percepção de um impacto positivo da PDCEAF em relação ao aumento do controle do Governo de Minas em relação ao transporte e dispensação dos medicamentos do CEAF. A percepção de melhora relaciona-se com o fato de que após a PDCEAF os medicamentos são dispensados diretamente no município pelo farmacêutico municipal ao usuário ou pessoa autorizada para sua retirada, nesse

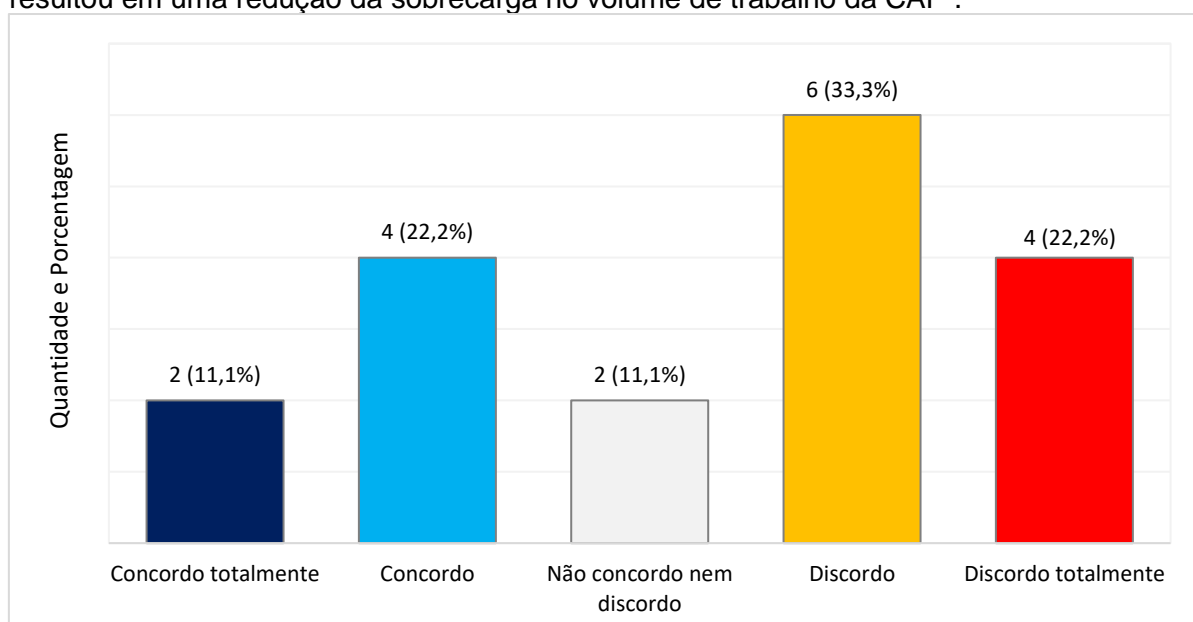
sentido, há uma aproximação do usuário final com o estabelecimento dispensador e o farmacêutico responsável.

Em termos de discordância, a coparticipação dos municípios no processo de gestão dos medicamentos do CEAF poderia levar a uma redução do controle pelo governo de Minas Gerais, como relatado por um servidor.

“A gestão dos processos e estoque eram realizados na CAF, agora com a descentralização o município também fica responsável pela gestão o que muitas vezes não representa um maior controle.”

O Gráfico 9 apresenta as respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “... a PDCEAF, resultou em uma redução da sobrecarga no volume de trabalho da CAF”.

Gráfico 9 – Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em uma redução da sobrecarga no volume de trabalho da CAF”.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

Com relação ao impacto de redução da sobrecarga no volume de trabalho da CAF, nota-se que os resultados apresentam uma visão de percepção discordante dos gestores em sua maioria, uma vez que 55% das respostas discordam ou discordam totalmente da afirmação, número bem superior aos 33,3% que avaliam positivamente esse impacto em suas regionais.

O impacto positivo na redução da sobrecarga de trabalho nas CAFs, segundo relato dos servidores pelos questionários, se relaciona com a redução de montagem

e conferência de processos de tramitação via SEI, bem como a redução de atendimentos presenciais nas CAFs e de dispensações nas farmácias das regionais.

Contudo, a PDCEAF introduziu uma série de atividades relacionadas à gestão da política, o que acabou por aumentar a demanda de trabalho das CAFs em outras áreas. Analisando as respostas dos comentários deixados no questionário, percebe-se que a não redução da sobrecarga no volume de trabalho da CAF se dá por alguns fatores. Primeiramente, ao iniciar a execução da PDCEAF, a CAF tem que adotar um novo fluxo de trabalho com os municípios, uma vez que nem todos os municípios da regional aderiram à PDCEAF. A execução de dois fluxos simultâneos de trabalho dificulta e acaba por sobrecarregar as regionais, uma vez que o quantitativo de servidores se manteve o mesmo.

A PDCEAF adiciona ao rol de atividades das CAFs fluxos de trabalho relacionados ao treinamento de servidores municipais, convencimento de adesão à política, monitoramento da política e a gestão propriamente dita da PDCEAF. Nesse sentido, durante a fase de implementação da PDCEAF, há aumento da carga de atividades e trabalhos nas CAFs. Os relatos de vários servidores corroboram essa análise.

“A PDCEAF reduziu o atendimento presencial aos pacientes nas CAF's, porém os processos de faturamento e separação, além da gestão e monitoramento da política, exigem maior número de servidores. Algumas CAF's estão com RH bastante reduzido.”  
(Servidor A)

“A PDCEAF está muito recente, ainda é difícil verificar melhora em todo o fluxo. E como não foram todos os municípios que descentralizaram estamos trabalhando com os dois fluxos, o atendimento como era feito anteriormente e o novo. Diminuíram as demandas de conferência de processos, mas por outro lado temos que digitalizar todos os processos ativos para disponibilizar no Sei. Dessa forma ainda não é possível verificar tantas melhorias e temos que levar em consideração que a demanda é sempre crescente, mas o número de reposição profissionais não acompanha essa situação.” (Servidor B)

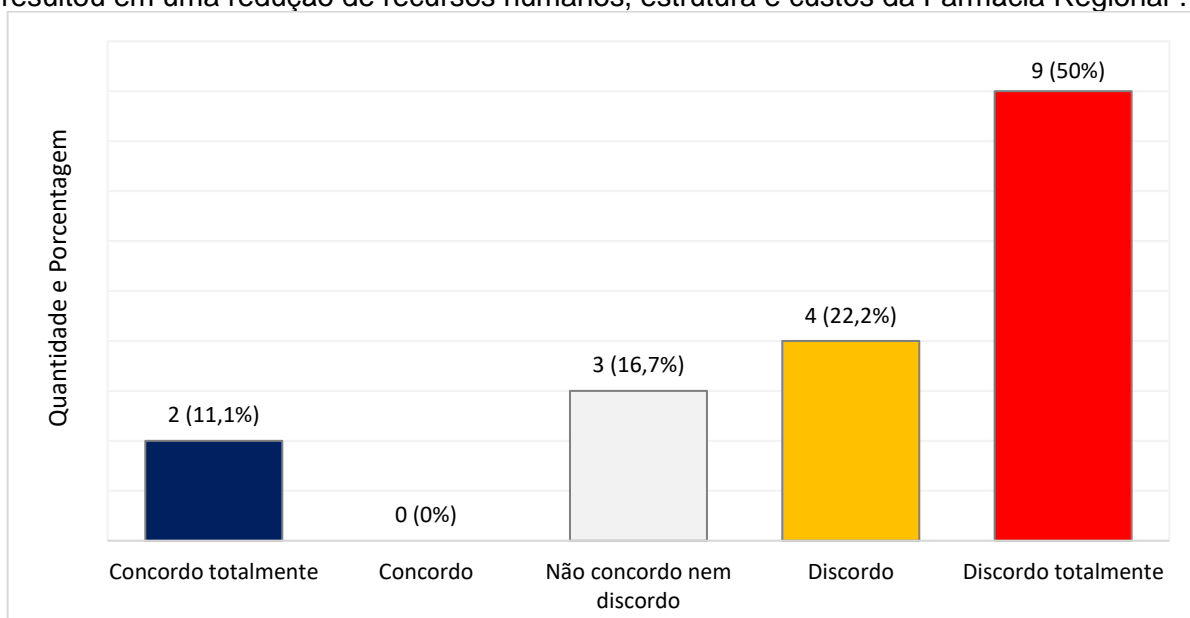
“Não podemos afirmar que a PDCEAF trouxe redução da sobrecarga no volume de trabalho da CAF visto que estamos fazendo gestão da pdceaf nos municípios, monitoramento e treinamentos e ainda atendendo aos municípios que não aderiram.”

“O impacto relacionado ao número de atendimentos presenciais foi maior nas regionais cujo município sede descentralizou. Além disso, outras diversas atividades foram criadas e essas superam o tempo

gasto com as dispensações que as regionais deixaram de fazer. Além disso, continua havendo a coexistência de vias de atendimento: municípios descentralizados, municípios especiais (aqueles cujo representante busca os medicamentos na regional) e o atendimento presencial (para os municípios que não descentralizaram/tem representante). Dessa forma, não foi possível perceber redução da carga de trabalho, pelo contrário, estamos ainda mais sobrecarregados.”

O Gráfico 10 apresenta as respostas dos gestores das CAFs para a afirmação de que “A PDCEAF resultou em uma redução de recursos humanos, estrutura e custos da Farmácia Regional”.

Gráfico 10 – Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em uma redução de recursos humanos, estrutura e custos da Farmácia Regional”.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

A percepção geral dos gestores das CAFs é que com a implementação e execução da PDCEAF, não houve redução de recursos humanos, estrutura e custos das farmácias das regionais. Somente 11,1% concordam com essa afirmação e 72,2% discordam parcialmente ou totalmente desse possível impacto da PDCEAF nas CAFs.

Analisando a resposta de um dos servidores das CAFs, pode-se analisar as razões para tal percepção tão negativa a respeito desse impacto.

“O serviço de atendimento ao público na farmácia regional só diminui quando o município sede aderir a PDCEAF, porém a descentralização aumentou bastante os serviços de apoio e acompanhamento das solicitações e dispensação de medicamentos, bem como a realização de treinamentos.”

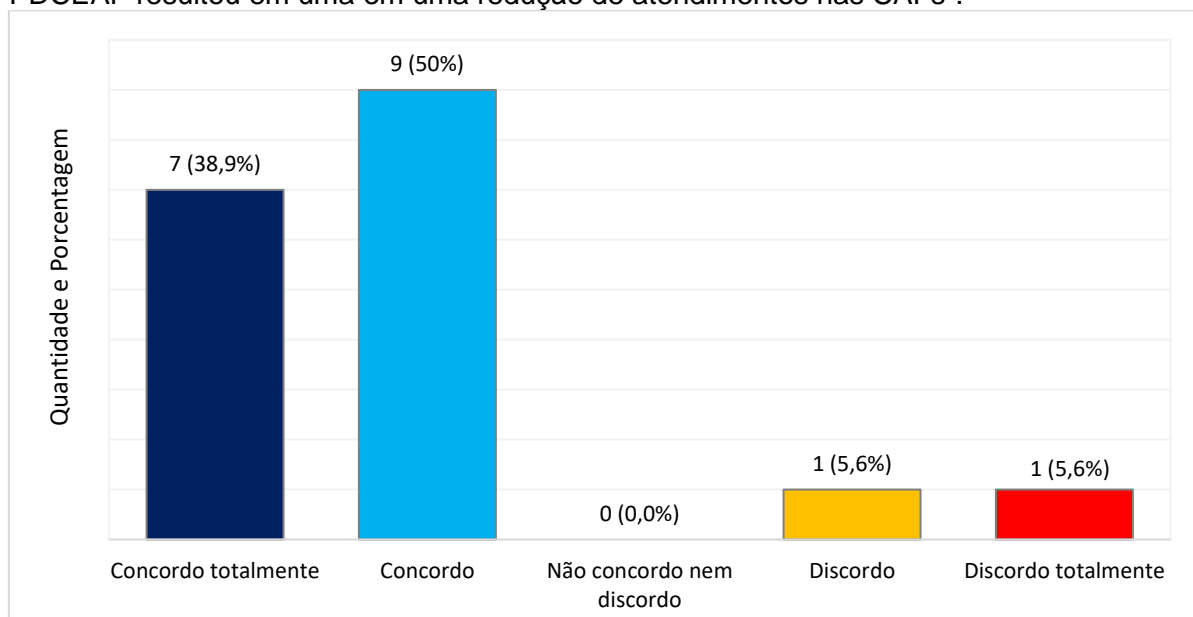
“A PDCEAF reduziu o atendimento presencial aos pacientes nas CAF's, porém os processos de faturamento e separação, além da gestão e monitoramento da política, exigem maior número de servidores. Algumas CAF's estão com RH bastante reduzido.”  
(Servidor X)

O relato do servidor X apresenta a tese de que os serviços de atendimento ao público nas farmácias das regionais só são reduzidos significativamente quando há adesão do município sede à PDCEAF. Isso tende a ocorrer devido ao fato de que nos municípios sede de regionais há maior número de usuários e/ou pessoas autorizadas a retirar os medicamentos dispostas a ir até as farmácias das regionais, pois estão no mesmo município que o usuário. Dessa forma, há maior demanda por atendimento e, conseqüentemente, formação de filas.

