

Relato de Experiência sobre o desenvolvimento de um Plano Operativo para a reestruturação da logística de antirretrovirais no estado do Paraná

Experience Report about the development of an Operational Plan for restructuring the antiretrovirals logistics in the state of Paraná

Frederico Alves Dias¹, Alexandra Ingrid dos Santos Czepula², Giovanna Chipon Strapasson³

1 Farmacêutico da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná – CEMEPAR, Curitiba, PR, Brasil.

2 Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. Docente das Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil.

3 Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná – CEMEPAR, Curitiba, PR, Brasil.

CONTATO: Frederico Alves Dias | Av. Prefeito Lothario Meissner, 350 | Bairro Jardim Botânico | Curitiba | Paraná | CEP 80210-170 | E-mail: frederico.dias@sesa.pr.gov.br

Resumo: O presente trabalho trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento de um Plano Operativo (PO) através das estratégias do Planejamento Estratégico Situacional (PES) durante o Curso de Especialização de Gestão da Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina, no ano de 2014. Foi desenvolvida uma análise descritiva e explicativa do referido plano, refletindo sobre sua execução, potencialidades e fragilidades. Este relato teve como objetivo principal descrever a execução do referido PO, relacionando o problema trabalhado com sua importância para a assistência farmacêutica e a experiência vivida durante a sua construção para os atores envolvidos. Como objetivos específicos buscou-se identificar a relevância do PES para a execução de planejamentos de rotina e verificar a implantação do que foi proposto no PO. A partir dos resultados obtidos, foi possível verificar que as ferramentas dinâmicas do PES podem auxiliar todos os profissionais de saúde no planejamento de suas ações no dia a dia de trabalho e na resolução de conflitos ou situações-problema frequentemente encontrados na assistência farmacêutica de estados e municípios.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento Estratégico Situacional. AIDS. Antirretrovirais. Assistência Farmacêutica.

Abstract: This work is an experience report about the development of an Operating Plan (OP) through the Strategic Situational Planning tools (SSP) during the Specialization Course of Pharmaceutical Care Management, Federal University of Santa Catarina in 2014. A descriptive and explanatory analysis of the plan was developed, reflecting on its implementation, strengths and weaknesses. This report aimed to describe the performance of the OP, relating the prioritized problem with its importance to the pharmaceutical care and the experience during the construction of this work for the actors involved. As specific goals, it sought to identify the relevance of SSP for the performance of routine planning, and to observe the implementation of what has been proposed in the OP. Based on the results obtained, it was possible to observe that the SSP dynamic tools can greatly assist all health professionals in planning their actions on daily work, especially in the resolution of conflicts or problem-situations that are often found in pharmaceutical care in the states and cities.

KEYWORDS: Situational Strategic Planning. AIDS. Antiretrovirals. Pharmaceutical Care.

Introdução

AIDS é uma doença causada pelo vírus HIV e corresponde ao estágio mais avançado da infecção que ataca o sistema imunológico (os linfócitos T-CD4+), deixando o organismo da pessoa infectada suscetível a outras infecções. Atualmente, o Brasil apresenta uma das políticas de enfrentamento à AIDS mais moderna do mundo, sendo referência para todos os países em desenvolvimento. Essa política se destaca pela forte organização social para sua formulação, acesso às drogas antirretrovirais (ARV), mobilização da comunidade internacional e movimento de reforma sanitária¹.

A história da AIDS no Brasil se inicia entre os anos de 1981 e 1982, quando a doença era conhecida apenas pela imprensa. Na sequência, vem a segunda fase dessa história, compreendendo o período de 1983 a 1986, sendo marcada pelas seguintes questões: reconhecimento dessa doença pelo público e aumento de casos da infecção em diferentes estados brasileiros; instalação das primeiras respostas oficiais ao agravo nos estados; reconhecimento oficial pelo governo brasileiro, como um problema de saúde pública, mas sem articular uma resposta nacional de peso à epidemia; e articulação das forças sociais e políticas

para pressionar o Estado a participar na construção de políticas públicas referentes ao assunto².

Em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS (PN DST/AIDS), em meio ao processo de reforma político-social no Brasil marcado fortemente por um movimento organizado da sociedade civil em defesa da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Esse direito passa a ser reconhecido pela Constituição Federal de 1988, constituindo a base para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, cujos princípios incluem o acesso universal, equitativo e integral a serviços de saúde. Em 2009, torna-se Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais (DDAHV) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde^{3,4}.

Em 1999, foi publicada a Política Nacional de DST/AIDS do país. Esse documento visou sistematizar as diretrizes das ações do Programa Nacional de DST/AIDS (PN DST/AIDS). Os objetivos que nortearam essas ações foram: reduzir a incidência de infecção pelo HIV/AIDS; ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência (melhorando sua qualidade) e por fim fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da AIDS⁵.