Já no caso de descentralização do município sede, os usuários e/ou pessoas autorizadas a retirar os medicamentos vão para a(s) farmácia(s) do município habilitada(s) para a execução da PDCEAF. Nesse sentido, retira-se grande fluxo de pessoas da farmácia da regional, mantendo um fluxo menor de pessoas ou servidores que buscam os medicamentos do CEAF para os usuários de outros municípios.

O Gráfico 11 apresenta as respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF, segundo a percepção dos gestores, resultou em uma redução de atendimentos nas CAFs”.

Gráfico 11 – Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação: “A PDCEAF resultou em uma em uma redução de atendimentos nas CAFs”.

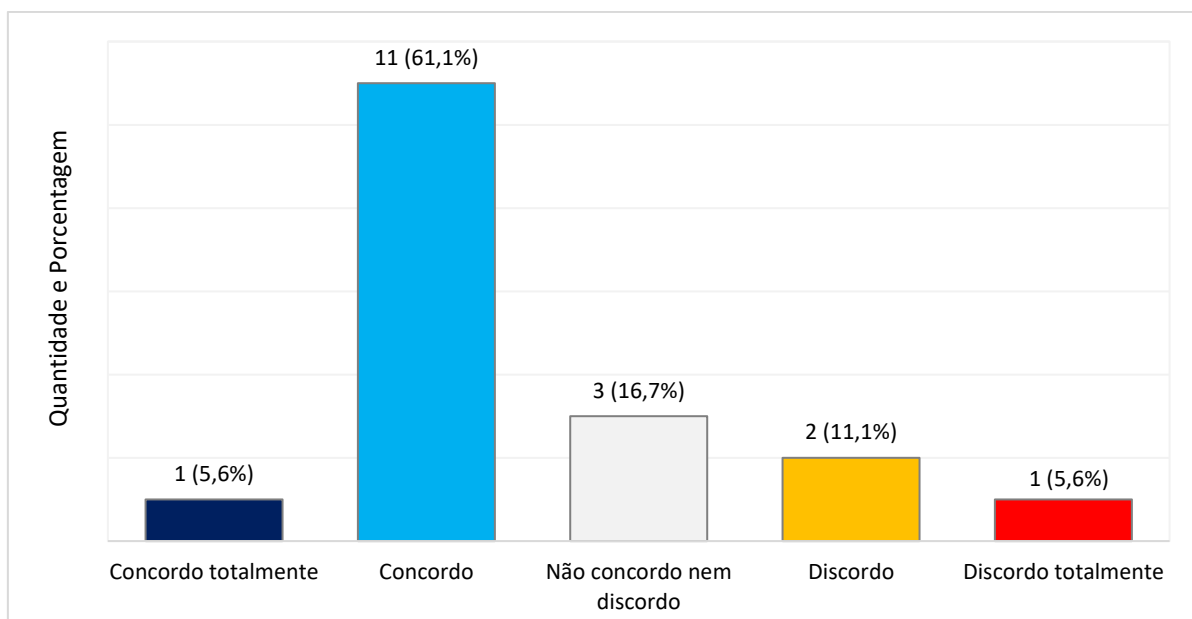


Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

Com relação ao impacto específico de redução de atendimentos nas CAFs, nota-se que o nível de concordância se eleva a um patamar de quase de unanimidade, o que era esperado, uma vez que o objetivo da PDCEAF era reduzir os atendimentos nas CAFs e nas Farmácias das Regionais, descentralizando esses atendimentos aos municípios que lidariam com um quantitativo mais proporcional de atendimentos conforme seu porte populacional.

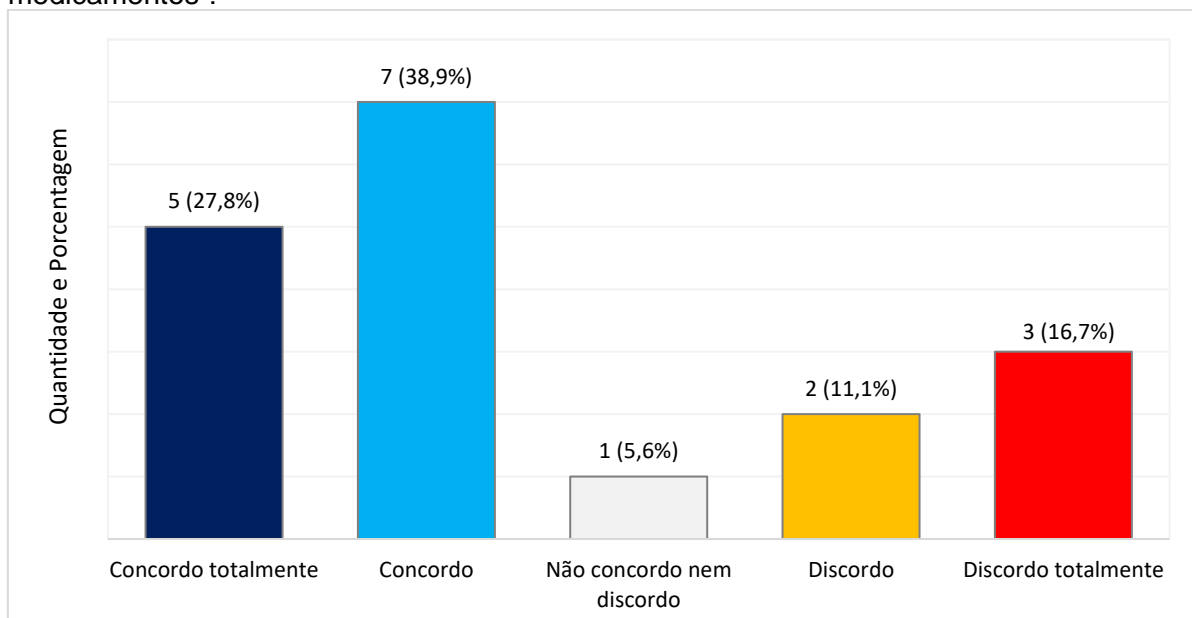
O Gráfico 12 apresenta as respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “ a PDCEAF, segundo a percepção dos gestores, resultou em um maior controle e organização sobre os processos de solicitação de medicamentos gerados do CEAF”.

Gráfico 12 – Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “a PDCEAF resultou em um maior controle e organização sobre os processos de solicitação de medicamentos gerados do CEAF”.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

Gráfico 12B - Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “a PDCEAF resultou em uma redução do tempo de resposta de processos de solicitação de medicamentos”.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

Um maior controle e organização sobre os processos de solicitação de medicamentos gerados do CEAF foi notado por 66,7% dos gestores, enquanto a menor parte, 16,7%, discordam ou discordam totalmente desse impacto. Ademais, uma redução do tempo de resposta de processos de solicitação de medicamentos foi

notada por 66,7%. Esse aumento do controle e organização dos processos de solicitação de medicamentos do CEAF, bem como a redução do tempo de resposta de processos de solicitação de medicamentos do CEAF, como visto no Gráfico 12B, era esperado e foi desenhado na política pública.

Os relatos dos servidores ajudam a compreender esses resultados.

“O município assumiu as responsabilidades por montagem, verificação e inserção dos processos no SEI/SIGAF, nisso a agilidade realmente é muito grande.”

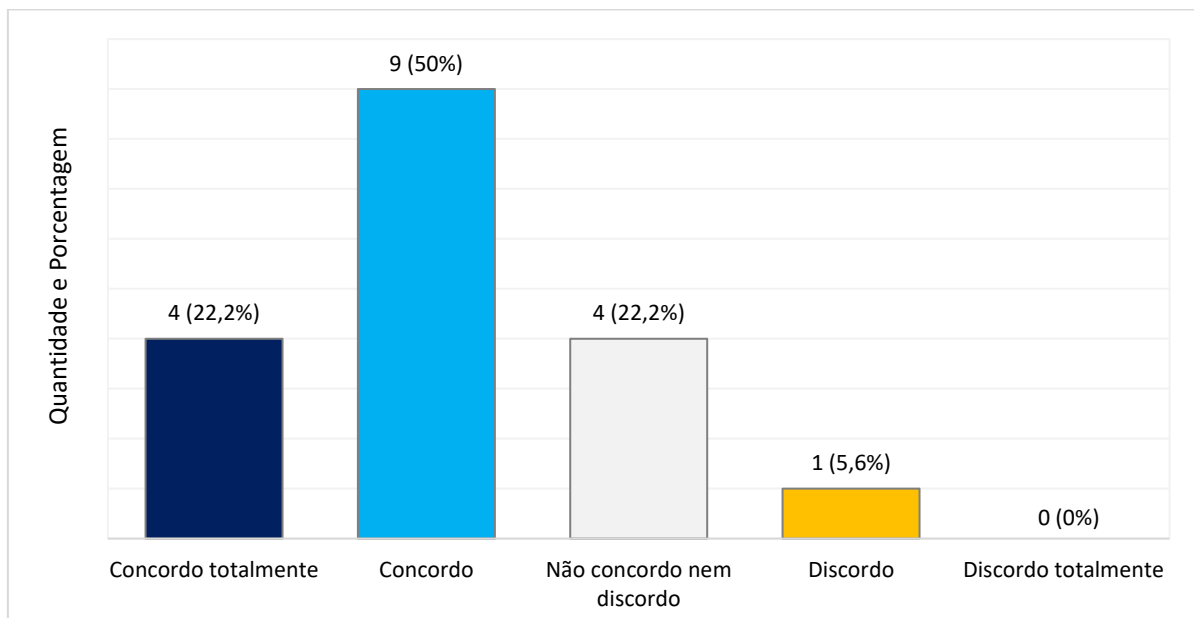
“De forma geral, o PDCEAF facilitou o acesso dos usuários aos medicamentos, agilizando todo o processo, principalmente a logística.”

“A adesão da política no município veio para facilitar o acesso dos medicamentos do Componente do CEAF à população. Acompanhamos estes pacientes de perto, e uma maior agilidade quanto a montagem e envio dos processos.”

“Melhorou e agilizou muito o acesso aos medicamentos, uma vez que o processo não fica indo e vindo por conta de algumas pendências.”

A percepção de aumento da governança com os municípios devido a ampliação da capacidade de gestão e de articulação com os municípios foi notada por 72,2% dos gestores das CAFs (Gráfico 13). Para a implementação da PDCEAF, foi necessária a discussão e intenso diálogo com as Secretarias Municipais de Saúde para o convencimento da necessidade da adesão do município a PDCEAF para a continuidade e expansão do CEAF. Nesse sentido, as pactuações realizadas em CIB, as reuniões das CAFs com as SMS e os próprios treinamentos das CAFs com as SMS para a correta execução da PDCEAF são ferramentas de aumento da governança e corroboram a percepção dos gestores sobre a temática.