Desde então o Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR) vem realizando diferentes ações no âmbito dessa política. Dentre elas é possível destacar: o cadastro de todos os pacientes do estado do Paraná em uso de terapia antirretroviral (TARV); as avaliações das solicitações de antirretrovirais de uso restrito, que são medicamentos que fazem parte da terceira linha de tratamento (conforme recomendação do Ministério da Saúde); e a distribuição de antirretrovirais (ARV) para todo o estado, através da programação mensal de ARV para as Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs).

Nos últimos anos o cenário da epidemia sofreu grandes modificações e o padrão de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) também evoluiu. Em um primeiro momento tratava-se apenas o doente de AIDS, já nos dias de hoje, todos os diagnosticados com HIV têm direito ao tratamento. Dessa forma, faz-se necessária uma nova discussão sobre as estratégias de gestão e de organização dos serviços de assistência farmacêutica em HIV/AIDS.

Assim, durante o ano de 2014 foi desenvolvido um plano operativo (PO), através das ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), com a finalidade de reestruturar o sistema logístico de antirretrovirais do Paraná visando a melhoria do acesso a esses medicamentos pelas pessoas portadoras de HIV/AIDS que vivem no estado.

O plano operativo é um planejamento de ações desenvolvido através das ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional a fim de reverter um cenário ou uma situação problema. As ferramentas dinâmicas do PES permitem a construção do caminho entre a realidade presente e o ponto almejado. Analisando-se as nuances da situação atual, avaliando-se os recursos políticos, econômicos e administrativos disponíveis e compreendendo-se o posicionamento dos atores que dominam esses recursos, é possível elaborar ações adequadas ao alcance dos objetivos esperados.

O presente relato de experiência teve, portanto, como objetivo principal descrever a execução do referido PO, relacionando o problema trabalhado com sua importância para a assistência farmacêutica e a experiência vivida durante a sua construção para os atores envolvidos. Como objetivos específicos, buscou-se identificar a relevância do PES para a execução de planejamentos de rotina e verificar a implantação do que foi proposto no PO.

O TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV) NO BRASIL

Em relação ao tratamento farmacoterapêutico o Brasil foi pioneiro, publicando em 1996 a Lei nº 9313 de 13 de novembro de 1996, definindo que “os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento”⁶.

A introdução da terapia antirretroviral combinada (TARV) foi de extrema importância para a definição da conduta a ser adotada pelas equipes de saúde, onde a percepção do HIV/AIDS como uma doença fatal foi alterada para crônica e potencialmente controlável. Segundo Campos (2008), “a TARV é capaz de aumentar a sobrevida, reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV/AIDS”. A partir daí, vários guias definindo as linhas de tratamento foram publicados⁷.

Devido ao aumento do número de pacientes e de medicamentos disponíveis para o tratamento tornou-se cada vez mais necessária a utilização da tecnologia de informação para administração das atividades logísticas, particularmente na gestão da informação. Em 1998, foi criada a primeira versão do sistema informatizado utilizado para o controle de estoque dos antirretrovirais – o SICLOM (Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos)^{8,9}.

Em 01 de dezembro de 2013 foi publicado o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas em HIV (PCDT). A principal alteração que esse protocolo trouxe foi a recomendação de estimular o início imediato da TARV para todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA, o que deve acarretar um aumento considerável no número de pacientes em TARV¹⁰.

O Brasil tem até 2020 para atingir a meta dos 90-90-90 assumida pelo país perante a Organização das Nações Unidas (ONU), e que foi também recentemente adotada pelo bloco dos BRICS (formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), entre outros países. A meta prevê que, até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saibam que têm o vírus; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebam terapia antirretroviral; e 90% das pessoas recebendo tratamento possuam carga viral indetectável e não mais possam transmitir o vírus^{11,12}.

Para se alcançar os objetivos pretendidos, mantendo a viabilidade da Política Nacional de DST/AIDS, são necessárias algumas ações ligadas à gestão nos três entes federativos (federal, estaduais e municipais) envolvidos nesse processo.

A primeira questão a ser avaliada é a aquisição de antirretrovirais por parte do Ministério da Saúde. Segundo Grangeiro et al.¹³, as estratégias adotadas pelo governo brasileiro para responder ao problema da sustentabilidade são:

a produção de medicamentos genéricos; a negociação de preços com empresas farmacêuticas; a alteração da legislação nacional referente ao licenciamento compulsório; e a ação internacional visando a estabelecer consensos que definam o acesso a medicamentos como uma questão de direitos humanos.

Outra preocupação que os gestores têm apresentado é com relação à logística estadual/local dos antirretrovirais. Segundo a ata da 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada em 28 de outubro de 1999, o Ministério da Saúde ficou responsável pela aquisição e disponibilização dos medicamentos ARV (Antirretrovirais) e talidomida para os estados. As logísticas estaduais (e dos municípios de São Paulo/SP e do Rio de Janeiro/RJ) são responsáveis pela distribuição desses medicamentos dentro de seus estados ou municípios¹⁴.

Atualmente, essa função é realizada com base nos mapas e boletins mensais emitidos pelo SICLOM para cada Unidade Dispensadora de Medicamentos vinculada. No entanto, com o aumento expressivo do número de pacientes em TARV, a dispensação desses medicamentos deverá passar por um processo de descentralização, tendo em vista que muitas UDMs já operam no limite de sua capacidade técnica. Será necessário, portanto, redesenhar a rede de distribuição de medicamentos antirretrovirais nos estados (e municípios), passando a realizar a distribuição desses medicamentos a partir do consumo de cada região de saúde (e não de cada UDM, como é feito atualmente).

Materiais e Métodos

Para o desenvolvimento desse artigo, foi realizada uma primeira etapa exploratória de coleta de informações, equivalente à revisão da literatura, feita nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde – LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org/>) e Scielo (<http://www.scielo.br/>), utilizando-se os descritores “HIV”, “AIDS”, “Assistência Farmacêutica” e “Planejamento Estratégico Situacional” e suas combinações. Também foram consultados legislação,

protocolos e manuais publicados pelo Ministério da Saúde referentes ao tema.

O relato de experiência, no entanto, foi o referencial metodológico utilizado para o desenvolvimento do presente trabalho, baseado na construção do Plano Operativo (PO). Esse plano foi elaborado no ano de 2014 durante o Curso de Especialização de Gestão da Assistência Farmacêutica - Educação a distância da Universidade Federal de Santa Catarina.

O PO teve como base teórica o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O conceito de momento do PES, formulado para superar a ideia de “etapas” (muito rígida), implica numa visão dinâmica do processo de planejamento, que se caracteriza pela permanente interação de suas fases e pela constante retomada delas. O Método PES de Matus prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional¹⁵.

Ao se analisar a inter-relação desses momentos, verifica-se que enquanto os três primeiros são momentos de acúmulo de conhecimentos pelo planejador, o quarto momento é o da ação propriamente dita. Sinteticamente, no momento explicativo, o PES volta-se para a compreensão do mundo real por meio da apreciação situacional, tendo por objetivo procurar explicar a realidade, identificando os problemas declarados pelo ator para o qual se está planejando¹⁶.

Assim, foram realizadas três reuniões de planejamento no Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR), com atores previamente selecionados e que possuíam ligação com o foco de distribuição de antirretrovirais. Na sequência, foi desenvolvida uma análise descritiva e explicativa do referido plano, buscando refletir sobre sua execução, potencialidades, fragilidades e sua relação com o trabalho da assistência farmacêutica.

Resultados e Discussão

A primeira etapa realizada para a construção do Plano Operativo (PO) foi a definição do foco. Em seguida foram selecionados alguns atores que com ele se relacionavam para o desenvolvimento das oficinas de planejamento. Participaram dessas oficinas: dois farmacêuticos responsáveis por logística de medicamentos da Divisão de Assistência Farmacêutica Básica e Medicamentos Estratégicos (DVFME) do Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR), a enfermeira responsável pela rede de frio do CEMEPAR, a farmacêutica chefe da DVFME e a administradora chefe do almoxarifado do CEMEPAR.

Também foram convidadas a participar dessas oficinas a coordenadora estadual de DST/AIDS/HV e uma farmacêutica de uma Unidade Dispensadora de Medicamentos do município de Curitiba. Porém, elas não puderam participar, justificando a incompatibilidade de agenda. Esse fato não chegou a atrapalhar a construção do PO, porém pode tê-lo deixado um pouco menos rico pela falta de contribuição de alguns atores importantes para o processo.

Seguindo as orientações do PES, deu-se início à primeira fase do momento explicativo do plano, no qual os atores participantes elencaram alguns problemas que trouxeram dos seus locais de trabalho. Os problemas são situações que se afastam negativamente de um estado desejado, podendo ser simples ou complexos, de difícil ou fácil solução. Assim sendo, foi feita uma análise dos problemas elencados bem como a priorização individual deles, através de uma matriz onde cada ator atribuiu notas (de 0 a 4) para os diferentes parâmetros recomendados pelo PES (magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência, factibilidade)¹⁷.

A pontuação foi realizada, portanto, de forma individual e sem interferências. Essa etapa da oficina foi

importante, pois foi possível verificar as características de dinamicidade e flexibilidade do PES. Após essa discussão, a matriz foi ordenada pelo total de pontos atribuídos, definindo-se assim que o problema priorizado seria: “Divergências entre os quantitativos programados para distribuição e os efetivamente distribuídos (entregues) nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs)”, conforme demonstrado no quadro 1.