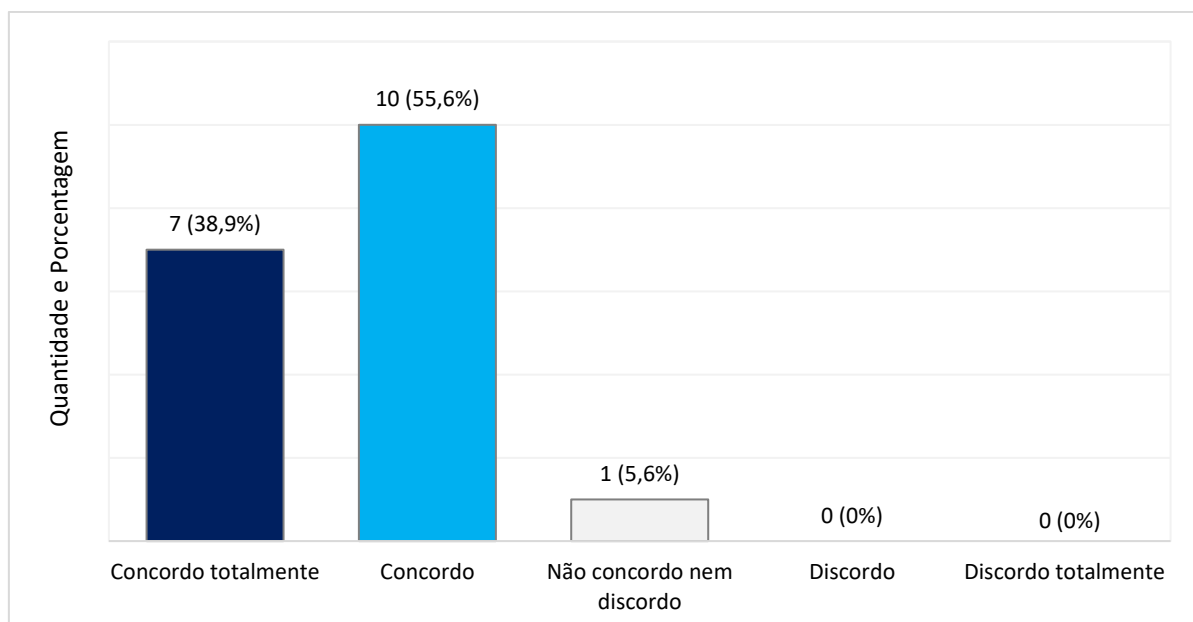
Gráfico 13 – Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “a PDCEAF, segundo a percepção dos gestores, resultou em uma maior governança com os municípios”.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

O Gráfico 14 apresenta as respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “a PDCEAF, segundo a percepção dos gestores, resultou em um fortalecimento do SIGAF como sistema de gestão da Assistência Farmacêutica”.

Gráfico 14 – Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “a PDCEAF resultou em um fortalecimento do SIGAF como sistema de gestão da Assistência Farmacêutica.

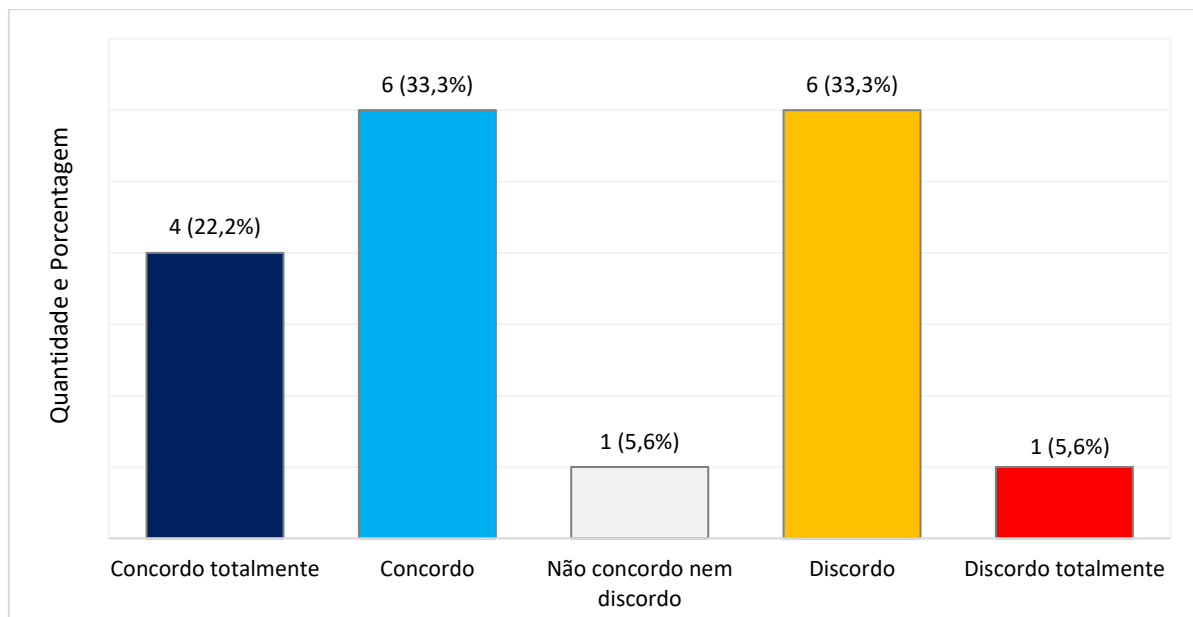


Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

A PDCEAF estabelece aos municípios que queiram executar a política a utilização do SIGAF como sistema de gestão da Assistência Farmacêutica. Nesse sentido, era esperado que os gestores das CAFs observassem uma percepção positiva sobre esse impacto na medida em que todos os municípios executantes, ao assinar o Termo de Compromisso, pactuam a sua utilização, tornando o sistema mais robusto em termos de dados e monitoramento de gestão da Assistência Farmacêutica.

O Gráfico 15 apresenta as respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “APDCEAF resultou em um maior controle sobre o estoque de medicamento do CEAF”.

Gráfico 15 – Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em um maior controle sobre o estoque de medicamento do CEAF”.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

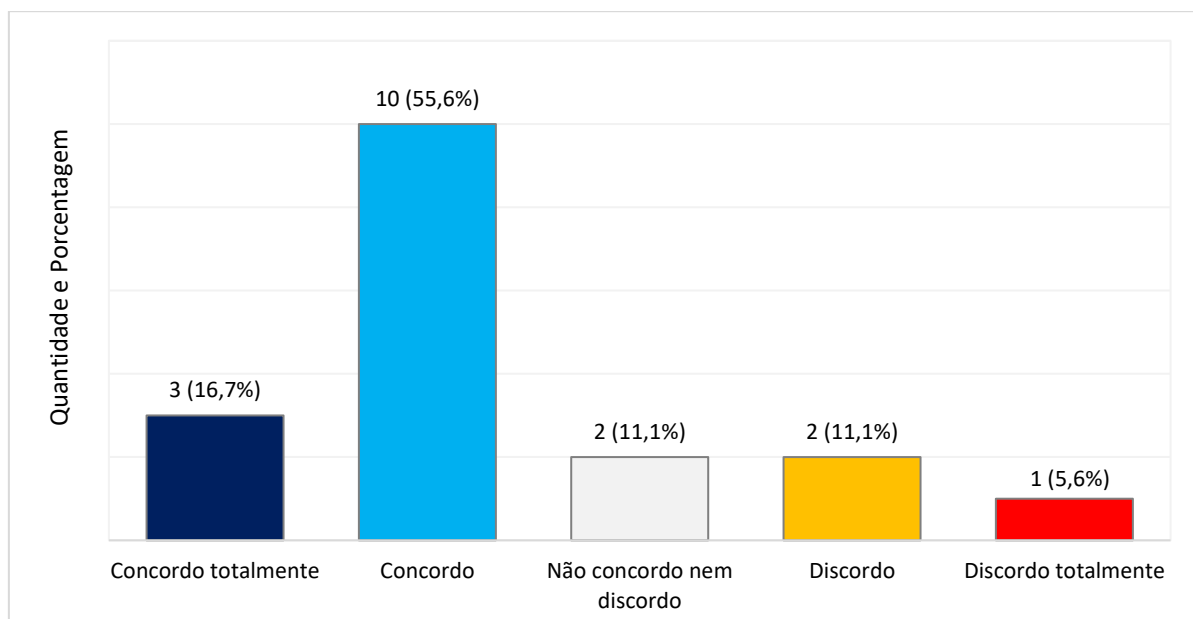
Um maior controle sobre o estoque de medicamentos do CEAF era esperado pela Secretaria de Estado de Saúde ao implementar a PDCEAF. A leitura do Gráfico 15 permite identificar que 55,5% dos gestores das CAFs concordam que a política levou a um aumento do controle de estoque de medicamentos., enquanto 33,3% destes tenderam a avaliar que a PDCEAF não gerou esse efeito esperado.

Com relação a discordância desse maior controle da SES/MG sobre o estoque de medicamentos do CEAF, há a argumentação de que o processo de descentralização levou etapas de gestão de processos e estoque aos municípios, retirando esse controle das CAFs.

“A gestão dos processos e estoque eram realizados na CAF, agora com a descentralização o município também fica responsável pela gestão, o que muitas vezes não representa um maior controle. Acredito no potencial da política e nos seus benefícios, mas ainda estamos no início e com muitos desafios”

O Gráfico 16 apresenta as respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em uma redução das perdas de medicamentos do CEAF por parte dos municípios”.

Gráfico 16 – Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em uma redução das perdas de medicamentos do CEAF por parte dos municípios.



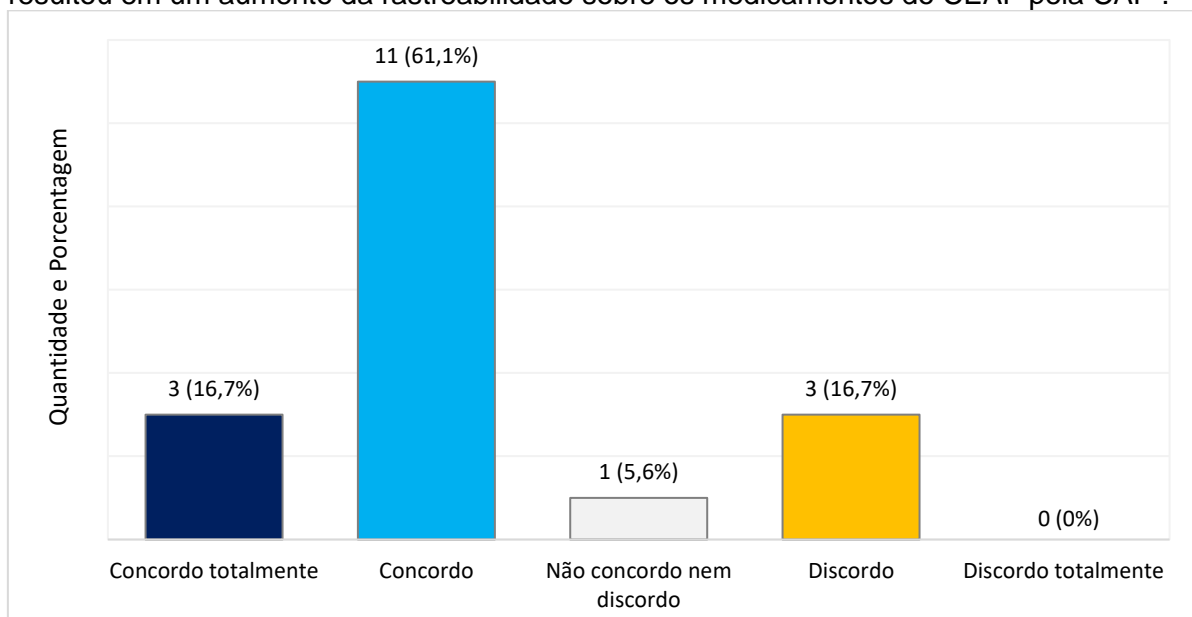
Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

A percepção de redução das perdas de medicamentos do CEAF por parte dos municípios foi notada por 72,3% dos gestores. Esse resultado dialoga com os pré-requisitos da PDCEAF para habilitar um município a executar a política. Para executar a PDCEAF, o município deve indicar um estabelecimento dispensador dos medicamentos do CEAF e, para ser habilitado, esse estabelecimento deve cumprir uma série de medidas em prol de melhorar sua infraestrutura.