Dando-se sequência a essa fase do PO, definiram-se os descritores para o problema priorizado. Um descritor é uma característica que evidencia que o problema é de fato um problema, através de informações qualitativas e quantitativas. Assim, os descritores apresentados foram: “Média de 3 ocorrências/mês de divergências entre o quantitativo distribuído pelo CEMEPAR e o recebido pela UDM”, “15 ocorrências de faltas de medicamentos nas UDMs de itens com estoque no CEMEPAR em 2014”, “Ajuste de estoque em 14 itens do elenco de antirretrovirais no último inventário de 2014”.

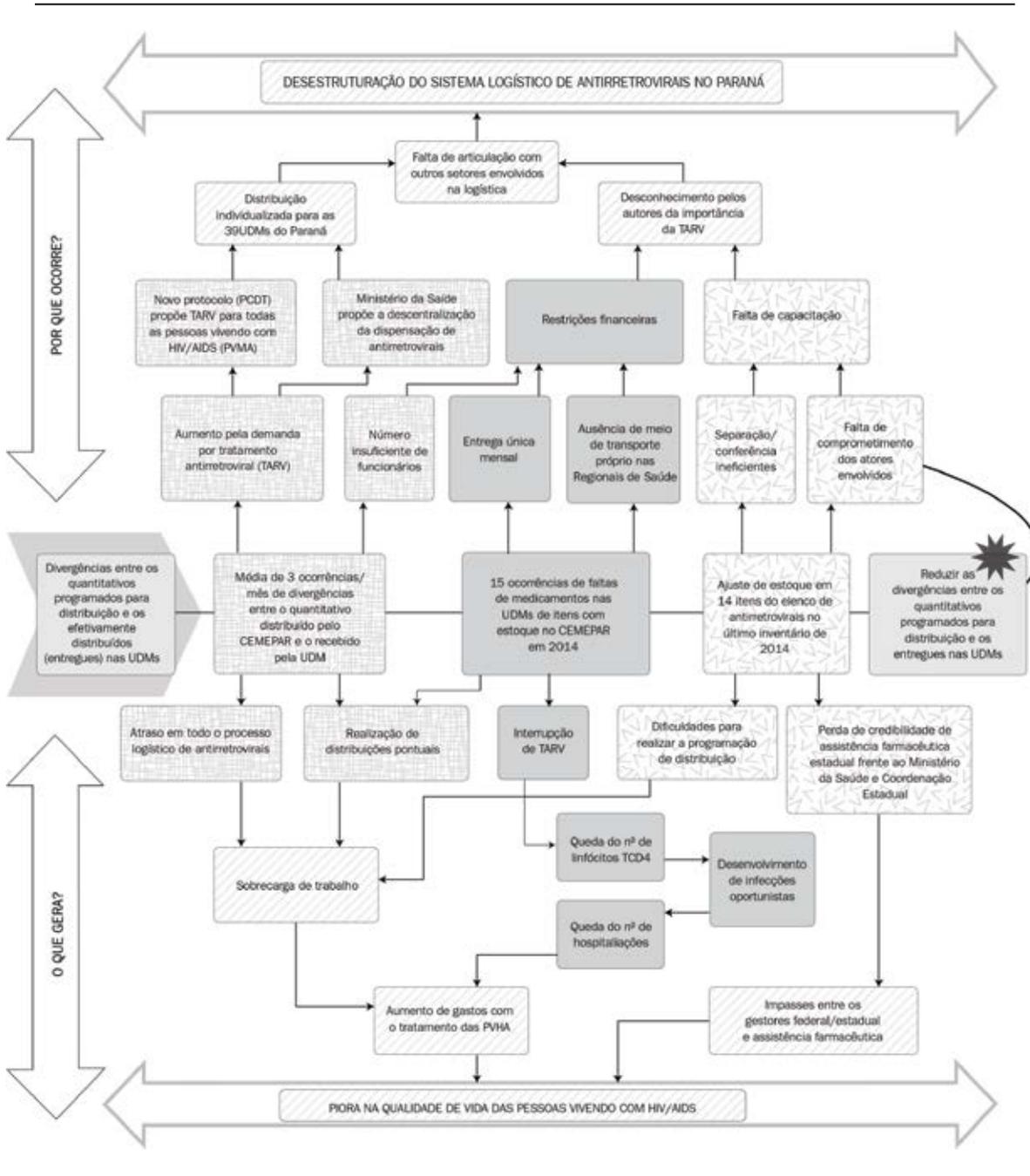
Deu-se início então à segunda fase do momento explicativo, que se caracteriza pela explicação do problema priorizado através de uma matriz (diagrama de Ishikawa). No primeiro momento, foi necessário definir a imagem-

Quadro 1. Matriz de Priorização de Problemas.

PROBLEMA	MAGNITUDE	TRANSCENDÊNCIA	VULNERABILIDADE	URGÊNCIA	FACTIBILIDADE	TOTAL
	TAMANHO	INTERESSE	REVERSÃO	ESPERA	RECURSOS	
1. Divergências entre os quantitativos programados para distribuição e os efetivamente distribuídos (entregues) nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs).	4+3+3+3+3	3+3+3+4+3	4+3+3+4+3	4+4+3+3+4	4+1+2+0+3	77
2. Atrasos nos fechamentos dos relatórios por parte das UDMs.	3+2+2+4+4	2+2+2+3+2	4+2+2+4+4	3+2+3+3+3	3+4+3+4+3	73
3. Entrega de quantitativos inferiores aos solicitados na Programação Ascendente por parte do Ministério da Saúde.	3+4+4+4+3	2+4+3+3+2	2+4+4+4+2	4+3+4+3+2	3+2+0+2+1	72
4. Falta de recursos humanos no almoxarifado estadual.	3+3+2+3+4	2+1+4+3+3	4+4+4+4+2	4+4+4+4+4	1+1+0+1+1	70
5. Erros nos cálculos da programação dos pedidos pelos farmacêuticos das UDMs.	2+3+3+3+3	2+2+2+3+2	4+2+2+4+3	2+2+3+3+2	4+3+3+4+4	70
6. Atrasos nas entregas de antirretrovirais por parte do Ministério da Saúde.	4+4+4+4+3	2+4+3+2+2	2+3+3+3+1	4+4+4+3+2	2+2+0+2+1	68
7. Logística de entrega de medicamentos para o interior do estado do Paraná com datas predefinidas, havendo apenas uma entrega por mês em cada Regional de Saúde.	3+3+3+4+2	2+2+2+4+2	3+4+4+4+1	3+2+3+3+1	1+2+2+1+1	62

Fonte: O autor, 2015.

Figura 2. Diagrama de Ishikawa para o problema priorizado.



objetivo do trabalho, ou seja, em qual cenário se desejava chegar. Após algumas discussões, foi definido que a imagem-objetivo desse plano seria “reduzir as divergências entre os quantitativos programados para distribuição e os entregues nas UDMs”. Na sequência, foram analisados os descritores, suas causas e consequências, conforme demonstrado na figura 1.

Passando-se para o momento normativo do PO, o grande desafio passou a ser a definição dos objetivos do plano. Para a definição do objetivo geral, foi utilizado o diagrama de Ishikawa construído no momento explicativo, através do qual foram analisadas a causa e a consequência convergente. Assim o objetivo geral foi definido como: “reestruturar o sistema logístico de antirretrovirais do

Paraná a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS no estado”.

Já para a definição dos objetivos específicos, foram analisados os níveis logo abaixo da causa e da consequência convergentes. Foram definidos então três objetivos específicos: “melhorar a articulação com outros setores envolvidos na logística de antirretrovirais, minimizando os impasses gerados entre os gestores federal/estadual e a assistência farmacêutica estadual”; “realizar a distribuição de antirretrovirais por regional de saúde, diminuindo a sobrecarga de trabalho”; e “aprimorar o conhecimento dos atores envolvidos sobre a importância da TARV a fim de diminuir os gastos com o tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) no Paraná”.

Nesse mesmo momento, foram descritas as operações e as ações necessárias para se executar o plano. As operações consistem em “o que fazer” para modificar o problema em direção ao objetivo geral. Já as ações representam o que você precisa fazer para realizar cada uma das operações.

A próxima etapa foi analisar a viabilidade e factibilidade por meio da matriz do momento estratégico. O momento estratégico é um diferencial do Planejamento Estratégico Situacional, pois traz à reflexão as situações descritas no momento normativo (o que deve ser), mas que por algum motivo não estão em condições de serem executadas, representadas como déficit. Construir mecanismos para viabilizar estas ações e operações é essencial para que o Plano torne-se exequível e é o grande desafio dos gestores em questão. Para cada objetivo

específico foi realizada a análise estratégica referente ao problema priorizado em busca da Imagem-Objetivo definida, obtendo-se assim a matriz do momento estratégico.

Ficou claro que as ações que não possuem déficit eram aquelas relacionadas à organização e ao planejamento, as quais não demandam muitos recursos. Já as demais ações, principalmente as que demandam recursos financeiros e recursos humanos acabam fugindo da governabilidade imediata dos atores envolvidos. Nesse caso, a estratégia adotada foi sensibilizar os gestores das diferentes áreas de atuação sobre a importância das ações que serão desenvolvidas, buscando-se assim a inclusão a sua inclusão nos instrumentos de gestão do SUS, como o Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde.

Para isso, serão marcadas reuniões com os diferentes gestores para apresentação dos descritores do referido problema, o impacto financeiro que eles representam e as consequências para a saúde da população atingida.