São critérios obrigatórios mínimos para um estabelecimento executar a PDCEAF a presença de um profissional farmacêutico registrado; um computador com conexão à internet; sistema de monitoramento de temperaturas das câmaras de conservação; gerador de energia ou plano de contingência para variações de temperatura; armário exclusivo para armazenamento de medicamentos do CEAF e possuir segurança ou vigilante integral (Minas Gerais, 2021). Nesse sentido, com a existência e cumprimento dos critérios obrigatórios mínimos, era esperado uma redução da perda de medicamentos do CEAF por parte do município

O Gráfico 17 apresenta as respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em um aumento da rastreabilidade sobre os medicamentos do CEAF pela CAF”.

Gráfico 17 – Distribuição das respostas dos gestores das CAFs para a afirmação “A PDCEAF resultou em um aumento da rastreabilidade sobre os medicamentos do CEAF pela CAF”.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

O Gráfico 17 mostra que 77,8% dos gestores das CAFs notaram um aumento da rastreabilidade sobre medicamentos do CEAF pelas CAFs após a implementação da PDCEAF. O resultado evidencia um impacto esperado pelos formuladores da política, uma vez que com a execução da PDCEAF, os municípios dispensam os medicamentos do CEAF em um estabelecimento habilitado dentro do próprio município. Dessa forma, a dispensação ocorre para o usuário ou pessoa autorizada a realizar a retirada do medicamento, aumentando a rastreabilidade do medicamento, uma vez que se saberá com maior precisão quem dispensou e quem retirou os medicamentos.

Em municípios nos quais não ocorre a descentralização, há a possibilidade da dispensação de diversos medicamentos para um servidor municipal devidamente habilitado que transportará todos os medicamentos para o município. Esse evento dificulta a rastreabilidade pois a DMESP não possui mais controle sobre aqueles medicamentos após a dispensação na farmácia da regional.

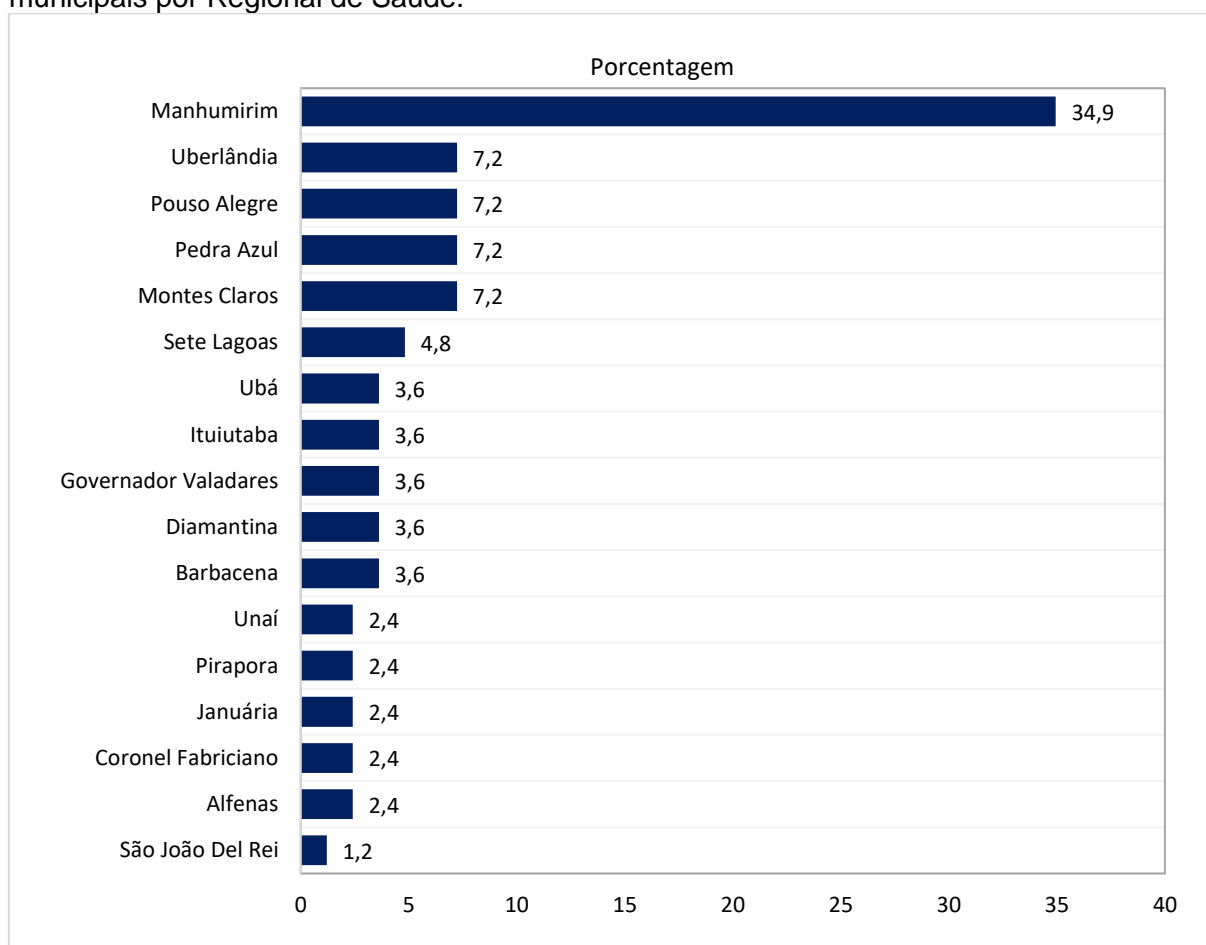
### 4.3 Análise dos resultados do questionário enviado aos municípios

O questionário enviado aos farmacêuticos municipais responsáveis pela execução da PDCEAF e do CEAF nos municípios foi respondido por 83 municípios de

17 regionais de saúde. O Gráfico 18 mostra o percentual de respostas ao questionário por regional de saúde. Nota-se a maior proporção de farmacêuticos que participaram desse projeto são da regional de Manhuaçu (34,9%). Isso ocorre devido ao fato de que a regional de Manhuaçu é a que possui maior número de municípios executando a PDCEAF (34 municípios) e a que possui melhor trânsito comunicativo com as SMS, tendo conseguido maior adesão à política em um período curto em comparação com outras regionais. As outras regionais estão proporcionais ao número de municípios executantes da PDCEAF, com ênfase para Montes Claros, Pouso Alegre e Pedra Azul.

A análise dos resultados desse trabalho considerou os valores totais com os municípios da regional de Manhuaçu, uma vez que uma análise sem os municípios dessa regional demonstrou o mesmo padrão de respostas e concordâncias dos municípios que não estão nessa regional.

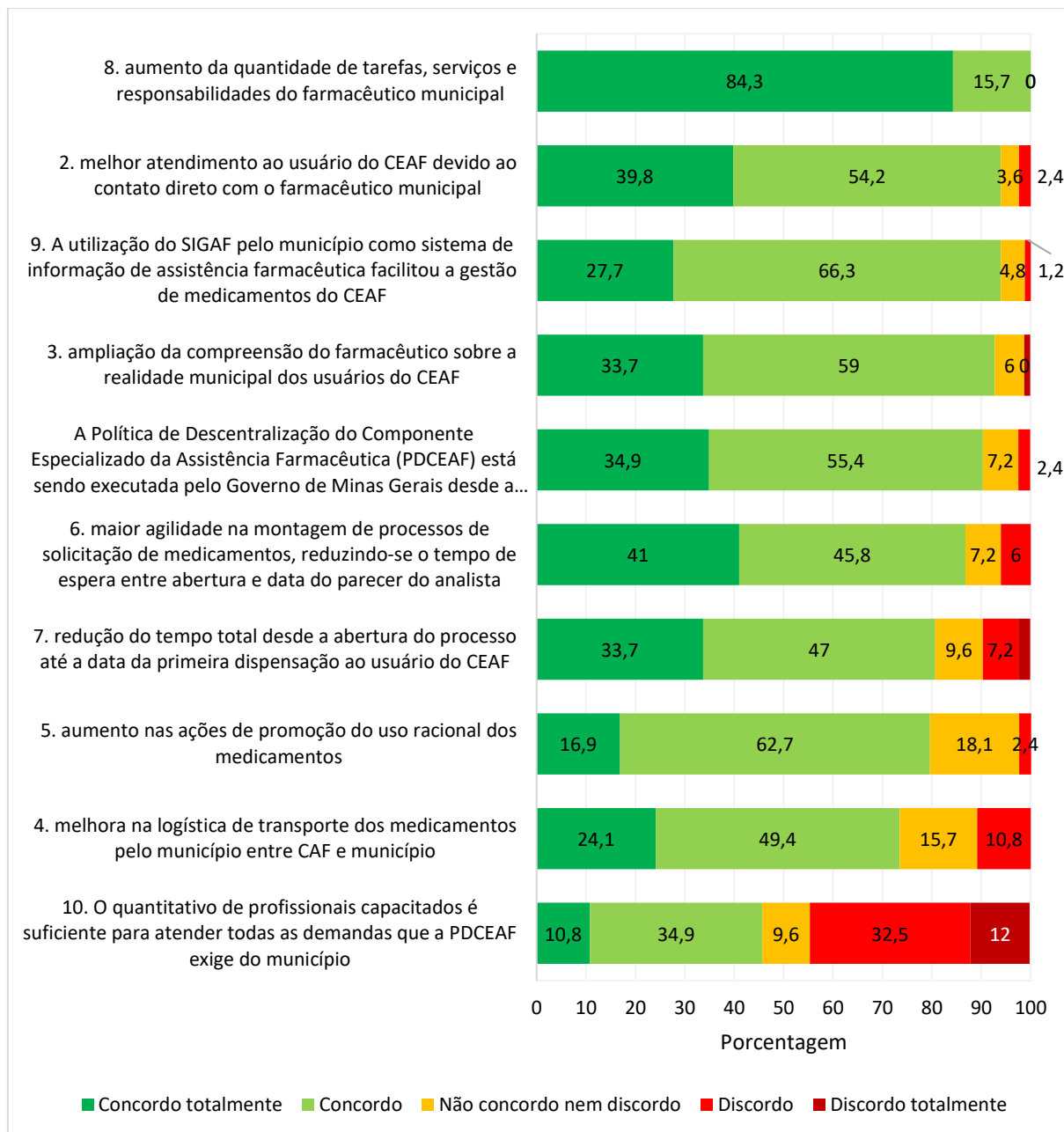
Gráfico 18 – Distribuição de respostas do questionário enviado aos farmacêuticos municipais por Regional de Saúde.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

O Gráfico 19 resume os resultados das respostas do questionário enviado aos farmacêuticos municipais que buscou avaliar a percepção destes sobre o impacto da PDCEAF sobre diversos aspectos da rotina de trabalho e resultados ao melhor acesso aos medicamentos do CEAF.

Gráfico 19 – Distribuição das respostas do questionário enviado às CAFs ordenados em objetivos com maior nível de concordância para os objetivos com menor nível de concordância.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

A análise do Gráfico 19 permite notar que os farmacêuticos municipais que executam a PDCEAF percebem que a política atingiu impactos positivos em 9 dos 10 objetivos citados nesse estudo. Ademais, somente um dos casos analisados possuem uma percepção dividida entre os profissionais que responderam ao questionário.

Primeiramente, é notória a diferença entre a percepção dos farmacêuticos municipais e dos gestores estaduais das CAFs com relação à percepção dos resultados alcançados com a PDCEAF. Enquanto nas CAFs os gestores estaduais possuem uma percepção mais dividida entre o impacto positivo ou não na PDCEAF durante o período de um ano e um mês em que esta está sendo executada, os farmacêuticos municipais possuem uma percepção mais positiva da política.