Para finalizar o plano, foi desenvolvido o momento tático-operacional. No intuito de acompanhar a execução do Plano, tornando-o atual à medida que a realidade acontece, foi necessário realizar o monitoramento das ações e a avaliação do impacto na organização do serviço de forma simultânea e permanente à sua execução, possibilitando o seu redesenho sempre que for necessário, no sentido de que a intervenção proposta na realidade seja a mais adequada possível. Foi necessário, portanto, o estabelecimento de indicadores de monitoramento e avaliação para o acompanhamento de sua execução (Quadro 2).

Quadro 2. Protocolo de Indicadores de Avaliação do Plano Operativo.

OPERAÇÃO	INDICADOR	CÁLCULO	PERIODICIDADE DE COLETA	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Realizar a aproximação dos diferentes setores envolvidos na logística de antirretrovirais através de um planejamento anual	Realização de planejamento anual	Não	Anual	Ata interna da reunião de planejamento.
Reorganizar a rede de distribuição do estado do Paraná	% de regionais de saúde (RS) preparadas para operarem no novo sistema de distribuição de antirretrovirais.	Nº de RS preparadas para operarem no novo sistema ÷ Nº total de RS do estado x 100	Mensal	E-mails confirmatórios dos farmacêuticos responsáveis técnicos.
Operacionalizar a nova rede de distribuição do estado do Paraná	% de regionais de saúde (RS) operando no novo sistema de distribuição de antirretrovirais.	Nº de RS operando no novo sistema ÷ Nº total de RS do estado x 100	Mensal	Rede de distribuição do sistema informatizado SICLOM.
Promover ciclos de treinamentos sobre tratamento antirretroviral.	% de servidores treinados	Nº de servidores que participaram dos treinamentos no período de 6 meses ÷ Nº total de servidores alvo x 100	Semestral	Lista de frequência dos treinamentos no período de 6 meses.

Fonte: O autor, 2015.

Quadro 3. Protocolo de Indicadores de Avaliação do Plano Operativo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OPERAÇÕES	AÇÕES	RECURSO FINANCEIRO ESTIMADO	RESPONSABILIDADE E CENTRALIDADE		INDICADOR DE AVALIAÇÃO (OPERAÇÃO)
				ATOR PRINCIPAL (Órgão ou /Setor ou / Técnico)	Outros Parceiros (Órgão ou /Setor ou / Técnico)	
Melhorar a articulação com outros setores envolvidos na logística de antirretrovirais, minimizando os impasses gerados entre os gestores federal/estadual e a assistência farmacêutica estadual.	Realizar a aproximação dos diferentes setores envolvidos na logística de antirretrovirais através de um planejamento anual	Levantar as demandas que o CEMEPAR possui referentes à distribuição de antirretrovirais.	-	Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais (ARV).	Almoxarifado, Direção Geral, Chefia da DVFME do CEMEPAR.	Realização de planejamento anual
		Marcar uma reunião, convidando a Coordenação Estadual de DST/Aids do Paraná, o Departamento Estadual de Assistência Farmacêutica (DEAF), o Departamento Nacional de DST/Aids e a equipe do CEMEPAR para a realização do planejamento anual.		Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais	Almoxarifado, Direção Geral, Chefia da DVFME do CEMEPAR. Coordenador Estadual de DST/Aids. Técnico do Departamento Nacional de DST/Aids responsável pela logística de ARV.	
		Marcar reuniões periódicas com os setores envolvidos a fim de realizar avaliação e os ajustes de condutas referentes ao que foi planejado.		Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais	Almoxarifado, Direção Geral, Chefia da DVFME do CEMEPAR. Coordenador Estadual de DST/Aids. Técnico do Departamento Nacional de DST/Aids responsável pela logística de ARV.	
Realizar a distribuição de antirretrovirais por regional de saúde, diminuindo a sobrecarga de trabalho.	Reorganizar a rede de distribuição do estado do Paraná	Redesenhar a rede de distribuição de antirretrovirais no estado, definindo as vinculações das unidades (UDM, Regional de Saúde, CEMEPAR, Departamento Nacional).		Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais	Direção Geral e Chefia da DVFME do CEMEPAR. DEAF-PR. Coordenação Estadual de DST/Aids.	% de regionais de saúde (RS) preparadas para operarem no novo sistema de distribuição de antirretrovirais
		Definir os atores que serão responsáveis pelas ações no processo logístico, através da construção de uma planilha.		Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais e a Chefia DVFME	Direção Geral do CEMEPAR. DEAF-PR. Coordenação Estadual de DST/Aids.	
		Solicitar suporte para o Departamento Nacional de DST/Aids.		Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais.	Técnico do Departamento Nacional de DST/Aids responsável pela logística de ARV.	
		Contratação de recursos humanos para o almoxarifado do CEMEPAR.	R\$ 50.000 mês	Direção Geral CEMEPAR. Direção Geral da SESA/PR	Setor de RH do CEMEPAR. Setor de RH da SESA. DEAF.	
		Realizar um diagnóstico situacional das Seções de Insumos Estratégicos (SCINES) e das Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) do estado (por macrorregião), levantando as principais demandas de cada uma.	R\$ 200.000	Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais. Técnico da Coordenação Estadual de DST/Aids	Coordenador Estadual de DST/Aids. Direção Geral CEMEPAR	
		Estruturar as SCINES (materiais, mobiliário, computadores, etc.) para que elas possam atender essa nova demanda.	R\$ 90.000	Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais. DEAF/PR	Coordenação Estadual de DST/Aids	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OPERAÇÕES	AÇÕES	RECURSO FINANCEIRO ESTIMADO	RESPONSABILIDADE E CENTRALIDADE		INDICADOR DE AVALIAÇÃO (OPERAÇÃO)
				ATOR PRINCIPAL (Órgão ou /Setor ou / Técnico)	Outros Parceiros (Órgão ou /Setor ou / Técnico)	
	Operacionalizar a nova rede de distribuição do estado do Paraná	Cadastrar as Regionais de Saúde (RS) e suas Seções de Insumos Estratégicos (SCINES) no Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).		Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais.	Farmacêuticos responsáveis pelas SCINES das Regionais de Saúde.	% de regionais de saúde (RS) operando no novo sistema de distribuição de antirretrovirais
		Solicitar apoio à Coordenação Estadual de DST/Aids do Paraná para a realização de treinamento com as SCINES.		Coordenador Estadual de DST/Aids	Direção Geral CEMEPAR.	
		Realizar o treinamento com as SCINES em parceria com a equipe do SICLOM do Departamento Nacional de DST/Aids	R\$ 50.000	Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais. Coordenação Estadual de DST/Aids.	Técnico do Departamento Nacional de DST/Aids responsável pela logística. Farmacêuticos das SCINES, DEAF/PR e CEMEPAR.	
		Marcar uma data para a ativação das Regionais de Saúde no SICLOM, fazendo com que os pedidos de ressurgimento passem a ser feitos pelas SCINES.		Técnico responsável pela logística estadual de antirretrovirais. Farmacêuticos das SCINES.	Coordenação Estadual de DST/Aids. DEAF/PR e CEMEPAR. Diretores das Regionais de Saúde.	
Aprimorar o conhecimento dos atores envolvidos sobre a importância da TARV a fim de diminuir os gastos com o tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) no Paraná.	Promover ciclos de treinamentos sobre tratamento antirretro-viral.	Convidar infectologistas para participarem dos treinamentos.		Coordenação Estadual DST/Aids	Infectologistas do estado do Paraná.	% de servidores treinados
		Agendar treinamentos com a equipe interna do CEMEPAR.	R\$5.000	Infectologistas do estado do Paraná. Direção Geral CEMEPAR.	Coordenação Estadual DST/Aids	
		Agendar treinamentos com as equipes das Regionais de Saúde e UDMS.	R\$ 200.000	Técnicos do CEMEPAR. Infectologistas do estado do Paraná. Coordenação Estadual DST/Aids. Técnicos envolvidos com a logística de ARV.	Diretores das Regionais de Saúde. Coordenadores Municipais de DST/Aids	

Fonte: O autor, 2015.

Assim, reunindo todas as informações produzidas em todos os momentos do PES, foi possível construir a matriz final do plano operativo (Quadro 3), que resume de forma clara e objetiva o que se pretende alcançar com esse plano, como realizá-lo e como fazer o seu monitoramento. No desenvolvimento dessa matriz, uma das principais dificuldades foi estimar os recursos financeiros necessários para a execução do plano.

Este momento se mostrou muito importante para a execução do PO, pois foi possível analisar e planejar cada ação que será desenvolvida durante o ano. O monitoramento e a avaliação propostos nesta etapa

também são de suma importância para o PO, pois a partir deles é possível verificar se o que foi planejado está sendo executado e de que forma isso está ocorrendo (com restrições, dentro ou fora dos prazos, entre outros).

Das operações/ações que foram propostas nesse planejamento, já foi possível realizar: a melhoria na articulação com outros setores envolvidos na logística de antirretrovirais, minimizando os impasses gerados entre os gestores federal/estadual e a assistência farmacêutica estadual, através da aproximação dos diferentes setores envolvidos na logística de antirretrovirais executando-se o planejamento anual; a reorganização parcial da rede de

distribuição de antirretrovirais no estado do Paraná, através de sua nova configuração, definição das funções dos diferentes atores, e do diagnóstico situacional de algumas SCINES e UDMs; o aprimoramento do conhecimento dos atores envolvidos sobre a importância da TARV, através de treinamentos específicos.

Esses resultados demonstram como um planejamento bem realizado auxilia na resolução dos problemas enfrentados pela assistência farmacêutica, bem como na obtenção de um cenário mais favorável para os profissionais de saúde e para os usuários participantes do SUS.