Os relatos dos farmacêuticos municipais corroboram essa análise, uma vez que apresentam a percepção de melhoria no acesso do medicamento do CEAF aos usuários e maior agilidade na tramitação de processos de solicitação de medicamentos.

“Resultados positivos para os pacientes, muita responsabilidade e trabalho adicional para os farmacêuticos, sem reconhecimento dos superiores. .(Respondente A)”

“Resultado positivo, porém, serão necessárias algumas melhorias principalmente no que diz respeito aos repasses, melhoria no salário dos funcionários pois o trabalho quase duplicou, maior esclarecimento nas ações por parte dos funcionários da regional (Respondente B).”

“Através da descentralização a autonomia do profissional Farmacêutico das unidades farmácia de Minas aumentou, possibilitando um maior controle logístico entre medicamento, paciente e profissional e ainda torna se possível um recebimento de recursos financeiros em prol do mesmo (Respondente C).”

“Temos resultados positivos. Serão necessários ainda alguns ajustes, mas com o surgimento das demandas, estão sendo realizados. O principal ponto que penso que deveria melhorar, seria agilidade para que os processos sejam avaliados e também incoerência no que diz respeito a alguns pareceres (Respondente D).”

“No quesito agilidade entre dar entrada e ser deferido foi muito bom. Ainda existem algumas arestas pra acertar mas acredito que com o tempo vai melhorar. Fizemos a descentralização muito rápido e meu município muito grande ainda aprendendo como pedir sem exagerar e sofrendo com algumas faltas. O sistema é fácil de mexer mas muitos detalhes. Vai dar certo (Respondente E).”

“De forma geral, o PDCEAF facilitou o acesso dos usuários aos medicamentos, agilizando todo o processo, principalmente a logística (Respondente F).”

“A descentralização facilitou a vida dos usuários de medicamentos pois não precisam se deslocar para as regionais para estar retirando seus medicamentos, e para o município está sendo um aprendizado pois o município pode conhecer melhor o perfil dos seus usuários (Respondente G).”

“A política de PDCEAF de fato colabora muito para aquisição mais facilitada dos medicamentos de alto custo (Respondente H)!”

“A adesão da política no município veio para facilitar o acesso dos medicamentos do Componente do CEAF à população. Acompanhamos estes pacientes de perto, e uma maior agilidade quanto a montagem e envio dos processos (Respondente I).”

“Melhoria ao acesso de medicamentos pelos pacientes e da agilidade e qualidade do atendimento, adequação das farmácias municipais com o recurso financeiro devido à descentralização do CEAF, aumento dos serviços farmacêuticos, que demanda muito tempo para a montagem e envio dos processos (Respondente J).”

“A descentralização tornou mais rápido o encaminhamento dos processos via SEI, porém aumentou o número de atividades para o farmacêutico Municipal (Respondente K).”

Os resultados da percepção dos farmacêuticos municipais dialogam com os resultados de outras políticas de descentralização do CEAF no Brasil. Silva e Costa (2015) descrevem em seu trabalho a implantação da descentralização do CEAF na 15ª regional de saúde do estado do Ceará, resumindo e analisando que a política resultou em um aumento do número de usuários e dispensações do CEAF nessa região devido a facilidade de acesso pelo usuário ao estabelecimento de solicitação e dispensação quando esse está no próprio município de residência do usuário.

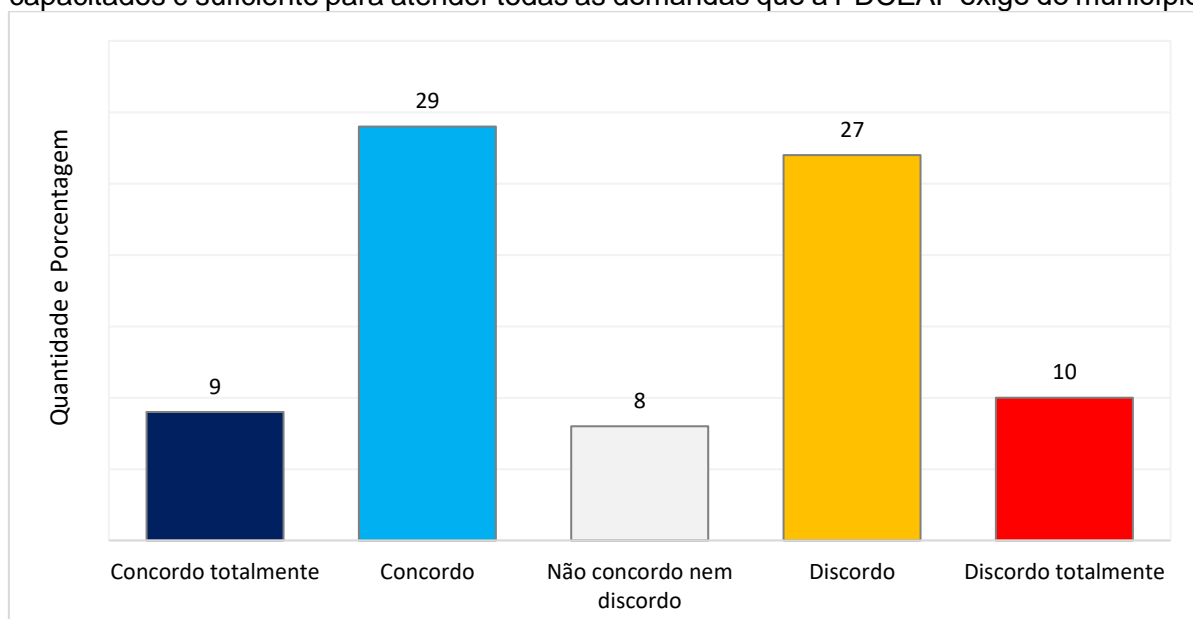
Ademais, Silva e Costa (2015) afirmam que a implementação de um sistema de informação do CEAF foi responsável pela melhora do fluxo dos processos e favorecendo o aumento do número de usuários. Resultado semelhante e convergente para a PDCEAF é visto pela análise dos resultados do Gráfico 19.

Rover *et al.* (2017) afirmam que o tempo de espera até a primeira dispensação é um indicador de acessibilidade muito importante e com resultados insatisfatórios na análise realizada pelos autores em um estado do Sul do Brasil. Nesse sentido, nota-se a percepção favorável dos farmacêuticos municipais em termos de redução do

tempo de processamento das solicitações de medicamentos do CEAF pelos usuários com a execução da PDCEAF.

O Gráfico 20 sumariza os resultados das respostas do questionário enviado aos farmacêuticos municipais que buscou avaliar a percepção destes sobre o impacto da PDCEAF sobre diversos aspectos da rotina de trabalho e resultados ao melhor acesso aos medicamentos do CEAF.

Gráfico 20 – Distribuição das respostas para a afirmação “O quantitativo de profissionais capacitados é suficiente para atender todas as demandas que a PDCEAF exige do município”.



Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

A afirmação de que o quantitativo de profissionais capacitados é suficiente para atender as demandas que a PDCEAF exige no município foi a que apresentou maior nível de discordância nos resultados do questionário enviado aos farmacêuticos municipais, com cerca de 44,5% de opiniões contrárias.

O relato dos servidores municipais ajuda a entender o motivo de tal discordância, uma vez que há a argumentação que o número de servidores não foi elevado apesar do aumento das demandas, serviços e responsabilidades.

“O farmacêutico municipal está sobrecarregado de funções, portanto seria necessária uma complementação salarial para o farmacêutico RT do PDCEAF, em que fosse criado uma lei regulamentar que desse obrigatoriedade ao município fazer o repasse dessa complementação (Respondente 1).”

“A demanda de serviços prestados aumentou bastante, sendo assim indispensável municípios repassaram algum valor do incentivo para o profissional, tem uma legislação clara sobre o repasse para os profissionais (Respondente 2).”

“Aumento significativo da demanda, porém não houve valorização salarial ao profissional a qual foram atribuídas muitas responsabilidades além das que já existiam (Respondente 3).”

#### 4.4 Comparação PDCEAF em Minas Gerais e outros estados da federação

O presente trabalho buscou na legislação estadual de cada ente federativo normas que estabelecem a descentralização das etapas do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). A Portaria N° 1.554 GM/MS, de 30 de julho de 2013, permite a descentralização das etapas de solicitação, dispensação e renovação do tratamento dos estados para os municípios. O Quadro 9 apresenta os estados brasileiros que executam atualmente algum tipo de política de descentralização do CEAF para os municípios.

Quadro 9 - Estados brasileiros que executam atualmente algum tipo de política de descentralização do CEAF para os municípios e as normas vigentes para essas políticas.

<b>Estados</b>	<b>Etapas do CEAF descentralizadas Municípios?</b>	<b>Resoluções</b>
Ceará	Sim	Não identificada
Minas Gerais	Sim	Resolução 7628/2021
Paraíba	Sim	Resolução nº 0149/2019
Rio de Janeiro	Sim	RESOLUÇÃO SES Nº 2789 DE 12 DE JULHO DE 2022
Santa Catarina	Sim	Deliberação CIB n. 398/2014
São Paulo	Sim	Deliberação CIB nº 62, de 24/09/19

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria.

Atualmente, somente os estados do Ceará, Minas Gerais, Paraíba, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo possuem algum tipo de normativa pactuando e estabelecendo a descentralização de alguma etapa de solicitação de medicamento do

CEAF para os municípios. O Quadro 9 apresenta as resoluções e/ou deliberações CIB que permitem e estabelecem tais políticas em cada estado supracitado.

Por meio de uma leitura de cada uma dessas resoluções e/ou deliberações CIB, é possível notar que elas permitem a descentralização para os municípios que constituem os estados, assim como o caso da PDCEAF em Minas Gerais. Todavia, é notório que essas políticas não possuem as características mais marcantes da política mineira de descentralização do CEAF.

Nenhuma dessas políticas dos estados de Ceará, Paraíba, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo possuem um incentivo financeiro para os municípios que descentralizarem as etapas do CEAF. A descentralização do CEAF é um processo complexo e que leva aos municípios grande carga de responsabilidade e possível aumento da judicialização da saúde contra os mesmos. Ademais, os estabelecimentos que executam a descentralização do CEAF devem estar devidamente equipados e apresentarem condições de segurança, logística, monitoramento e controle térmico de medicamentos termolábeis (BRASIL, 2009)

Nesse sentido, o Governo de Minas Gerais inova em relação as outras políticas de descentralização dos estados federados. Isso ocorre porque a PDCEAF estabelece critérios objetivos para o repasse de recursos financeiros para custeio dos municípios que estão aptos a aderir e executar a PDCEAF. Esse recurso visa permitir cobrir parte dos gastos recorrentes que se dão pela execução do CEAF pelo município, como a obrigatoriedade da presença de profissional farmacêutico devidamente registrado por órgão de classe competente.

Para além disso, para incentivar a adesão da grande maioria dos municípios de Minas Gerais, a PDCEAF se difere das demais políticas de descentralização do CEAF dos estados analisados no Quadro 9 e propõe incentivos financeiros para a realização de investimento em estabelecimentos aptos executar as etapas descentralizáveis do CEAF. Nesse sentido, valores de R\$50.000,00 até R\$140.000,00 são repassados para conta específica das SMS dos municípios que aderiram a PDCEAF e solicitaram adesão às Resoluções de Investimentos SES/MG N° 7.824/2021 e N° 8.062/2022.

Esses valores permitem aos gestores municipais responsáveis pelos estabelecimentos farmacêuticos que aderiram a política investir na compra de equipamentos para melhorar a infraestrutura da farmácia a receber os medicamentos do CEAF, como sistemas de medicação de temperatura ou geradores elétricos, bem

como ampliar a farmácia com a construção de novos espaços para almoxarifado ou assistência ao público.

Por fim, a PDCEAF é a única política dentre as analisadas nesse trabalho que possui um sistema de indicadores de monitoramento da política. Para realizar os pagamentos dos recursos financeiros de custeio aos municípios executantes da política, é necessário primeiro calcular os indicadores quadrimestrais com o percentual resultante de cada município. Um dos indicadores é proporcional ao número de processos devolvidos pela DMESP para a SMS por inconsistências. Nesse sentido, quanto menor o número de processos devolvidos por inconsistências, maior será a nota do município num máximo de 100%.

Já o segundo indicador é proporcional ao número de pedidos de medicamentos realizado pelos municípios para a DMESP em relação ao número de medicamentos do CEAF efetivamente dispensados em um quadrimestre pelos municípios. Nesse sentido, quanto menor o excedente de medicamentos em relação ao que foi solicitado, maior será o valor do indicador até um total de 100%. A presença de indicadores de monitoramento não é vista nas outras políticas de descentralização do CEAF aos municípios e sua implementação pelo Governo de Minas Gerais é um diferencial da PDCEAF.

Rover *et al.* (2017) avaliaram a capacidade de gestão descentralizada em um estado do Sul da Bahia e, nesse sentido, os autores afirmam que a descentralização do CEAF gera benefícios para os usuários, mas que ficou constatado no estudo a falta de condições mínima de muitos municípios do estado analisado de organização, estrutura física e recursos humanos para execução descentralizada do CEAF. Nesse sentido, a PDCEAF executada pelo Governo de Minas atua justamente nessas problemáticas identificadas pelos autores ao introduzir condições para melhorar estruturação dos estabelecimentos dispensadores de medicamentos do CEAF, a organização dos fluxos de trabalhos com indicadores e ao buscar capacitar os servidores municipais para execução do CEAF.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho teve como objetivo geral avaliar os resultados das Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

(PDCEAF) em relação as 28 Regionais de Saúde sob a ótica da percepção de resultados dos gestores das Coordenações de Assistência Farmacêutica (CAF) em relação a redução da quantidade de atendimentos mensais de dispensação de medicamentos, melhoramento do serviço prestado aos cidadãos, ampliação da governança com os municípios, além da redução da sobrecarga de trabalho sobre as Regionais de Saúde. Ademais, o trabalho teve o objetivo geral de avaliar a percepção dos farmacêuticos municipais sobre a melhoria do acesso aos medicamentos do CEAF pelos usuários após a implementação da PDCEAF, bem como o crescimento do uso racional de medicamentos.

A análise da literatura demonstrou que existem poucos estudos sobre o impacto da descentralização dos medicamentos do CEAF com o objetivo de aumentar o uso racional de medicamentos e ampliar a visão da Assistência Farmacêutica como um processo contínuo de visão estratégica. Nesse contexto, são poucos os estudos que demonstram e analisam os resultados das políticas de descentralização do CEAF em outros entes da federação e qual foi o impacto dessa política para as regionais de saúde dos estados, para os municípios e para os usuários do CEAF.

O pareamento utilizado nesse estudo pela técnica de *Propensity Score Matching* demonstrou que a PDCEAF no estado de Minas Gerais teve um resultado positivo no sentido de aumentar o número de dispensações entre os usuários do CEAF. A análise das diferenças de dispensações entre o segundo quadrimestre de 2022 e o primeiro quadrimestre de 2019 resultou em uma mediana da taxa de variação de dispensação superior nos municípios que executam a política do que nos municípios que não executam.

A PDCEAF tem como objetivo precípua facilitar e ampliar o acesso aos medicamentos do CEAF para os usuários de todo estado de Minas Gerais, garantindo a continuidade do tratamento, uma vez que são medicamentos de uso contínuo e prolongado. Nesse sentido, resultados positivos em termos de aumento do número de dispensações eram esperados, uma vez que a PDCEAF aproxima o usuário solicitante do CEAF do estabelecimento solicitador e dispensador que passou a ser a farmácia municipal da residência do usuário, facilitando o acesso e o deslocamento. Ademais, a PDCEAF introduz o farmacêutico municipal em contato direto com o usuário do CEAF, aproximando o contato e favorecendo a qualificação do acesso ao CEAF.

No estudo, foi utilizado um questionário semiestruturado para compreender a percepção dos gestores das Coordenações de Assistência Farmacêutica (CAFs) sobre os resultados da PDCEAF. De modo geral, as percepções sobre os resultados da política nas CAFs possuem opiniões divididas. Nesse sentido, grande parte dos gestores confirmam a percepção de que, no curto prazo, a política não trouxe redução da sobrecarga de volume de trabalho, induzindo o contrário uma vez que as CAFs necessitam trabalhar com os fluxos de trabalho anteriores e posteriores ao da PDCEAF.

Ademais, diversas atividades de monitoramento e assistência aos municípios foram introduzidas pela política, requerendo maior atenção pelas CAFs, sendo que não houve acréscimo de servidores nesta. Dessa forma, no período de início de execução da PDCEAF, as CAFs tiveram maior volume de trabalho. Contudo, de maneira geral, as filas das farmácias das regionais foram reduzidas, segundo a percepção dos servidores das CAFs e uma melhora nos objetivos da PDCEAF é esperada pelos gestores na medida em que a política tenha mais tempo de execução.

Foi utilizado também um questionário semiestruturado para compreender a percepção dos farmacêuticos dos municípios sobre os resultados da PDCEAF. A percepção dos servidores municipais sobre a PDCEAF foi bem distinta da percepção dos gestores das CAFs, uma vez que houve muita concordância em relação aos objetivos e impactos da PDCEAF nos municípios e para os usuários do CEAF residentes nestes.

A praticidade para o usuário, aumento da facilidade e agilidade para acesso ao medicamento do CEAF, maior rapidez na montagem de processos e aproximação do farmacêutico municipal em relação ao usuário do CEAF foram alguns impactos positivos percebidos pelos servidores dos municípios. Contudo, o aumento de responsabilidades, serviços prestados, demandas e obrigações da SMS e, especificamente, do farmacêutico municipal foi a principal crítica feita por estes, uma vez que não houve aumento de remuneração ou valorização profissional em contrapartida ao ganho de demandas.

A PDCEAF foi materializada pela Resolução SES/MG N° 7.628/21 por meio da pactuação via Deliberação CIB-SUS/MG N° 3.486/21 de 3 de agosto de 2021. Nesse sentido, buscou-se nesse estudo comparar a PDCEAF do Governo de Minas Gerais com outras políticas de descentralização realizadas por outros estados federados brasileiros.

O resultado da pesquisa demonstrou que outros estados possuem política de descentralização semelhantes à de Minas Gerais, citando-se os casos de Ceará, Paraíba, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo. Contudo, a análise comparativa da PDCEAF mineira com esses estados demonstrou que existem muitas diferenças dela com a política mineira.

A PDCEAF do Governo de Minas Gerais é a única a apresentar um incentivo financeiro para as SMS que aderirem e executarem a política, pactuada por meio de assinatura de Termo de Compromisso. Esse incentivo se dá na forma de repasse quadrimestral para custeio, auxiliando a SMS a cobrir eventuais gastos recorrentes com a política. Ademais, há ainda um incentivo em parcela única de investimento que auxilia a SMS a estruturar e/ou ampliar a farmácia municipal para a execução da PDCEAF. Nota-se que nenhuma outra política nacional possui tais benefícios financeiros, o que se apresenta como uma inovação por parte do Governo de Minas em termos de políticas de Assistências Farmacêutica nacional.

Ademais, para o pagamento das parcelas quadrimestrais dos recursos de custeio, é realizado o cálculo de dois indicadores. Esses indicadores possuem a finalidade de induzir uma gestão racional dos medicamentos do CEAF, evitando o envio de processos com pendências – o que agiliza e reduz o tempo de esperado do paciente pelo parecer do analista – e evita a distribuição excessiva de medicamentos pelas CAFs para os municípios em relação ao que é dispensado, corroborando para o uso racional de medicamentos do CEAF. A utilização de tais indicadores também é vista somente na política de Minas Gerais.

Uma constatação recorrente na análise dos questionários desse trabalho foi o fato da PDCEAF ainda estar muito incipiente em termos de tempo da execução da política. No momento de realização, quase 600 municípios aderiram à política, contudo, somente 197 executam a PDCEAF, havendo um contingente de mais de 400 municípios a iniciar o processo de execução das etapas do CEAF para seus usuários.

Nesse sentido, é de grande valia um trabalho futuro de avaliação da PDCEAF após o início da execução desse grupo significativo de municípios e após ter se passado um período significativo. Dessa forma, os fluxos de trabalho nas CAFs e nos municípios estarão mais bem estabelecidos, facilitando a compreensão dos benefícios e gargalos que a PDCEAF enfrenta e efeitos do período transiente de adaptação e aprendizagem da política terão efeitos minimizados.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL. Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada. IPEA. **Avaliação de Políticas Públicas: Guia prático de análise ex post, Volume 2**. Brasília. 2018. Disponível em: <[https://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&id=34504](https://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=34504)>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL. Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/componentes-da-assistencia-farmacutica-no-sus/ceaf>>. Acesso em: 14 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 02. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 20 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan 2007. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.htm)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2013. Disponível em:<

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554\\_30\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html)>.

Acesso em: 15 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2013. Disponível em:<

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554\\_30\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília. 2004. Disponível em:<  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME. Brasília, 2022.

CEARÁ. Guia: Estruturação e organização da Assistências Farmacêutica no Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. SESA. 1. Ed. 2021.

JANNUZZI, Paulo e MONTAGNER, Paula. Cadernos de Estudos – Desenvolvimento Social em Debate. Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do Ministério do Desenvolvimento Social nº 27. Brasil. 2016.

JÚNIOR, S.D.S; COSTA, F.J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma análise Comparativa das Escalas de Likert e Phase Completion. **PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**. São Paulo, Brasil, V. 15, p. 1-16, outubro, 2014.

MINAS GERAIS. Componente Básica da Assistências Farmacêutica. **SES**. 2022. Disponível em:<

<https://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentoscbaf#:~:text=O%20Componente%20B%3%A1sico%20da%20Assist%C3%Aancia,%2C%20Diabetes%2C%20Infec%C3%A7%C3%B5es%20e%20outras.>>

MINAS GERAIS. Dados do processo de adesão. **SES**. 2022. Disponível em:<  
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiOWJmYjE3OGIhNzQyYi00NWE1LThkN2MtZjBmYWVmYjZhOTBliwidCI6ImU1ZDNhZTdjLTliMzgtNDhkZS1hMDg3LWY2NzM0YTI4NzU3NCJ9>>

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG N° 7.628/21, 3 de Agosto de 2021**. Estabelece a Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) e aprova as normas e critérios para a descentralização da solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento do CEAF e seu financiamento para adesão dos municípios do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2022. Disponível em:  
<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207628%20-%20OK.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais. Ampliação dos Pontos de Acesso ao Componente Especializado. 2021

MINAS GERAIS. Transforma Minas. SES. 2019. Disponível em:<  
[https://www.mg.gov.br/sites/default/files/transforma\\_minas/arquivos/ses\\_final.pdf](https://www.mg.gov.br/sites/default/files/transforma_minas/arquivos/ses_final.pdf)>

MOURA, Elisângela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em:  
 <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13440](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440)>. Acesso em maio 2017.

RAMOS, Marília Patta, SCHABBACH, Leticia Maria. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 46(5). 2012.

RANDOLPH, J. et al. A Step-by-Step Guide to Propensity Score Matching in R. **Practical Assessment, Research, and Evaluation**: Vol. 19, Article 18. 2014.

ROVER, M.R.M *et al.* Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Revista de Ciências da Saúde Coletiva**. 2017

SILVA JUNIOR, S.D.; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. PMKT – **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, Brasil, v. 15, p. 1-16, out. 2014.

SILVA, A.A.S; COSTA, S.M.C. A descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica na 15ª região de saúde do estado do Ceará. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**. São Paulo v.6 n.1 37-40 jan./mar. 2015.

SILVA, J.L.C; FERNANDES, M.W; ALMEIDA, R.L.F. **Estatística e Probabilidade**. Editora UECE. 3ª edição. Fortaleza. 2015.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 27(2):149–56. 2010.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIOS

### **Questionário a ser aplicados aos servidores das CAFs (Coordenação de Assistência Farmacêutica)**

O presente questionário faz parte do trabalho de conclusão de curso do aluno Matheus Oliveira Castro da Fundação João Pinheiro em Administração Pública.