Conclusão

Através do presente trabalho foi possível relatar a construção do Plano Operativo para melhoria de um cenário negativo dentro da assistência farmacêutica (desestruturação do sistema de logística de antirretrovirais) através da utilização das ferramentas metodológicas do Planejamento Estratégico Situacional.

A construção do Plano Operativo (PO) foi uma atividade relevante para todos os atores envolvidos. As primeiras etapas (definição do foco, elenco de atores envolvidos e convite desse elenco) foram as mais difíceis, principalmente por ser necessário o convencimento sobre a importância da realização desse planejamento para os demais atores. Além disso, leva-se certo tempo até se ter uma apropriação real do assunto e da metodologia que estão sendo trabalhados.

O desenvolvimento do diagrama de Ishikawa foi uma etapa crucial para o desenvolvimento do trabalho, pois foi através dele que se conseguiu definir a causa e consequência convergentes, os objetivos geral e específicos e até mesmo as operações e ações a serem desenvolvidas na aplicação do plano.

Através do desenvolvimento deste PO, foi possível verificar que as ferramentas do PES podem auxiliar muito todos os profissionais de saúde no planejamento de suas ações no dia a dia de trabalho. Como o PES é dinâmico, ele aceita a opinião de todos os envolvidos, traça um foco e define o que será feito para reverter a situação de dificuldade, podendo ser muito útil na resolução de alguns dos problemas da assistência farmacêutica, que de uma forma geral são complexos. A chance de sucesso através desse tipo de planejamento (usando o PES) é maior, pois é possível conseguir um maior comprometimento dos atores envolvidos em favor da imagem-objetivo desejada.

A partir desse planejamento, pretende-se, portanto, reduzir as divergências entre os quantitativos de medicamentos programados para distribuição e os efetivamente entregues nas UDMs, seguindo um cronograma preestabelecido e monitorando sua execução através dos indicadores definidos, por meio da reestruturação do sistema logístico de antirretrovirais do Paraná, assegurando-se o acesso aos medicamentos antirretrovirais para as pessoas vivendo com HIV/AIDS no estado.

Referências bibliográficas

1. Sousa AM, Lyra A, Araújo CCF, Pontes JL, Freire RC, Pontes TL. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. *Journal of Management and Primary Health Care*. v. 3, n.1, p. 62-66, 2012.
2. Marques MCC. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9 (suplemento), p. 41-65, 2002.
3. Meiners CMMA. Patentes farmacêuticas e saúde pública: desafios à política brasileira de acesso ao tratamento antirretroviral. *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24(7), p.1467-1478, jul, 2008.
4. DDAHV. História da AIDS. Departamento Nacional de DST/AIDS/ Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pagina/historia-da-AIDS>. Acesso em 25 mar. 2015.
5. BRASIL, 1999. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília, 1999.
6. BRASIL, 1996. Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, 13 de novembro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm>.
7. Campos LN. Uso da terapia antirretroviral entre pacientes atendidos em dois serviços públicos de referência para o HIV/AIDS: impacto na qualidade de vida e ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão. Belo Horizonte, 2008. 193 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Universidade Federal de Minas Gerais.
8. Sakita KM. Avaliação da implantação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos/AIDS: O caso do Distrito Federal. Rio de Janeiro, 2012. 87f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
9. BRASIL, 1998. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, 1998.
10. BRASIL, 2013. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2013.
11. UNAIDS. Brasil avança no cumprimento da meta 90-90-90. Disponível em: <http://zerodiscriminacao.org.br/noticias/brasil-avanca-no-cumprimento-da-meta-90-90-90/>. Acesso em 24 mar. 2015.
12. BRASIL, 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011). Brasília, 2012.

13. Grangeiro A, Teixeira L, Bastos FI, Teixeira P. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil. Rev Saúde Pública, São Paulo, v.40, supl., p. 60-69, abr 2006.

14. CIT, 1999. Comissão Intergestora Tripartite. Ata da reunião realizada no dia 28 out. 1999. Brasília, 1999.

15. Artmann, E. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Cadernos da Oficina Social 3, Rio de Janeiro, p. 98-119, fev. 2000.

16. Rieg DL, Filho TA. O uso das metodologias "planejamento estratégico situacional" e "mapeamento cognitivo" em uma situação concreta: o caso da pró-reitoria de extensão da UFSCar. Gestão e Produção. São Carlos, v. 9, n. 2, p. 163-179, ago. 2002.

17. Leite SN, Mendes SJ, Campese M. Módulo Transversal - Gestão da assistência farmacêutica. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Gestão da Assistência Farmacêutica. Educação a distância, 206p., 2015.

DATA DE SUBMISSÃO: 06 DE MARÇO DE 2017

DATA DE ACEITE: 24 DE MAIO DE 2017