O questionário é fechado, sem identificação das pessoas que o responderem.

O presente questionário tem como objetivo avaliar a percepção dos resultados da Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) sob a ótica das melhorias almejadas para as Regionais de Saúde (CAFs) desde a concepção da política.

**A Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) está sendo executada pelo Governo de Minas Gerais desde a publicação da Resolução SES/MG N°7.628 em 3 de agosto de 2021.**

**Com relação aos resultados e impactos gerados pela PDCEAF, pode-se constatar, de acordo com sua percepção, que houve:**

**1. aumento do controle do Governo de Minas Gerais em relação ao transporte e dispensação dos medicamentos do CEAF.**

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Concordo
- (5) Concordo totalmente

**2. redução da sobrecarga no volume de trabalho da CAF**

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Concordo
- (5) Concordo totalmente

**3. redução de atendimentos na CAFs.**

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo

(3) Não concordo nem discordo

(4) Concordo

(5) Concordo totalmente

**4. maior controle e organização sobre os processos de solicitação de medicamentos gerados do CEAF**

(1) Discordo totalmente

(2) Discordo

(3) Não concordo nem discordo

(4) Concordo

(5) Concordo totalmente

**5. redução do tempo de resposta de processos de solicitação de medicamentos**

(1) Discordo totalmente

(2) Discordo

(3) Não concordo nem discordo

(4) Concordo

(5) Concordo totalmente

**6. redução das filas na farmácia da regional da CAF, contribuindo para redução do tempo de espera pelos usuários e/ou pessoas autorizadas para retirar os medicamentos.**

(1) Discordo totalmente

(2) Discordo

(3) Não concordo nem discordo

(4) Concordo

(5) Concordo totalmente

**7. melhoria e maior agilidade no serviço prestado pela CAF aos cidadãos**

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Concordo
- (5) Concordo totalmente

**8. aumento da governança com os municípios devido a ampliação da capacidade de gestão e de articulação com os municípios, uma vez que o contato e as discussões com esses sobre o CEAF foram ampliados.**

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Concordo
- (5) Concordo totalmente

**9. redução de pessoal, estrutura e custos da Farmácia Regional.**

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Concordo
- (5) Concordo totalmente

**10. fortalecimento do SIGAF como sistema de gestão da Assistência Farmacêutica**

- 1. Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Concordo
- (5) Concordo totalmente

**11. maior controle sobre o estoque de medicamentos do CEAF.**

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Concordo
- (5) Concordo totalmente

**12. redução das perdas de medicamentos do CEAF por parte dos municípios**

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Concordo
- (5) Concordo totalmente

**13. aumento da rastreabilidade sobre os medicamentos do CEAF pela CAF**

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Concordo
- (5) Concordo totalmente

**Comentários sobre a percepção da PDCEAF:**

## Questionário para os servidores dos municípios

O presente questionário faz parte do trabalho de pesquisa do aluno Matheus Oliveira Castro da Fundação João Pinheiro em Administração Pública.

O questionário é fechado, sem identificação das pessoas que o responderem.

O objetivo do questionário é avaliar a percepção dos servidores municipais sobre a PDCEAF e como essa tem impactado e gerando resultados para os usuários do CEAF, bem como para o trabalho dos servidores e para a colaboração dos objetivos da política em termos de gestão racional dos medicamentos do CEAF.

### **1. Qual a Regional de Saúde do seu município?**

(Opção de marcar listando cada uma das regionais)

**A Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) está sendo executada pelo Governo de Minas Gerais desde a publicação da Resolução SES/MG N°7.628 em 3 de agosto de 2021.**

**Na sua percepção, após a implementação e execução da PDCEAF pelo município, houve:**

### **2. melhoria no acesso ao medicamento pelo usuário do CEAF de uma forma geral**

- 1) discordo totalmente;
- 2) discordo
- 3) não concordo nem discordo;
- 4) concordo
- 5) concordo totalmente.

### **3. melhor atendimento ao usuário do CEAF devido ao contato direto com o farmacêutico municipal**

- 1) discordo totalmente;
- 2) discordo
- 3) não concordo nem discordo;
- 4) concordo
- 5) concordo totalmente.

### **4. ampliação do conhecimento do farmacêutico sobre a realidade municipal**

- 1) discordo totalmente;
- 2) discordo
- 3) não concordo nem discordo;
- 4) concordo
- 5) concordo totalmente.

**5. melhora na logística do transporte dos medicamentos pelo município entre CAF e município**

- 1) discordo totalmente;
- 2) discordo
- 3) não concordo nem discordo;
- 4) concordo
- 5) concordo totalmente.

**6. aumento nas ações de promoção do uso racional dos medicamentos**

- 1) discordo totalmente;
- 2) discordo
- 3) não concordo nem discordo;
- 4) concordo
- 5) concordo totalmente.

**7. maior agilidade na montagem de processos de solicitação de medicamentos, reduzindo-se o tempo de espera entre abertura e data do parecer do analista**

- 1) discordo totalmente;
- 2) discordo
- 3) não concordo nem discordo;
- 4) concordo
- 5) concordo totalmente.

**8. redução do tempo total da abertura do processo até a data da primeira dispensação ao usuário do CEAF**

- 1) discordo totalmente;
- 2) discordo
- 3) não concordo nem discordo;
- 4) concordo
- 5) concordo totalmente.

**9. aumento da quantidade de tarefas, serviços e responsabilidades do farmacêutico municipal**

- 1) discordo totalmente;
- 2) discordo;
- 3) não concordo nem discordo;
- 4) concordo;
- 5) concordo totalmente.

**10. A utilização do SIGAF pelo município como sistema de informação de assistência farmacêutica facilitou a gestão de medicamentos do CEAF**

- 1) discordo totalmente;
- 2) discordo;
- 3) não concordo nem discordo;
- 4) concordo;
- 5) concordo totalmente.

**11. O quantitativo de profissionais capacitados é suficiente para atender todas as demandas que a PDCEAF exige do município**

- 1) discordo totalmente;
- 2) discordo parcialmente;
- 3) não concordo nem discordo;
- 4) concordo parcialmente;
- 5) concordo totalmente.

**Comentários sobre a percepção da PDCEAF:**

**APÊNDICE B – CÓDIGO R**

```
mydata <- read.csv2 (file =  
"C:\\Users\\mathe\\Desktop\\CSAP\\TCC\\dados\\ceaf.csv")
```

```
attach(mydata)
```

```
mydata[1:10,]
```

```
m.out = matchit(execucao ~ Pacientes + Dispensacoes + Alocao + Alfnas
```

```
      + Barbacena + Belo Horizonte + Coronel Fabriciano + Diamantina +  
      Divinopolis +
```

```
      Governador Valadares + Itabira + Ituiutaba + Januaria + Juiz de Fora +  
      Leopoldina + Manhuaçu + Montes Claros +
```

```
      Passos + Patos de Minas + Pedra Azul + Pirapora + Ponte Nova + Pouso  
      Alegre + Sao Joao Del Rei + Sete Lagoas + Teofilo Otoni + Uba + Uberaba + Unai +  
      Varginha,
```

```
      data = mydata, method = "nearest",
```

```
      ratio = 1)
```

```
summary(m.out)
```

```
plot(m.out, type = "jitter")
```

```
plot(m.out, type = "hist")
```

```
mydata <- read.csv2 (file =  
"C:\\Users\\mathe\\Desktop\\CSAP\\TCC\\dados\\ceaf.csv")
```

```
attach(mydata)
```

```
mydata[1:10,]
```

```
m.out = matchit(execucao ~ Pacientes + Dispensacoes + Alocao + Alfenas +  
  Barbacena + Belo Horizonte + Coronel Fabriciano + Diamantina  
  + Divinopolis + Governador Valadares + Itabira + Ituiutaba  
  + Januaria + Juiz de Fora + Leopoldina + Manhuaçu +  
  Montes Claros + Passos + Patos de Minas + Pedra Azul  
  + Pirapora + Ponte Nova + Pouso Alegre + Sao Joao Del Rei  
  + Sete Lagoas + Teofilo Otoni + Uba + Uberaba + Unai + Varginha,  
  data = mydata, method = "nearest",  
  ratio = 1)
```

```
summary(m.out)
```

```
plot(m.out, type = "jitter")
```

```
plot(m.out, type = "hist")
```

**ANEXO A**  
**RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.628, DE 03 DE AGOSTO DE 2021.**

Estabelece a Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) e aprova as normas e critérios para a descentralização da solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento do CEAF e seu financiamento para adesão dos municípios do estado de Minas Gerais.

**O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 46, da Lei Estadual nº 23.304, de 30 de maio de 2019 e, considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que 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;

- a 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 nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; e

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.486, de 03 de agosto de 2021, que aprova a

Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) e as normas e critérios para a descentralização da solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e seu financiamento para adesão dos municípios do estado de Minas Gerais.

#### **RESOLVE:**

Art. 1º - Fica instituída a Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) e as normas e critérios para a descentralização das etapas de solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para as farmácias municipais/Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), com o intuito de aprimorar o atendimento aos usuários.

Art. 2º - A presente Resolução reger-se-á pelo disposto na Portaria de Consolidação MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXVIII, Título IV, Capítulo II, ou aquela que venha a substituí-la, e legislação pertinente às Boas Práticas Farmacêuticas.

### **3 CAPÍTULO I**

#### **DA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PDCEAF)**

Art. 3º - O objetivo principal da PDCEAF no âmbito do Estado de Minas Gerais é ampliar e qualificar o acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), contribuindo para a promoção do uso racional de medicamentos e da integralidade da atenção à saúde.

§ 1º - Para fins de execução desta Resolução serão adotadas as seguintes definições:

- I - uso racional de medicamentos: é o 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 indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade;

II - dispensação: ato profissional farmacêutico de fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, no qual também são prestadas informações para uso correto de medicamentos e correlatos;

III - acompanhamento farmacoterapêutico: configura-se como um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelo acompanhamento do uso dos medicamentos pelo usuário, visando seu uso racional e a melhoria da qualidade de vida, bem como a promoção da integralidade da atenção à saúde. Ato farmacêutico que deve ser executado em consonância às Políticas de Saúde Pública implementadas e de forma integrada às equipes de saúde multiprofissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde;

IV - Responsável Técnico: profissional graduado em nível superior em farmácia, legalmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Farmácia, nos termos da lei, incumbido de promover a assistência técnica à farmácia ou drogaria;

V - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF): é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, de financiamento bipartite, estado e governo federal, caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde;

VI - solicitação de medicamentos do CEAF: corresponde ao requerimento do medicamento, feito pelo paciente ou seu responsável, em uma das 28 Coordenações de Assistência Farmacêutica (CAF) das Unidades Regionais de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (URS/SESMG) ou em uma das farmácias municipais/UAPS dos municípios que aderirem à PDCEAF; e

VII - renovação da continuidade do tratamento: corresponde à monitorização do tratamento pelo farmacêutico responsável técnico, bem como a verificação periódica das doses do medicamento prescritas e dispensadas e da adequação de uso.

§ 2º - A execução do CEAF, previsto no inciso V deste artigo, compreende as

etapas de solicitação de medicamentos, análise das solicitações por profissionais habilitados e conforme normas estabelecidas nos PCDT, dispensação dos medicamentos, monitoramento de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), renovação da continuidade do tratamento e reavaliação das solicitações por profissionais habilitados e conforme normas estabelecidas nos PCDT.

Art. 4º - No âmbito das URS/SESMG, a operacionalização desta Política dar-se-á sob a responsabilidade da Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF).

Art. 5º - No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a operacionalização desta Política dar-se-á sob a responsabilidade do(s) Farmacêutico(s) responsável(is) técnico(s) municipal(ais).

Art. 6º - Para a consecução da descentralização objeto desta Política, a Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio do farmacêutico responsável técnico municipal, executará as etapas de solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento dos medicamentos do CEAF para seus municípios mediante anuência da Unidades Regionais de Saúde (URS) e do secretário municipal de saúde.

Parágrafo único - As atividades referentes à análise de processos, o monitoramento de Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC) e a reavaliação de processos continuarão a ser realizadas pela CAF e/ou pela Diretoria de Medicamentos Especializados (DMESP).

#### **4 CAPÍTULO II DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO**

Art. 7º - Serão abertos ciclos de Habilitação ao início de cada quadrimestre, a ser divulgado pela Diretoria de Medicamentos Especializados (DMESP).

Art. 8º - A SMS interessada deverá encaminhar à respectiva URS, para fins de habilitação, a seguinte documentação:

I - solicitação, via ofício, expressando o interesse em executar as etapas do

fornecimento de medicamentos do CEAF para seus munícipes, informando endereço da(s) farmácia(s) municipal(is)/UAPS e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - cópia do registro de classe (CRF-MG) do farmacêutico responsável técnico.

Art. 9º - Os repasses do incentivo financeiro de que trata esta Resolução estão condicionados à assinatura de Termo de Compromisso no Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde (SiG-RES).

Art. 10 - Os documentos de solicitação serão analisados pela equipe responsável da CAF/URS.

Art. 11 - A equipe responsável da CAF/URS informará o resultado à SMS e agendará visita técnica conforme “Roteiro de Visita Técnica a Unidades de Dispensação de Medicamentos - Farmácias Municipais/UAPS”, disposto no Anexo I desta Resolução.

§ 1º - Enquanto perdurar a Situação de Emergência em Saúde Pública no Estado em razão da epidemia infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19), a realização das Visitas Técnicas à(s) farmácia(s) municipal(is)/UAPS dar-se-á, preferencialmente, por meio virtual.

§ 2º - Para adesão à PDCEAF, a SMS deverá cumprir os critérios obrigatórios mínimos, a saber:

- I - garantir, no mínimo, um profissional farmacêutico devidamente registrado no Conselho Regional de Farmácia como responsável técnico pela execução da Política em âmbito municipal, por farmácia municipal/UAPS, onde ocorrer a dispensação de medicamentos do CEAF. O profissional farmacêutico responsável técnico pela gestão da PDCEAF deverá cumprir carga horária mínima de 40 (quarenta) horas semanais;
- II - possuir, no mínimo, um computador com conexão à internet estável e uma impressora com função de digitalização;
- III - possuir sistema de monitoramento de temperatura das câmaras de conservação

de medicamentos e um gerador de energia ou plano de contingências prevendo ações de controle, prevenção e correção para variações de temperatura previamente aprovado pela CAF da URS/SESMG de abrangência;

IV - possuir armário exclusivo para armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial; e

V - possuir segurança ou vigilante durante o período da noite, finais de semana e feriados ou sistema de segurança eletrônica, nos locais de armazenamento dos medicamentos do CEAF.

§ 3º - A SMS que não cumprir os critérios obrigatórios dispostos no § 2º, terá até 30 (trinta) dias para adequação às exigências estabelecidas nesta Resolução, o que será averiguado por visita técnica a ser realizada pela equipe responsável da URS ao término do prazo estabelecido.

Art. 12 - A equipe responsável da CAF/URS conduzirá a análise da solicitação da SMS, considerando habilitado aquele que apresentar condições sanitárias, de infraestrutura e recursos humanos compatíveis com a execução das etapas descentralizadas do CEAF, conforme roteiro de visita técnica previsto no Anexo I desta Resolução.

## 5 CAPÍTULO III DO PROCESSO DE ADESÃO

Art. 13 - Os municípios para fazerem jus ao incentivo financeiro de adesão à PDCEAF, após aprovação no processo de Habilitação, deverão firmar Termo de Compromisso, por meio de processo digital no SiG-RES ou outra forma definida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

§ 1º - O Termo de Compromisso de que trata o *caput* deste artigo será o instrumento de adesão ao incentivo estadual, devendo ser celebrado por todos os municípios que tenham interesse em participar do mesmo.

§ 2º - O Termo de Compromisso deverá ser assinado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a Habilitação.

§ 3º - Excepcionalmente, poderá ser admitida assinatura fora do prazo previsto no § 2º, desde que seja comprovada a existência de problemas de acesso ou operação do SiG-RES ou outra forma definida pela SES/MG, submetida à aprovação da DMESP e SAF/SES/MG.

## 6 CAPÍTULO IV DO PROCESSO DE EXECUÇÃO

Art. 14 - Os recursos financeiros do incentivo de que trata esta Resolução serão repassados quadrimestralmente, do Fundo Estadual de Saúde (FES) diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), após assinatura do Termo de Compromisso pelo Gestor Municipal no SiG-RES, conforme estabelecido pelo Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010 e suas atualizações, e em observância ao cumprimento de indicadores, conforme disposto no Anexo II desta Resolução.

§ 1º - Os indicadores de que trata o *caput* deste artigo são:

I - percentual de processos do CEAF registrados pelos municípios sem pendências por quadrimestre, o qual objetiva a avaliação e incentivo da qualidade dos processos abertos nos municípios em que a dispensação do CEAF foi descentralizada; e

II - proporção entre unidades farmacêuticas do CEAF dispensadas e distribuídas por quadrimestre, o qual reflete a proporção de medicamentos do CEAF dispensados relacionada à quantidade de medicamentos do CEAF distribuída para o município.

§ 2º - O método de cálculo e os meses de referência para apuração dos indicadores estão descritos no Anexo II desta Resolução.

§ 3º - O lançamento dos resultados será realizado nos meses de fevereiro, junho e outubro (ANEXO II, QUADRO 1), sendo a apuração feita no período de 30 (trinta) dias.

§ 4º - Excepcionalmente para o exercício de 2021, o incentivo iniciará o acompanhamento dos componentes a partir do terceiro quadrimestre.

§ 5º - O incentivo financeiro trata-se de uma parcela fixa, a ser repassada quadrimestralmente aos municípios após apuração dos indicadores.

§ 6º - O acompanhamento, controle e avaliação serão realizados quadrimestralmente por meio de processo digital no SiG-RES, conforme regras estabelecidas pela Resolução SES/MG nº 7.094 de 29 de abril de 2020 e suas atualizações.

§ 7º - Será adotado o repasse antecipado de uma parcela de valor fixo quando da adesão do município.

§ 8º - O valor da parcela fixa de que trata o parágrafo anterior, será calculado seguindo a mesma fórmula tratada no Anexo II, sendo considerada como base para o cálculo a média do número de dispensações do CEAF realizadas no ano anterior ao de adesão pela regional, para os respectivos municípios.

§ 9º - A partir da segunda parcela o cálculo será feito apurando-se o resultado do município no período, podendo este ser remunerado de maneira inferior ou superior à parcela fixa a depender de seu desempenho, conforme fórmula abaixo:

$$\text{Valor do incentivo financeiro} = \text{N}^\circ \text{ de dispensações do CEAF realizadas pelo município} * \{ \text{Valor referente ao Grupo de Fator de Alocação} * [(40,00\% * \text{Valor alcançado no Indicador 1}) + (60,00\% * \text{Valor alcançado no Indicador 2})] \}$$

§ 10º - Caso seja de interesse do município, poderá ser solicitado, anteriormente à adesão, os dados referentes ao perfil da sua população ao que tange o CEAF, através de contato junto a sua respectiva CAF ou através do e-mail [saf@saude.mg.gov.br](mailto:saf@saude.mg.gov.br), visando dimensionar projeção de sua potencial produção.

§ 11º - As transferências intergovernamentais de que trata essa Resolução, transferidas como despesas correntes, podem ser executadas conforme orçamento municipal, desde que no âmbito da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Farmacêutica e devem observar, no que tange ao aspecto assistencial, as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), observadas as disposições da Lei Federal 4.320, de 17 de março de 1964 e Lei Complementar Federal nº 101, de 04 de maio de 2000, sendo vedada a sua aplicação em investimentos, tais como na construção ou na ampliação de área física de farmácia (s) municipal (is) e/ou Unidades Básicas de Saúde e na compra de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Art. 15 – O(s) farmacêutico(s) responsável(is) técnico pela gestão da PDCEAF poderá(ão) compor a(s) equipe(s) multidisciplinar(es), conforme Capítulo III, Seção V, da Resolução SES/MG nº 7.609/2021, para fins de fazer jus aos recursos financeiros estabelecidos no Art. 5º, do Capítulo II, da Resolução SES/MG nº 7.627/2021, para o Componente Apoio Multiprofissional - Componente Fixo 3.

Art. 16 - Os valores e dotação orçamentária do exercício atual serão publicados em Resolução Específica.

Parágrafo único - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão por conta das dotações orçamentárias específicas aprovadas para os mesmos, considerando o disposto no Plano Plurianual de Ação Governamental e na Lei Orçamentária Anual.

Art. 17 - A equipe responsável da CAF/URS/SESMG deverá realizar capacitação técnica aos farmacêuticos e demais profissionais da(s) farmácia(s) municipal(is)/UAPS, com vistas à execução das etapas descentralizadas do fornecimento de medicamentos do CEAF.

Parágrafo único - A execução descentralizada do CEAF será realizada conforme fluxos e procedimentos estabelecidos pela Diretoria de Medicamentos Especializados/Superintendência de Assistência Farmacêutica (DMESP/SAF), adotando o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) para o gerenciamento das solicitações, controle de estoque, distribuição e dispensação dos medicamentos, e o Sistema Eletrônico de Informações (SEI!) para o trâmite de documentos.

## **7 CAPÍTULO V DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO**

Art. 18 - O processo de acompanhamento do Termo de Compromisso dar-se-á por meio de monitoramento quadrimestral, conforme o disposto no Capítulo IV desta Resolução.

Art. 19 - O município deverá inserir e validar os dados referentes à prestação de contas nos prazos e nas regras vigentes em instrumento específico.

§ 1º - A prestação de contas dos valores repassados aos beneficiários do incentivo financeiro de que trata esta Resolução deverá ser realizada no Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM) e observar o disposto na Resolução SES/MG nº 4.606, de 17 de dezembro de 2014 e suas atualizações.

§ 2º - Caso o município não cumpra com a obrigação inscrita no *caput* deste artigo e/ou esteja fora do prazo estipulado, a SES/MG poderá aplicar as penalidades cabíveis na legislação vigente.

Art. 20 - A URS poderá, a qualquer tempo, verificar o cumprimento das obrigações assumidas nos termos desta Resolução.

Art. 21 - A URS deverá realizar vistoria e auditoria periódicas conforme orientações da DMESP/SAF.

## **8 CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 22 - A transferência do incentivo financeiro para adesão à PDCEAF aos municípios será realizada conforme o disposto nesta Resolução.

Art. 23 - No caso de haver saldos remanescentes de recursos previstos na dotação orçamentária desta Resolução, será publicada Resolução específica com as normas de distribuição e utilização dos mesmos, conforme disponibilidade financeira da SES/MG.

Art. 24 - Os recursos humanos utilizados por qualquer dos partícipes nas atividades inerentes à presente Resolução não sofrerão alterações na sua vinculação empregatícia e/ou funcional, aos quais cabe responsabilizar-se por todos os encargos de natureza trabalhista, previdenciária, fiscal e securitária decorrentes, inexistindo qualquer tipo de responsabilidade solidária entre os mesmos.

Art. 25 - Os repasses para os Municípios serão efetuados em contas específicas da Política, de acordo com a normativa que trata das transferências de recursos Fundo a Fundo, com o objetivo de facilitar o acompanhamento da execução do incentivo financeiro pelos Conselhos de Saúde.

Art. 26 - Caso a conta bancária indicada para fins de transferência dos recursos previstos nesta Resolução pelo município esteja indisponível por quaisquer eventualidades, a Superintendência de Planejamento e Finanças/Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SPF/SUBSILS/SES-MG) providenciará a abertura para possibilitar o repasse dos incentivos.

Art. 27 - Fica assegurado à Auditoria Assistencial, à Auditoria Setorial e aos órgãos de controle externo da Administração Pública o pleno acesso aos documentos originados em decorrência da aplicação dos recursos desta Resolução, bem como a fiscalização *in loco* para averiguar a destinação dos bens adquiridos.

Art. 28 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 03 de agosto de 2021.

**FÁBIO BACCHERETTI VITOR**  
**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**